Tome 76 — Numéro 5

MONTRÉAL, MAI 1947

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

(Fondée à Québec en 1902)

L'Union Médicale du Canada

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

Congrès régional de l'A.M.L.F.C., à Sherbrooke

les 13, 14, 15 juin 1947

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

SECRÉTARIAT
128, rue Sainte-Anne
Québec

OBJECTIF COMMUN

Apprendre, mettre en pratique, renseigner—telles sont les fonctions qu'exercent le médecin et le manufacturier éthique de produits pharmaceutiques. Toute information utile est propagée à l'aide des publications préparées par le personnel scientifique attaché à la maison Lilly ainsi que par les contacts directs effectués par des délégués médicaux des mieux entraînés. Le but ultime de ces efforts conjoints est le même—pour le bénéfice du patient.

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

ATTENTION !

VOICI LE

NEO-ANTERGAN
2786 RP

Un nouvel antihistaminique de synthèse pour le traitement des

Troubles Allergiques

INDICATIONS

Rhume des foins - Urticaires - Prurits - Dermatoses prurigineuses - Chocs anaphylactiques Coryzas spasmodiques - Maladies sériques

PRÉSENTATION

Le Néo-Antergan est présenté en tube de 50 dragées dosées à 0 gr. 10 de maléate acide de N-diméthyl-amino-éthyl-N para-méthoxy-benzyl-amino-pyridine.

Très prochainement:
Dragées à 0 gr. 05
Ampoules à 0 gr. 05

Laboratoires Poulenc Frères
DU CANADA LIMITÉE – MONTRÉAL

"Cillenta" COMPRIMÉS

MARQUE AYERST DE
PÉNICILLINE CALCIQUE
PAR VOIE BUCCALE

100,000 U.I. PAR COMPRIMÉ (No 853)

50,000 U.I. PAR COMPRIMÉ (No 852)

25,000 U.I. PAR COMPRIMÉ (No 851)

LES TROIS DOSAGES
SONT PRÉSENTÉS EN
TUBES DE
12 COMPRIMÉS

AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITÉE
Biologistes et Pharmaciens
MONTRÉAL CANADA

Ayerst

F-429

SOMMAIRE

BULLETIN

Roma AMYOT
Nouvel essor de l'Université de Montréal 523

Richard GAUDET et Jacques OLIVIER
Premier congrès régional de l'Association des Médecins de Langue française du Canada, tenu à Sherbrooke les 13 et 14 juin 1947 526

Adrien PLOUFFE
En marge du Centenaire 528

ANESTHÉSIE

Fernando HUDON
Intubation endotrachéale à l'aveugle 530

André JACQUES
Indications et techniques de la broncho-aspiration 533



LA CLINIQUE* CONFIRME PLEINEMENT LES OBSERVATIONS EXPÉRIMENTALES

Comprimés dosés à 60 mgr. du citrate
Ampoules dosées à 45 mgr. du chlorhydrate
Suppositoires {**Adultes à 48 mgr.** / **Enfants à 24 mgr.**} de la base

profenil

Bis-gamma-phénylpropyléthylamine

ANTISPASMODIQUE SYNTHÉTIQUE NOUVEAU NON NARCOTIQUE

Quelle que soit la thérapeutique employée dans les affections gastro-intestinales ou des voies biliaires, il est toujours avantageux d'utiliser le Profénil, pour relâcher le spasme de la musculature lisse.

* The Review of Gastroenterology, vol. 12, number 6, pages 436-439, Nov.-Dec. 1945.
Medical Times, vol. 74, No 11, pp. 305, Nov. 1946.

LABORATOIRES Lafayette LTÉE
1410, rue Wolfe, Montréal



Digitaline Nativelle

telle qu'isolée par Nativelle en 1868

la MARQUE D'ORIGINE DE "DIGITOXINE"

Maintenant reconnue par le "U. S. Pharmacopoeia XIII."

En 1872, Claude Adolphe NATIVELLE soumettait à l'Académie de Médecine de Paris son mémoire sur la découverte de la DIGITALINE, dont le corps médical canadien a toujours apprécié la haute valeur. La supériorité de la DIGITALINE NATIVELLE est maintenant reconnue par tous les éminents cardiologues anglais et américains. (1)

(1) *References*

Sir James Mackenzie, Disease of the Heart, 1925. Sir Thomas Lewis, Disease of the Heart, 1933. New and Non Official Remedies, 1942 to 1946 incl. Gold, Choice of a Digitalis Preparation, Connecticut State Med. Journal, Vol. IX, No. 3, March 1945. Levine, Clinical Heart Disease, 3rd Edition 1946. Gold, Cornell Conferences on Therapy, 1946, U.S.P. XIII (Official, April 1, 1947).

Présentation:

COMPRIMÉS:—0.1 et 0.2 mg.

AMPOULES:—Intrav. 0.2 et 0.4 mg.

SOLUTION:—1-1000 (5 gouttes = 0.1 mg.)



Rougier Frères

SPÉCIALITÉS DE PRESCRIPTION MÉDICALE

3, RUE LE MOYNE · · MONTRÉAL 1, QUÉBEC

SOMMAIRE
(Suite)

Bernard PARADIS
Indications de l'intubation à l'aveugle 535

Adrien PAQUET
Les indications du Pentothal en thoracoplastie 538

Emile BÉLANGER
Le Pentothal en médecine 542

J.-O. NOËL
L'anesthésie au Pentothal dans les opérations abdominales 543

Léon LONGTIN
Les indications du curare en anesthésie 545

Juliette DUROCHER
Les contre-indications du curare 546

Fernando HUDON et Robert BEAUDOIN
Complications du curare en anesthésie générale 547

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

Avis concernant les examens en 1947

ASSOCIÉ (FELLOW) EN MÉDECINE

L'examen peut être passé en MÉDECINE, ou en Médecine en accentuant sur l'une des spécialités suivantes :

Dermatologie et syphiligraphie
Neurologie et psychiatrie
Pédiatrie
Radiologie

ASSOCIÉ (FELLOW) EN CHIRURGIE

L'examen peut être passé en CHIRURGIE, ou en Chirurgie en accentuant sur l'une des spécialités suivantes :

Neuro-chirurgie
Obstétrique et/ou gynécologie
Chirurgie orthopédique
Urologie

CERTIFICATS EN SPÉCIALITÉS

Les Spécialités approuvées pour le certificat sont les suivantes :

Anesthésie
Dermatologie et syphiligraphie
Chirurgie générale
Médecine interne
Neurologie et/ou psychiatrie
Neuro-chirurgie
Obstétrique et/ou gynécologie
Ophtalmologie
Chirurgie orthopédique
Otolaryngologie
Pédiatrie
Pathologie et/ou bactériologie
Médecine physique
Chirurgie plastique
Radiologie: Diagnostique et/ou thérapeutique
Chirurgie thoracique
Urologie

Les applications pour les examens qui auront lieu en octobre et novembre 1947 devront être reçues avant le 30 juin.

Pour le titre d'Associé (Fellow) aussi bien que pour l'obtention du Certificat, tous les candidats doivent passer l'examen écrit, oral et clinique sur toutes les parties de l'examen.

On peut obtenir des renseignements concernant les dates pour l'obtention du titre d'Associé et le Certificat pour examens, copies des règlements et formules d'application en s'adressant à :

JOHN E. PLUNKETT, M.D., F.R.C.P. (C), Secrétaire honoraire,
Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, 150, rue Metcalfe, Ottawa, Canada.



est la réponse caractéristique de la Pyridiumthérapie

Le soulagement symptomatique rapide que confère le Pyridium est extrêmement agréable au malade souffrant de symptômes urinaires douloureux tels que: douleur, mictions impérieuses et fréquentes, nycturie et ténesme.

L'administration *per os* du Pyridium à la dose de 2 comprimés trois fois par jour, soulagera rapidement ces symptômes chez un grand nombre de malades ambulants, leur permettant ainsi de continuer des activités normales sans malaises appréciables.

L'effet primordial du Pyridium est essentiellement local; il agit directement sur la muqueuse du tractus génito-urinaire. Le Pyridium ne comporte aucune action sédative centrale ni narcotique.

On peut administrer le Pyridium à doses thérapeutiques avec une sécurité quasi complète pendant toute l'évolution d'une cystite, d'une pyélonéphrite, d'une prostatite ou d'une urétrite.

DOCUMENTATION SUR DEMANDE.

PYRIDIUM

(Phenylazo-alpha-alpha-diamino-pyridine mono-hydrochloride)

MERCK & CO. LIMITED

Fabricants chimistes

MONTRÉAL – TORONTO – VALLEYFIELD

Pyridium est le nom déposé au Canada du produit fabriqué par Pyridium Corporation.

SOMMAIRE

(Suite)

Georges COUSINEAU
La chambre de recouvrement 549
J.-O. NOËL
Le chlorure d'éthyle 552

TUBERCULOSE

De la Broquerie FORTIER, R. TURCOT et Paule LADOUCEUR-DUPUIS
Les dysenteries bacillaires 554
Herman GAUTHIER
Rapport préliminaire sur 32 cas de pneumo-péritoine au sanatorium Saint-Georges de Mont-Joli 562
Albert-M. CHOLETTE
Quand faut-il interrompre le pneumothorax thérapeutique? 569
Jules HALLÉ
Diagnostic et traitement de la tuberculose trachéo-bronchique 572
J.-Napoléon TREMBLAY
Péricardites tuberculeuses avec épanchement 576

UROLOGIE

Auguste HÉBERT
Les malformations congénitales de l'appareil génito-urinaire 582
Roland CAUCHON
Traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate 586
J.-P. BOURQUE
Le traitement du cancer de la prostate 591
J.-N. LAVERGNE
Néphroptose et néphropexie 595

OPHTALMOLOGIE — O.-R.-L.

V. LATRAVERSE
Paralysie des dilatateurs des cordes vocales 601
Maurice BONNIER
Cinquante cas de corps étrangers extraits des voies respiratoires inférieures. Considérations. 606
Jean LACERTE
Observations sur le traitement chirurgical du glaucome 614
Lucien LEFEBVRE
L'exophtalmie en clinique 615

ÉDITORIAL

Les anesthésistes sont-ils endormis? 618

VARIÉTÉS

Armand FRAPPIER
Le congrès international des sciences pastoriennes à Paris, en novembre 1946 622

• • •

Livres reçus en mars et avril 1947 631

CORRESPONDANCE

André PLICHET
Lettre de Paris 632

• • •

"L'Union Médicale du Canada" en 1878 635

NOUVELLES 637



Pénicilline cristalline G

SODIQUE

de SQUIBB

FIOLES (pour solution aqueuse)

La présence d'un tampon (4 à 5% de citrate de sodium) rend la pénicilline cristalline G sodique de SQUIBB *beaucoup plus stable en solution* que les solutions non tamponnées de pénicilline cristalline G sodique.

En fioles avec bouchon-diaphragme de 100,000 et 200,000 unités.

HUILE ET CIRE

La pénicilline cristalline G sodique de SQUIBB est maintenant beaucoup plus facile à administrer, grâce à des améliorations dans la technique d'administration . . . son action est prolongée et elle est offerte en cartouches à double chambre. L'une de ces chambres contient 300,000 unités de pénicilline dans de l'huile d'arachides raffinée, avec 4.8% de cire d'abeilles blanchie. L'autre chambre contient une solution pour test d'aspiration en vue de prévenir l'injection intraveineuse.

*300,000 unités dans une cartouche à double chambre B-D * de 1 cc. dans une seringue que l'on peut jeter, ou que l'on peut employer avec la seringue permanente B-D *.*

Aussi en fioles de 10 cc. de 300,000 unités par cc.

COMPRIMÉS

Les comprimés de pénicilline cristalline G sodique de SQUIBB (tamponnée) sont *scellés individuellement* entre deux feuilles d'aluminium pour les protéger contre l'humidité. Destinés aux doses orales élevées.

Boîtes de 12 et de 100 comprimés de 10,000 unités chacun.

Boîtes de 12 et de 100 comprimés de 100,000 unités chacun.

Toutes ces formes de pénicilline cristalline G sodique de SQUIBB peuvent être conservées à la température de la pièce. La solution aqueuse doit être gardée en glacière.

*Nom déposé de Becton, Dickinson & Co.

℞

Spécifiez . . . LA PÉNICILLINE CRISTALLINE G SODIQUE DE SQUIBB

Documentation sur demande à:

E. R. SQUIBB & SONS OF CANADA LIMITED

36-48 CALEDONIA ROAD • TORONTO

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

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 J.-A. Leduc, T. Parizeau, J.-N. Roy,

E. Saint-Jacques (Montréal).

Rédacteur en chef émérite: Albert LeSAGE.

BUREAU DE DIRECTION

MM. R. Amyot, Antonio Barbeau, Albert Bertrand, R. Boucher, A. Comtois, J.-A. Denoncourt, Edouard Desjardins, Edmond Dubé, Richard Gaudet, C.-A. Gauthier, L. Gérin-Lajoie, Albert Jutras, Renaud Lemieux, Albert LeSage, Paul Letondal, A. Marin, D. Marion, L.-P. Petitclerc, Jean Saucier, L.-C. Simard, Pierre Smith, Hermile Trudel, R.-E. Valin, J.-A. Vidal, Sénateur Lacasse.

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef

Roma AMYOT

Assistant-rédacteur en chef
Edouard Desjardins

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

Secrétaire de la Rédaction
Pierre Smith

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

BUREAU DE COLLABORATION

MM. P.-R. Archambault, Maurice Beaudry, P. Bourgeois, A. Cantero, Roland Cauchon, Fernand Charest, C.-E. Côté, René Dandurand, Paul David, F.-X. Demers, R. Doré, Guy Drouin, Paul Dumas, Origène Dufresne, Roger Dufresne, Roland Dussault, H. Gélinas, A. Gratton, Pierre Jobin, V. Latraverse, Rosaire Lauzer, Sylvio Leblond, J. LeSage, Léon Longtin, Emile Maranda, J.-P. Paquette, Antoine Pettigrew, Germain Pinsonneault, M. Plamondon, P. Poirier, J.-L. Riopelle, L.-P. Roy, Henri Smith, Félix Têtu, Malcolm Vachon, Norbert Vézina.

PRODUIT INTÉGRALEMENT LES EFFETS THERAPEUTIQUES DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE



"OSTOGEN-A"

MARQUE DE LA SOLUTION "Frosst" DE VITAMINE D AVEC VITAMINE A.

Voici une façon agréable et commode de prescrire les vitamines A et D.

Facilement administré en doses mesurées à la goutte.

Sans odeur ni saveur répugnantes, l'"Ostogen-A," pour les jeunes sujets, comme pour les vieux, est moins pénible à employer. Les doses, mesurées à la goutte, sont aisément ingérées selon l'ordonnance.

L'"Ostogen-A" est stabilisé et titré biologiquement dans les laboratoires Frosst. Son efficacité n'offre aucun doute.

L'"Ostogen-A" est économique. La dose ordinaire ne coûte au malade qu'un cent par jour (s'il achète le format offert à $2.00).

FORMULE

Chaque gramme d' "Ostogen-A" contient:

28,000 unités int. de Vitamine A
14,000 unités int. de Vitamine D

Chaque goutte d' "Ostogen-A" contient:

1,000 unités int. de Vitamine A
500 unités int. de Vitamine D

INDICATIONS

Rachitisme — L'"Ostogen-A" est sans contredit un spécifique contre cette affection, et agit aussi comme préventif.

Carie dentaire — L'"Ostogen-A" aide à la prophylaxie de la carie dentaire.

Hypocalcémie — Si l'ingestion de calcium est suffisante, l'"Ostogen-A" assure et maintient la présence de calcium dans le sang.

L'"Ostogen-A" contribue à maintenir l'épithélium en bon état.

POSOLOGIE

De 1 à 3 gouttes par jour (au moyen du compte-gouttes de précision fourni avec le flacon).

PRÉSENTATION

Flacons de 6 cc. (assez pour 78 jours): $1.00. Flacons de 15 cc. (assez pour 195 jours): $2.00.

Frosst
DEPUIS 1899
LE SYMBOLE DE PROGRESSION DANS LA PHARMACEUTIQUE

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL CANADA

ON PEUT DÉTACHER CE FEUILLET AUX FINS D'INSERTION DANS UN CLASSEUR

Progestérone "Frosst"



Principalement indiquée à cause de ses précieuses propriétés prophylactiques dans les cas d'avortement, habituel ou imminent qui se rattachent à une insuffisance du corps jaune, on y a aussi recours (associée aux substances oestrogènes) pour rétablir le flux menstruel en présence d'aménorrhée primaire ou secondaire. On la recommande, en outre, contre la "tension" prémenstruelle, les hémorragies utérines fonctionnelles, et la dysménorrhée.

AMPOULE No 560 "Frosst" 5 mg — boîtes de 3 et 25 ampoules de 1 c.c.

FIOLE No 560 "Frosst" 5 mg au c.c. — fioles de 10 c.c. bouchage caoutchouc, "dose multiple."

AMPOULE No 561 "Frosst" 10mg — boîtes de 3 ampoules de 1 c.c.

FIOLE No 561 "Frosst" 10 mg au c.c. — fioles de 10 c.c. bouchage caoutchouc, "dose multiple."

Traitement de

L'AVORTEMENT HABITUEL OU IMMINENT,
DE LA "TENSION" PRÉMENSTRUELLE,
DE L'AMÉNORRHÉE,
DE LA DYSMÉNORRHÉE,
DES HÉMORRAGIES UTÉRINES FONCTIONNELLES

Progestin Oral "Frosst"

MARQUE DE ANHYDRO HYDROXY PROGESTERONE U.S.P.

Dérivé, actif par voie buccale, de la progestérone. Il possède les propriétés thérapeutiques de la lutéine, outre l'avantage d'être actif lorsqu'on l'administre *per os*, et cette administration est forcément beaucoup plus simple.



PRÉSENTATION

Comprimés de 5 et 10 mg

C. T. 383 "Frosst"

"Progestin Oral" "Frosst" — 5 mg
Flacons de 30 et 100.

C. T. 384 "Frosst"

"Progestin Oral" "Frosst" — 10 mg
Flacons de 30 et 100.

PROGESTERONE - INDICATIONS ET POSOLOGIE

PROPHYLAXIE DE L'AVORTEMENT HABITUEL: de 5 à 10 mg deux fois par semaine, surtout pendant les 3e, 4e et 5e mois, qui sont les plus critiques. Avortement imminent: de 5 à 10 mg par jour pendant la période critique, puis 5 mg deux fois par semaine jusqu'à ce que le danger d'avortement soit écarté.

AMÉNORRHÉE PRIMAIRE ET SECONDAIRE: 0.1 mg de Stilboestrol "Frosst" deux ou trois fois par jour pendant 17 à 21 jours, puis, 3 ou 4 doses (de 5 à 10 mg) de Progestérone "Frosst" tous les deux jours (soit: 6 à 8 jours). L'écoulement sanguin survient d'ordinaire 2 ou 3 jours après cessation de la médication.

DYSMÉNORRHÉE: même procédé que ci-dessus, l'administration de Stilboestrol "Frosst" devant commencer dès qu'aura cessé le dernier flux menstruel. Répétées durant plusieurs mois successifs, ces doses sériées sont parfois suivies d'une disparition complète de la dysménorrhée ou, tout au moins, d'une sensible amélioration.

MÉDICATION DU FIBRO-MYOME PAR LA LUTÉINE

S'appuyant sur ses expérimentations pratiquées sur des animaux, Alexander Lipschutz (Lipschutz et Iglesias, *Lancet*, 488, 5 octobre 1946) a démontré qu'il est possible de prévenir le développement de fibro-myomes provoqués par une substance oestrogène au moyen d'un certain nombre de 3-céto-stéroïdes, et aussi que la lutéine (qu'on a proposé, en Amérique, de désigner par le mot *progestérone*) était le plus actif de ces 3-céto-stéroïdes.

A sa suite, Goodman (A. L. Goodman, *J. Clin. Endocrin.*, 6,402, mai 1946) a eu recours à la lutéine dans sept cas de fibro-myomes de l'utérus. Dans chacun de ces cas, l'injection intramusculaire de 10 mg de lutéine, trois fois par semaine, a eu pour résultat une diminution notable du volume de ces tumeurs, diminution perceptible après un laps de temps fort bref (de 1 à 3 semaines à compter du commencement du traitement). Deux mois après, le volume de ces myomes n'était que d'environ le quart de leurs dimensions à l'origine — une de ces tumeurs en particulier, était complètement disparue.

De toute façon, notons soigneusement (comme l'a fait l'auteur susnommé) que ces observations ne concernent qu'un petit nombre de cas, et qu'il sied de ne rien conclure quant aux mérites de ce traitement avant que des recherches plus approfondies aient été poursuivies.

PROGESTIN ORAL - INDICATIONS ET POSOLOGIE

AVORTEMENT HABITUEL

Comme mesure prophylactique dans les cas d'avortement habituel à cause de l'insuffisance de lutéine, 10 mg par jour, après la première menstruation supprimée. Cette dose est alors portée à 20 ou 30 mg par jour, pendant 4 ou 5 jours, vers l'époque où la menstruation suivante serait normalement attendue. Observer ce dosage progressif pendant les 5 premiers mois de la gestation. Cette période critique une fois passée, une dose de 10 mg deux ou trois fois par semaine devrait suffire.

MENACE D'AVORTEMENT

Au cas d'avortement imminent, que l'on juge imputable à l'insuffisance de lutéine, administrer par voie intramusculaire 10 mg de Progestérone par jour, pendant 4 ou 5 jours. On peut alors donner 10 mg par jour de "Progestin Oral" "Frosst" jusqu'à ce que le danger d'avortement soit écarté.

"TENSION" PRÉMENSTRUELLE

Pour calmer la "tension" prémenstruelle, administrer tous les jours, de 5 à 15 mg de "Progestin Oral" "Frosst", pendant 10 jours environ avant la date du flux menstruel attendu. Apparemment, la "Progestin Oral" "Frosst" soulage cette tension aussi efficacement que *l'Orchistérone et la Progestérone (lutéine) "Frosst".

HÉMORRAGIES UTÉRINES FONCTIONNELLES

Les hémorragies utérines fonctionnelles sont parfois associées à une insuffisance de lutéine et, en ce cas, l'administration de "Progestin Oral" "Frosst" pourra les enrayer. On conseille une dose quotidienne de 20 à 30 mg pendant les 10 derniers jours du cycle.

AMÉNORRHÉE

Si l'aménorrhée relève du défaut d'incitation ovarienne, il est parfois judicieux — pour des raisons psychologiques — de provoquer la menstruation. La méthode ci-indiquée n'est autre chose qu'une tentative de simuler la succession naturelle des phénomènes. Administrer *per os* 0.1 mg de Stilboestrol "Frosst" deux ou trois fois par jour pendant 17-21 jours, puis 10 mg par jour de "Progestin Oral" "Frosst" pendant 3 ou 4 jours. Cesser alors toute médication, et la menstruation devrait survenir de 3 à 5 jours après. Répéter ce traitement tous les mois. On a souvent observé le retour de la menstruation régulière, sans autre médication, après plusieurs cycles d'une menstruation provoquée de cette façon.

DYSMÉNORRHÉE

Contre la dysménorrhée, surtout associée à l'insuffisance ovarienne et/ou à un utérus que n'excite pas normalement la production hormonale, administrer 0.1 mg de Stilboestrol "Frosst" trois fois par jour, pendant 14-17 jours après la fin de la dernière menstruation, puis 10 mg par jour de "Progestin Oral" "Frosst" pendant 3 ou 4 jours. L'écoulement sanguin survient d'ordinaire de 3 à 5 jours après la cessation du traitement. La répétition intégrale de ce traitement pendant trois ou quatre mois soulage fréquemment cette menstruation difficile et douloureuse complètement.

*Orchistérone (testostérone "Frosst").

Charles E. Frosst & Co. MONTREAL CANADA

Frosst
DEPUIS 1899
LE SYMBOLE DE PROGRESSION
DANS LA PHARMACEUTIQUE

TRAITEMENT DE L'INFESTATION PAR LES OXYURES



"VERMILET"
TABLETS

LA MARQUE "Frosst" DE COMPRIMÉS DE VIOLET DE GENTIANE À ENROBAGE ENTÉRIQUE.

POSOLOGIE

PETITS ENFANTS:—au-dessous de 3 ans: 3/20 grain (9.6 mg), par année d'âge apparent. Si l'enfant ne peut déglutir un comprimé, on conseille de le dissimuler dans une cuillerée de bouillie d'avoine, qu'il avalera avec le bol alimentaire.

ENFANTS de plus de 3 ans:—3/20 grain (9.6 mg) par année d'âge (apparent), divisés en 3 parties et administrés avant les repas. De 10 à 16 ans: 1 comprimé de ½ grain (32 mg), 3 fois par jour avant les repas.

ADULTES:—2 comprimés de ½ grain (32 mg), 3 fois par jour avant les repas. Répéter la dose, chaque jour, pendant 8 jours. Repos d'une semaine. Puis, répéter la dose pendant 8 autres jours. Aucun sujet ne doit être censé guéri avant que 3 ou 4 frottis, examinés à intervalles d'une semaine, n'aient indiqué la complète disparition des oeufs.

NOTER que le violet de gentiane est contre-indiqué en présence de cardiopathies, hépatopathies, néphropathies, de gastro-entérite, de grossesse, et de maladies ou affections fébriles ou débilitantes.

Commune chez les enfants, l'infestation par les oxyures est assez souvent rencontrée chez les adultes. Sa fréquence, décelée par de récentes observations, en fait un des problèmes les plus graves de l'hygiène publique. L'absence des symptômes peut être complète, mais l'on obtiendra le meilleur diagnostic en recourant au procédé du *National Institute of Health*, qui consiste à pratiquer un raclage du pourtour anal avec un applicateur (en papier cristal), le matin avant le bain, et en l'examinant pour repérer les oeufs de ces vers intestinaux.

Même s'il est démontré qu'un seul membre d'une famille peut être suspecté, la famille tout entière doit l'être également, et tous les sujets infestés doivent être soignés simultanément.

Il est heureux que 90 cas sur 100 puissent être guéris à brève échéance, et sans trop d'ennuis. Les comptes rendus cliniques attestent que le traitement le plus efficace est l'administration de violet de gentiane sous forme de comprimés de Vermilet "Frosst". Spécialement préparés en vue de traverser l'estomac sans s'y dissoudre, cette dissolution s'effectue dans la dernière partie de l'intestin grêle.

PRÉSENTATION

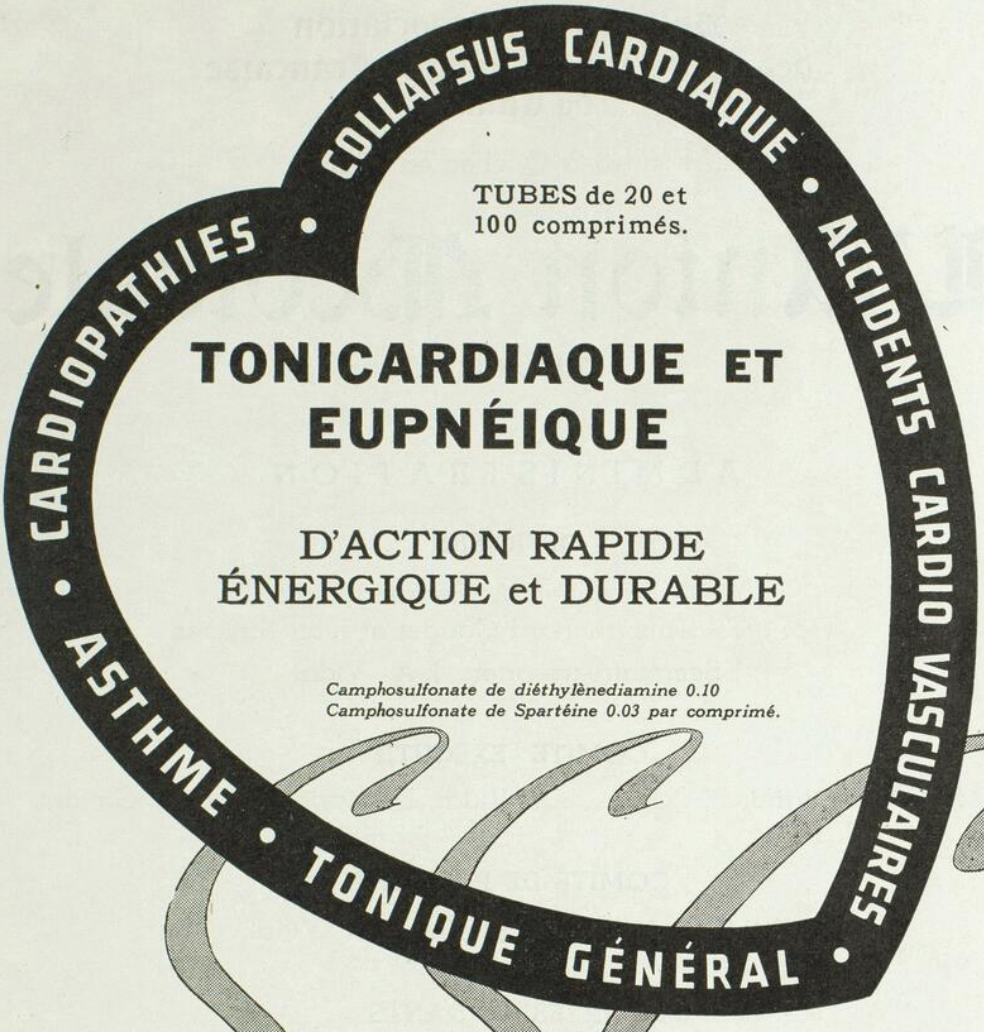
E.C.T. No 409 "Frosst" 3/20 grain (9.6 mg)
E.C.T. No 410 "Frosst" ½ grain (32 mg)
Flacons de 200 et 500 comprimés

Des applicateurs et des textes décrivant la technique (relative à la présence des oeufs) sont envoyés gratuitement, à la demande des intéressés.

Frosst
DEPUIS 1899
LE SYMBOLE DE PROGRESSION DANS LA PHARMACEUTIQUE

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL CANADA

ON PEUT DÉTACHER CE FEUILLET AUX FINS D'INSERTION DANS UN CLASSEUR



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
du Canada

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale du Canada

ADMINISTRATION

OFFICIERS

Président: A. Bertrand
Vice-présidents: Richard Gaudet et Jean Saucier
Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal

COMITÉ EXÉCUTIF

MM. A. Bertrand, R. Amyot, J.-A. Vidal, D. Marion, Richard Gaudet.

COMITE 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.



Hydrolysat de Protéines Hépatiques fournissant des

ACIDES AMINÉS pour THÉRAPEUTIQUE ORALE

Les acides aminés contenus dans l'Hydrolysat de Protéines Hépatiques LEDINAC *Lederle* fournissent un appoint facilement absorbable qui tend à combattre l'« inanition protéinique » chez les malades et à assurer un équilibre azoté normal dans les tissus. Les acides aminés sont une des meilleures formes d'aliments azotés pour les convalescents.

Sous une forme d'un goût agréable *aromatisée au chocolat*, l'Hydrolysat de Protéines Hépatiques LEDINAC *Lederle* fournit un appoint alimentaire rapidement absorbable qui ne surcharge pas le système digestif du malade.

En plus des protéines modifiées et des acides aminés, l'Hydrolysat de Protéines Hépatiques LEDINAC *Lederle* contient des vitamines, des sels minéraux et des hydrates de carbone. Il provient de foies de mammifères — réserve de substances alimentaires la plus riche de l'organisme.

*** Nom déposé.**

FORMULE:

Digesté de Protéines Hépatiques	54.0%
Maltose	38.5%
Aromatisants (y compris chocolat et saccharine)	7.5%

Fournissant:

Hydrates de Carbone	32.5%
Matières Grasses	3.5%
Protéines	50.0%
Azoté Aminé Libre	1.0%

(sous forme des acides aminés suivants: Arginine, Histidine, Lysine, Tryptophane, Phénylalanine, Méthionine, Thréonine, Leucine, Isoleucine, Valine et Cystine).

30 grammes contiennent:

Chlorhydrate de Thiamine (B_1)	1.00 mg.
Riboflavine (B_2)	2.00 mg
Niacinamide	6.60 mg.
Acide Pantothénique	2.30 mg.
Chlorhydrate de Pyridoxine (B_6)	0.24 mg.
Biotine	2.70 gamma
Inositol	23.00 mg.
Choline	120.00 mg.
Calcium	106.00 mg.
Phosphore	297.00 mg.
Fer	4.80 mg.
Calories	103.8

Pots de huit onces.

LEDERLE LABORATORIES DIVISION

NORTH AMERICAN CYANAMID LIMITED • 1396, RUE SAINTE-CATHERINE OUEST • MONTRÉAL 25, P. Q.

OFFICIERS

DE

l'Association des Médecins de Langue Française du Canada

Fondée à Québec en 1902

•

DIRECTEUR GÉNÉRAL HONORAIRE

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

DIRECTEUR GÉNÉRAL

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

•

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER GÉNÉRAL

Hermile TRUDEL,
1990 est, rue Rachel
Montréal.

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

Donatien MARION,	Montréal.
Hermile TRUDEL,	Montréal.
Chs VÉZINA,	Québec.
L.-A. RICHARD,	Ottawa
J.-A. VIDAL,	Montréal.
J.-A. LECOURS,	Ottawa
J.-E. PERRAS,	Hull

•

COMITÉ DU XIXe CONGRÈS

L.-A. RICHARD, président.

J.-A. VIDAL,	1er Vice-président.	**A. FONTAINE,**	5e Vice-président
Richard GAUDET,	2e "	**G. LACASSE, sén.,**	6e "
I.-A. DENONCOURT,	3e "	**J.-A. LECOURS,**	Secrétaire.
J.-B. JOBIN,	4e "	**J.-E. PERRAS,**	Trésorier.

•

ANCIENS PRÉSIDENTS

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

•

MEMBRES DU CONSEIL

AMYOT, Roma, 454 est, rue Sherbrooke, Montréal . . . 1950
ARCHAMBAULT, Gérard, Henryville, P. Q. 1948
BAILLY, Roland, St-Pie de Bagot, P. Q. 1948
BEAUCHEMIN, L.-O., Calgary, Alberta 1950
BELIVEAU, P., Méthégan, N.-E. 1948
BIBAUD, B., Valleyfield, P. Q. 1948
BLAIN, Emile, 3464, St-Denis, Montréal 1948
BLANCHET, Roméo, 54, avenue Laurier, Québec 1948
BOHEMIER, Anatole, 3425, rue St-Hubert, Montréal . 1948
BONIN, Wilbrod, 2620, boul. Pie IX, Montréal 1950
BROUSSEAU, L.-P., Malartic, P. Q. 1950
CARON, Sylvio, Mastaï, Québec 1948
CHOLETTE, A. M., 1451 est, boul. St-Joseph, Montréal . 1950
COUTURIER, Alphonse, Rivière-du-Loup, P. Q. 1950
D'ARGENCOURT, Guy, Drummondville, P. Q. 1950
DESMEULES, Roland, 167, Grande-Allée, Québec 1948
DOMINGUE, Albert, Granby, P. Q. 1948
DUBE, Edmond, 6055, St-Denis, Montréal 1950
GAUTHIER, C.-A., 53½, St-Louis, Québec 1950
GAUTHIER, Henri-E., Woonsocket, R. I. 1950
JOANNETTE, Albert, Ste-Agathe-des-Monts, P. Q. . . . 1948
LACHANCE, Wilfrid, Chicoutimi, P. Q. 1948
LACHARITE, Vilmer, St-Célestin, P. Q. 1948
LAFRAMBOISE, J.-M., 692, St-Patrice, Ottawa 1950
LAROCHELLE, J.-R., Manchester, N. H. 1948
LEBEL, M.-H., 3646, Laval, Montréal 1948
LEMIEUX, J.-R., 17, Ste-Ursule, Québec 1948
MANSEAU, Georges, 244a, rue Principale, Ville St-Laurent, P. Q. 1948
MICHAUD, R., Moose Jaw, Saskatchewan 1950
MILOT, J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River 1948
MORRISSETTE, Pierre, St-Georges, Beauce, P. Q. . . . 1948
PELLETIER, A., Winchendon, Mass. 1950
PERRON, Jos., Shawinigan Falls, P. Q. 1950
PIETTE, Edmond, Joliette, P. Q. 1950
POWERS, A., 11, Front, Hull, P. Q. 1950
RIOUX, J.-Emile, Ste-Anne-des-Monts, P. Q. 1950
SMITH, Pierre, 300, carré St-Louis, Montréal 1948
SORMANY, Albert, Edmunston, N.-B. 1950
TANGUAY, R., Sudbury, Ont. 1950
TETRAULT, Adélard, 429, Laviolette, T.-Rivières, P. Q. 1950
THIBAULT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P. Q. . 1950
VIAU, Horace, 467, Rideau, Ottawa 1950

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 "Éclair" (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

286 ouest, rue St. Paul, Montréal

DIX-SEPT RAPPORTS PUBLIÉS

Nous nous permettons de vous rappeler que 17 rapports ont été publiés dans les principales revues médicales au sujet de l'emploi de la Stéroïdothérapie par l'Ertron dans l'Arthrite. Nous serons heureux de vous en envoyer des tirés-à-part.

ERTRON

Complexe Stéroïde



Concessionnaires pour le Canada:
Laurentian Agencies, Registered
Montréal 1, P. Q.

NUTRITION RESEARCH LABORATORIES

CHICAGO

"PRÉVENIR C'EST GUÉRIR"

RHUME des FOINS

Plusieurs années de recherches scientifiques et d'expériences cliniques.

•

Traitement des plus simples et des moins coûteux.



Pas d'injections douloureuses

Pas de déplacement

Pas de perte de temps

Pas d'ennuis

Pas de réactions fâcheuses

COMPRIMÉS

CECRINYL

Vitamine C synthétique

•

Echantillon et littérature sur demande à Messieurs les Médecins seulement.

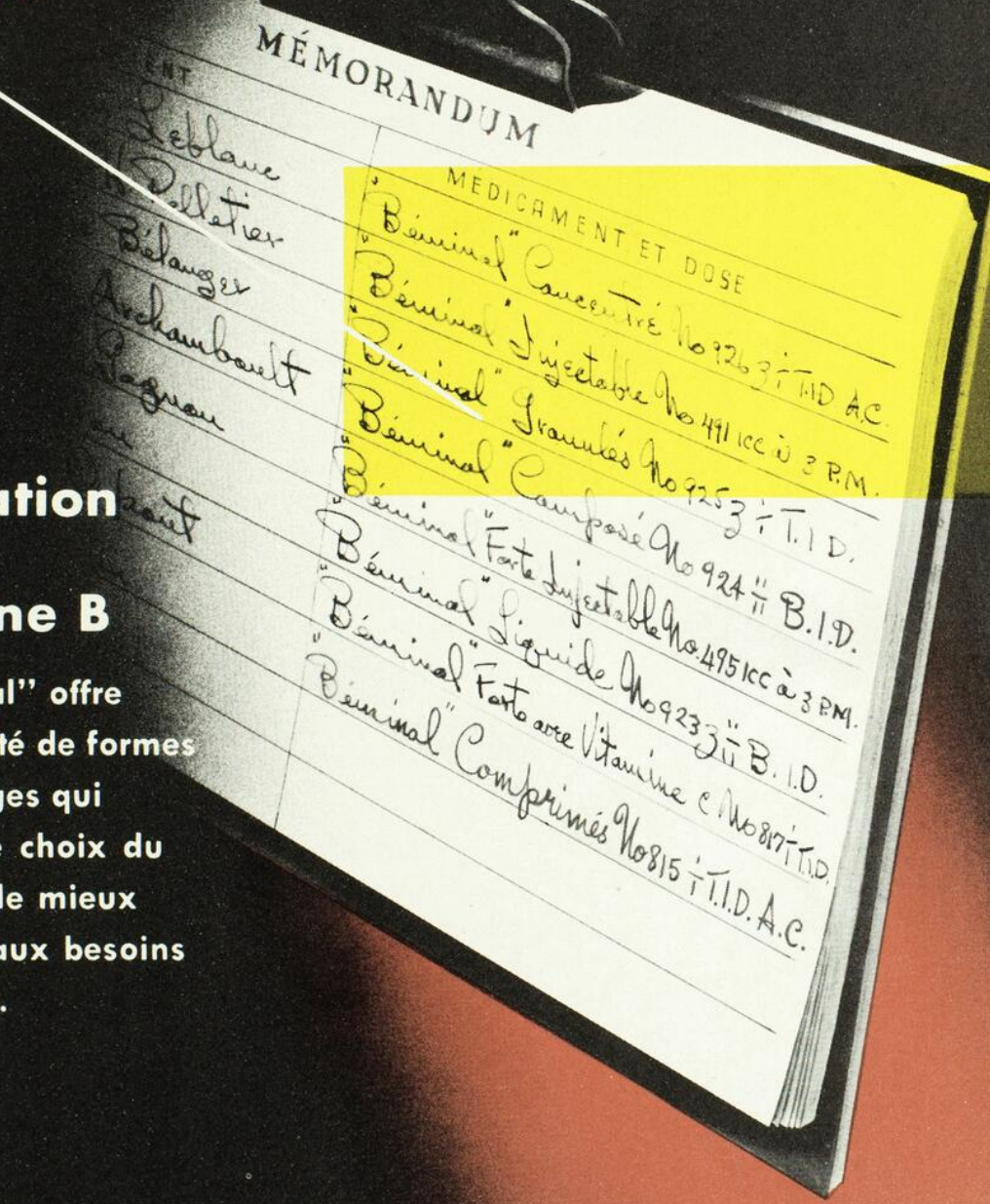
•

UNE DES SPÉCIALITÉS DES LABORATOIRES

ASGRAIN & HARBONNEAU Limitée

UNIVERS PHARMACEUTIQUE ET MÉDICAL

"BÉMINAL"



Médication par la vitamine B

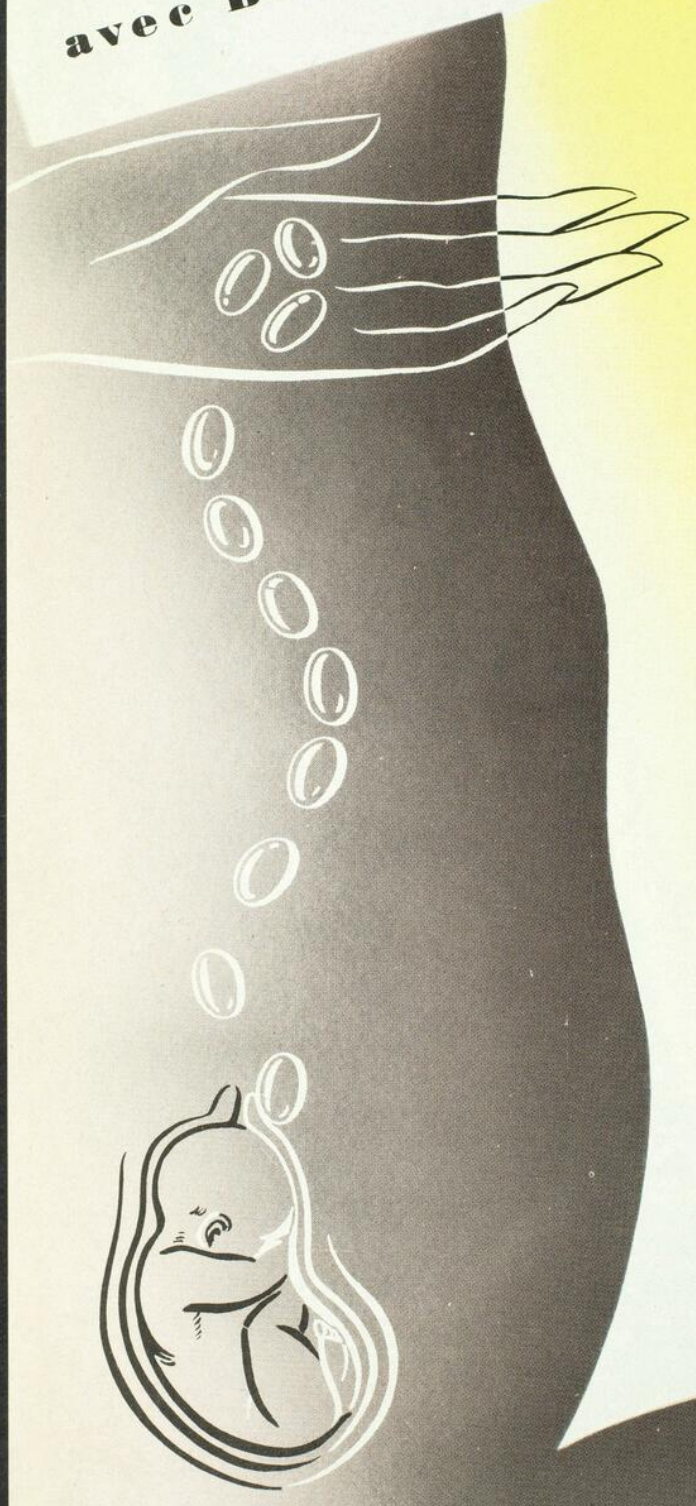
Le "Béminal" offre une diversité de formes et de dosages qui facilitent le choix du traitement le mieux approprié aux besoins individuels.

Ayerst

AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITÉE • BIOLOGISTES ET PHARMACIENS • MONTRÉAL, CANADA

Pour répondre aux besoins alimentaires durant la grossesse et la lactation

"CALCIUM A" avec BÊTA-CAROTÈNE



2 formules

"CALCIUM A" avec VITAMINE C

(No 290)

Chaque capsule contient:

Vitamine A	2800 unités int.
Provitamine A (bêta-carotène)	700 unités int.
Vitamine D	350 unités int.
Vitamine C (acide ascorbique)	30 mg.
Phosphate bicalcique	560 mg. (8.6 grains)

Boîtes de 40 et 100 capsules

"CALCIUM A"

(No 280)

Chaque capsule contient:

Vitamine A	2800 unités int.
Provitamine A (bêta-carotène)	700 unités int.
Vitamine D	350 unités int.
Phosphate bicalcique	560 mg. (8.6 grains)

Boîtes de 40 et 100 capsules

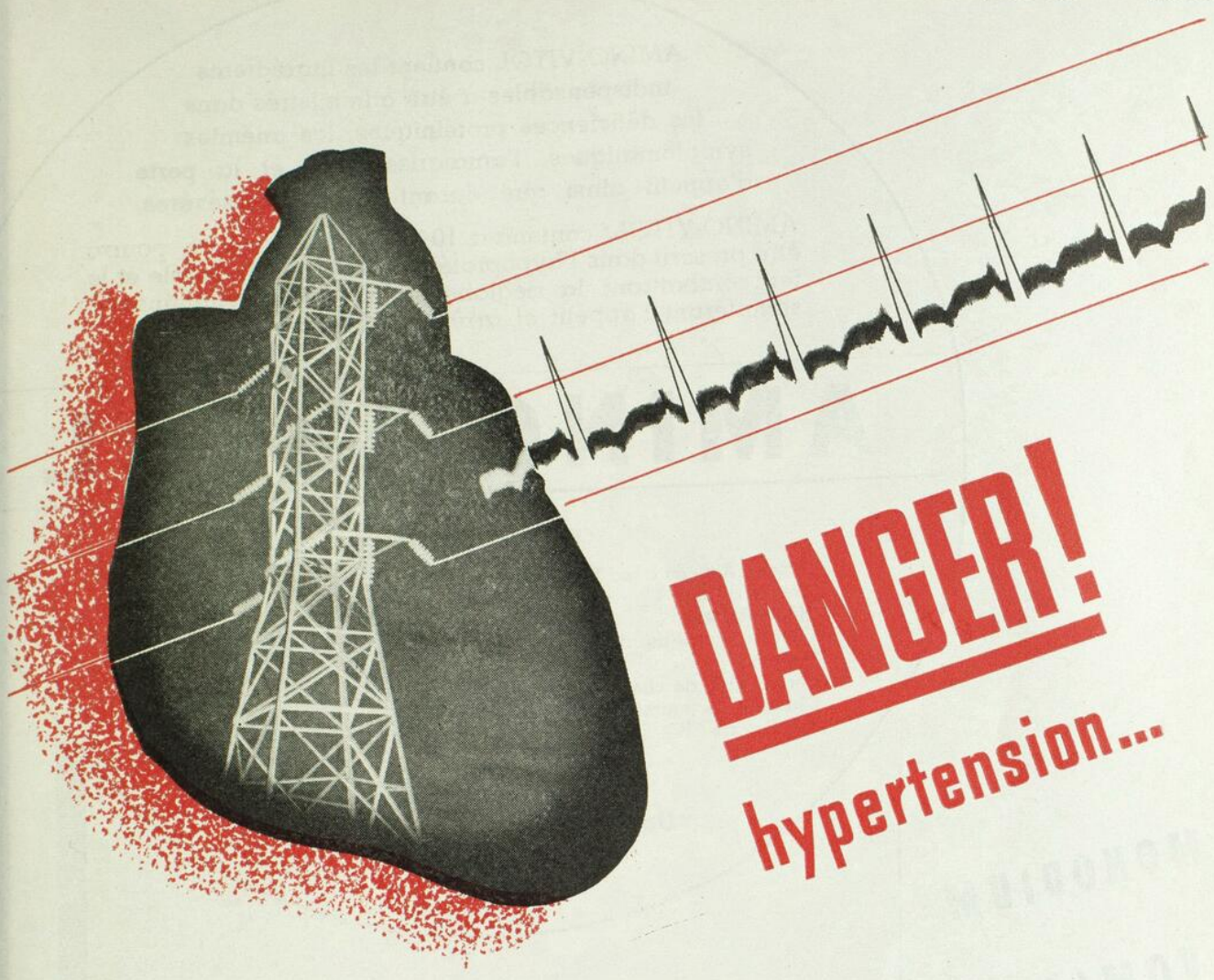
D'après de récentes expériences, la quantité de vitamine A transmise par la mère au foetus serait minime [1,2] si elle n'est pas nulle; par contre, la quantité de carotène transmise serait peu considérable, mais régulière. Le "Calcium A" contient maintenant de la bêta-carotène et d'autres vitamines, ainsi que des sels minéraux. Il devrait, par conséquent, être plus efficace que jamais pour aider à protéger l'hygiène dentaire et la santé de la mère et de l'enfant.

1. Lund, C. J. et Kimble, M. S.: Am. J. Obst. & Gynec. 46:207 (août) 1943; ibid. 46:486 (oct.) 1943.
2. Lewis, J. M., Bodansky, O. et Lillienfeld, M. C.: Bull. New York Acad. Med. 20:423 (juil.) 1944.

AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITÉE

Biologistes et Pharmaciens MONTRÉAL, CANADA

Ayerst



DANGER!

hypertension...

Comme un fil chargé à haute tension l'état d'hypertension représente un danger *latent* plus grave encore que le danger immédiat. L'anxiété, les soucis, l'excitabilité nerveuse sont autant de menaces qu'il faut éviter à tout prix.

Après que les analyses ont été faites, les résultats vérifiés et le diagnostique confirmé,

'Theoba' 'Tabloid'

Il ne suffit pas que le médecin se contente de recommander à son patient d'être calme et de se détendre.

Des mesures *actives* s'imposent.

Dans le passé, de nombreuses thérapies expérimentales ont été tentées dans l'hypertension.

Cependant le traitement de choix aujourd'hui peut en somme se résumer en deux mots: *Diurétiques, Sédatifs*. 'Tabloid', 'Theoba' qui joint dans un même produit l'action *Diurétique* de la théobromine à l'action *Sédative* du phénobarbital, fournit une réponse satisfaisante et convenable au problème du médecin.

Chaque produit contient:

Théobromine, 5 grs. (0.324 Gr.)
Phénobarbital ½ gr. (0.932 Gr.)

S'obtient aux pharmacies d'ordonnances en flacons de 100 et 500. Littérature fournie sur demande.

BURROUGHS WELLCOME & CO. (The Wellcome Foundation Ltd.) **MONTRÉAL**

'Theoba' et 'Tabloid' marques de fabriques enregistrées

AMINO-VITOL contient les ingrédients indispensables à être administrés dans les déficiences protéiniques, les anémies symptomatiques, l'amaigrissement, et la perte d'appétit ainsi que durant les diètes sévères.

AMINO-VITOL, contenant 10% d'acides aminés, pourra être prescrit dans l'hypoprotéinémie. L'extrait de foie et le fer combattront la déglobulisation et les vitamines B stimuleront l'appétit et arrêteront l'amaigrissement.

AMINO-VITOL

CONTIENT PAR 100 C.C.:

Acides Aminés avec Tryptophane	10 grms
Extrait de foie	5.417 grms
Hémoglobine	1.296 grms
Glycérophosphate de soude	0.864 grms
Peptone	0.434 grms
Sérum frais de cheval	134 gouttes
Chlorure de thiamine "B_1" par c.c.	0.158 mgms
Riboflavine "B_2" par c.c.	0.062 mgms

POSOLOGIE
Deux cuillerées à thé, trois ou quatre fois par jour.

MONODIUM

VOMICIDE

TONISEDINE

VEINASE

HEMO-VITOL

Laboratoire

MAROIS

Montréal

OXYCHOLINE

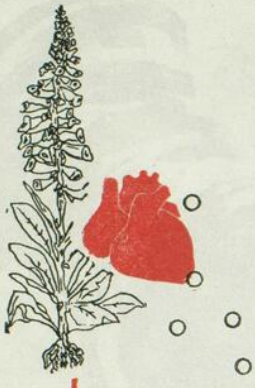
TROUVE SON CHAMP D'ACTION DANS L'ENGORGEMENT DU FOIE, LA CHOLÉCYSTITE, LA LITHIASE ET LA CIRRHOSE BILIAIRES

Dans l'insuffisance hépatique, le déficit biliaire doit être compensé à cause de l'indigestion des gras. L'agent puissant qui servira à la transformation de ces derniers sera l'acide déoxycholique qui augmentera la sécrétion biliaire sans nuire à la vésicule. Il entre dans la proportion d'un cinquième dans la sécrétion quotidienne d'acide biliaire.

Nous joignons à son action celle de l'extrait de foie indiquée dans toutes les formes d'insuffisance hépatique légère secondaires aux infections et aux intoxications aiguës ou chroniques.

Ne devra pas être prescrit dans l'hépatite aiguë et l'obstruction complète des conduits.

POSOLOGIE: Un à deux comprimés deux ou trois fois par jour, après les repas.



Maintenant en vente...

Digitoxine

Stearns

POUR LA PRÉCISION DU TITRAGE EN POIDS

ACTIVITÉ . . . **toujours constante**

La DIGITOXINE Stearns est le principe le plus actif de la feuille de *Digitalis purpurea*—composé microcristallisé à propriétés physico-chimiques bien définies. Cette préparation est titrée en poids et sa composition est uniforme — ce qui permet la précision du dosage pour éviter la confusion qu'entraînent les unités grenouille et les unités chat.

La Digitoxine Stearns par voie buccale est mille fois plus active que la feuille de digitale à poids égal; 1 mg. de Digitoxine produit le même effet qu'environ 1 gramme de feuille de digitale U.S.P.

ABSORPTION . . . **rapide et complète**

La DIGITOXINE Stearns est absorbée rapidement et complètement dans le tube digestif . . . l'administration de la dose nécessaire est aussi efficace par voie orale que par voie intraveineuse.

TOLÉRANCE . . . **parfaite**

La DIGITOXINE Stearns est dénuée de substances inertes indésirables en thérapeutique. Son activité est telle qu'on peut en obtenir des effets complets par l'administration orale de doses si peu élevées que les nausées et les vomissements ne se rencontrent que rarement. La méthode de la dose unique est satisfaisante en clinique pour la digitalisation complète.

INDICATIONS

La DIGITOXINE Stearns—glucoside cristallisé de la *Digitalis purpurea*—est indiquée généralement dans le traitement des cas qui réagissent à l'administration de la digitale ou autres drogues du groupe digitalique . . . aussi bien pour la digitalisation rapide que pour le traitement d'entretien.

PRÉSENTATION

Comprimés de 0.1 mg. et de 0.2 mg., en flacons de 100.

*

Documentation et échantillon d'essai sur demande.

Frederick Stearns & Company of Canada, Ltd.

WINDSOR, ONTARIO - New-York - Kansas City - San Francisco - Atlanta
Détroit, Mich. - Sydney, Australie - Auckland, N.-Zélande



POUR L'ANTISEPSIE CHIRURGICALE

Le Chlorure de Zephiran est un germicide d'une grande efficacité bactéricide et bactériostatique. Dilué selon les indications, il est non irritant et très peu 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.

Présentation: TEINTURE 1:1000 colorée, ne tache pas.

SOLUTION AQUEUSE 1:1000 et concentrée à 12.8%.

Demandez la brochure descriptive.

ZEPHIRAN, marque de commerce enregistrée aux Etats-Unis et au Canada

CHLORURE DE ZEPHIRAN

MARQUE DU CHLORURE DE BENZALKONIUM RAFFINÉ

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Produits pharmaceutiques de qualité pour le médecin

Succursale au service de MM. les médecins du Québec:
423 est, rue Ontario
Montréal

Administration et laboratoires:
1019 ouest, rue Elliott
Windsor, Ontario.

DÉTENTE ET PROLONGATION DE L'ACTIVITÉ



en Cardiothérapie

DIG-AMINOPHYLLINE COMPRIMES

Aminophylline 1½ grs., Phenobarbital ½ gr. et Poudre digitale B.P. ¾ gr.

PHEN-AMINOPHYLLINE COMPRIMES

Aminophylline 1½ grs. et Phenobarbital ½ gr.

SUPPOSITOIRES D'AMINOPHYLLINE

Aminophylline 6 grs.

en Asthme

SUPPOSITOIRES HYPAMIN (Adultes)

Aminophylline 7½ grs. et Hypnotal 1½ grs.

SUPPOSITOIRES HYPAMIN (Enfants)

Aminophylline 3¾ grs. et Hypnotal ¾ gr.

SED-AMINOPHYLLINE COMPRIMES

Aminophylline 2 grs., Hypnotal ¼ gr. et Ephedrine ½ gr.

***HYPNOTAL (Sodium Pentobarbital)*

M&M Pharmaceuticals

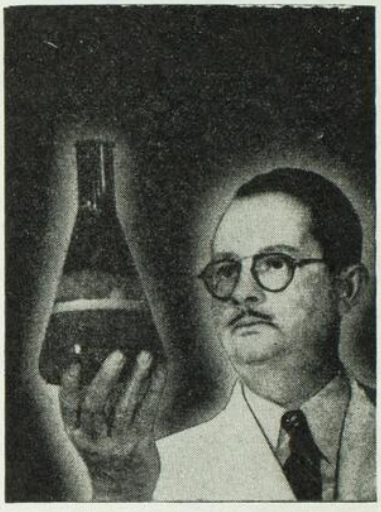
Mowatt & Moore Ltd
FINE PHARMACEUTICALS
MONTREAL

Supplément diététique complet

ELIXIR-TONIQUE

GLYCAMIN

GLYCAMIN
CONTIENT
3 GRAMMES
D'ACIDES
AMINÉS
À L'ONCE



DANS UNE
SOLUTION
SALINE ET
GLUCOSÉE
AGRÉABLEMENT
AROMATISÉE

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

Echantillon et littérature sur demande à Messieurs les Médecins seulement.

•

UNE DES SPÉCIALITÉS DES LABORATOIRES

ASGRAIN & HARBONNEAU Limitée

UNIVERS PHARMACEUTIQUE ET MÉDICAL

LE PERFECTIONNEMENT LE PLUS RÉCENT DANS LA CHIMIE DE L'ERGOT

Methergine

MÉTHYLERGOBASINE

Indiqué dans les hémorrhagies du postpartum et dans l'atonie postpartum.

"Notre expérience avec la Méthergine nous a convaincus que c'est un ocytocique utile, puissant et de grande valeur."

Roberts*

Ampoules de 1 cc. (0.2 mg de tartrate de 2-butanolamide de l'acide-d-lysergique(+)) pour injection i.m., i.v., ou s.c. Boîtes de 6 ampoules.

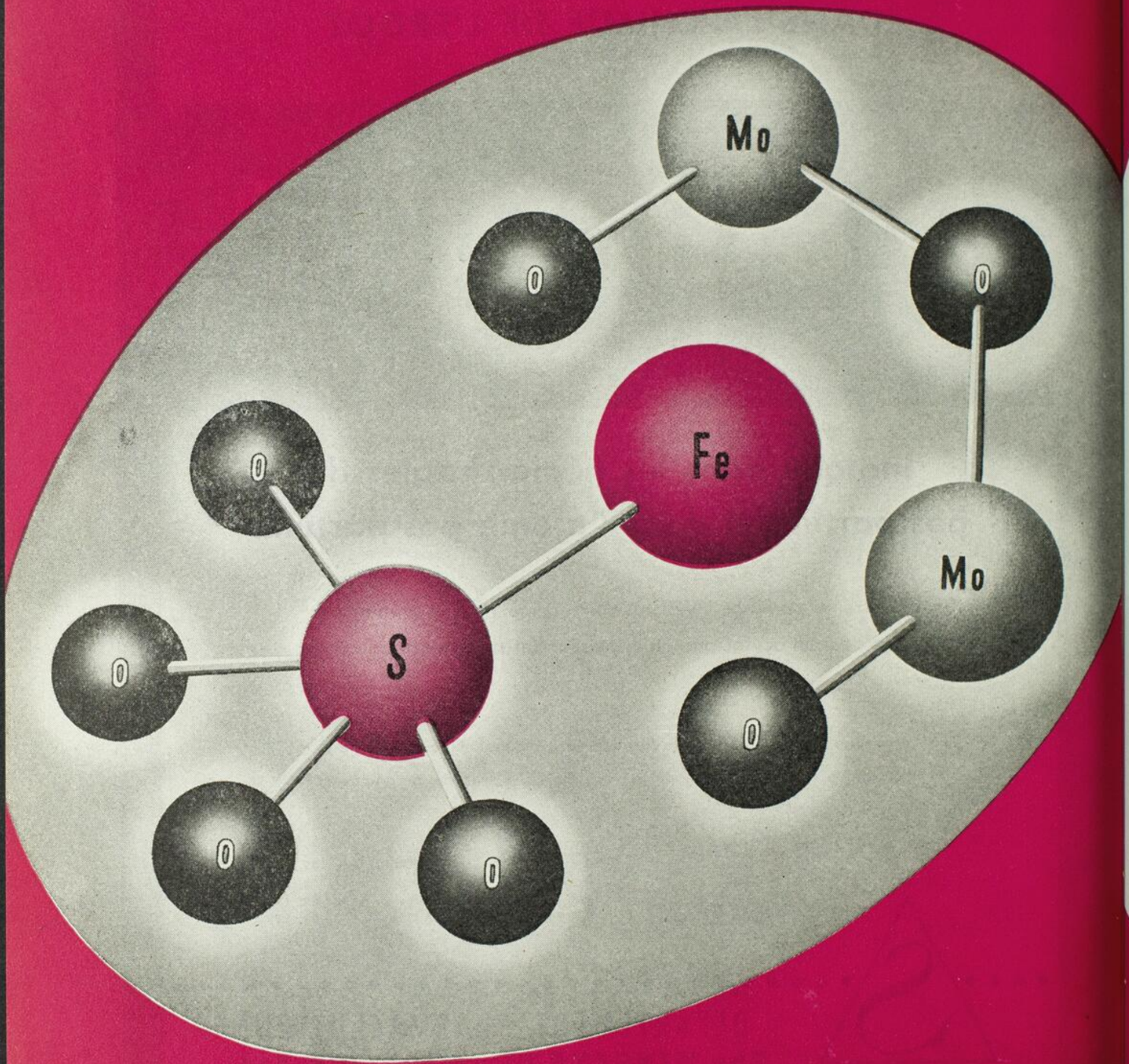
*P. C. Roberts: W. Jnl. Surg., Obs. & Gyn. **52**, 380, 1944
D. G. Tollefson: *Ibid* **52**, 383. 1944
A. C. Kirchhof *et al*: *Ibid* **52**, 197, 1944
E. P. Farber: Am. J. Obs. & Gyn. . . **51**, 859, 1946

SANDOZ

DEPARTEMENT PHARMACEUTIQUE
The WINGATE CHEMICAL Co. Ltd.,
Montréal

THE WINGATE CHEMICAL COMPANY LTD.

nettement supérieur



White

White's

LABORATORIES OF CANADA, Ltd.,
64-66 est, rue Gerrard, Toronto, Ontario.

hématopoïèse dans les anémies hypochromes

Des études cliniques sur l'anémie hypochrome traitée par le sulfate ferreux molybdénisé (Mol-Iron) révèlent la supériorité thérapeutique de cette préparation sur le sulfate ferreux seul, en doses correspondantes.

RÉSULTATS RAPIDES — Les valeurs globulaires normales sont plus rapidement rétablies, et chez les malades observés, la vitesse de formation de l'hémoglobine augmente de 100 pour cent et plus.

UTILISATION COMPLÈTE — L'utilisation du fer est également plus complète.

TOLÉRANCE EXCELLENTE — La tolérance gastro-intestinale est excellente — même chez les malades ayant manifesté auparavant des réactions gastro-intestinales marquées à la suite de l'administration orale d'autres préparations à base de fer *.

Le Mol-Iron est un complexe coprécipité de 3 mg. (environ 1/20 de grain) d'oxyde de molybdène, et de 195 mg. (3 grains) de sulfate ferreux, fabriqué par un procédé spécial. En flacons de 100 et de 1000 comprimés.

* Healy, J. C.: Hypochromic Anemia: Treatment with Molybdenum-Iron Complexe. The Journal-Lancet, 66: 218-221 (juillet) 1946.



Mol-iron *Tablets*



Les autres facteurs sont aussi importants

Les magnifiques résultats obtenus grâce à la thérapeutique de la vitamine B sont dus à l'action combinée de nombreux constituants dont quelques-uns bien connus et d'autres non encore identifiés.

L'engouement sans cesse croissant pour la thérapeutique par la vitamine naturelle B-complexe n'a d'égal que le principe de plus en plus admis que les carences en vitamine B sont d'ordinaire multiples.

B-PLEX Wyeth est un extrait aqueux de riz non décortiqué—une des sources naturelles les plus riches du B-complexe—Equilibré biologiquement[1] par l'addition de facteurs B cristallisés. B-PLEX fournit le chlorhydrate de thiamine, la riboflavine et la niacine dans la proportion de 1:2:10[2] PLUS des quantités adéquates de pyridoxine, d'acide pantothénique PLUS les facteurs non identifiés qui existent à l'état naturel dans l'extrait de riz non décortiqué.

[1] L'évaluation des préparations de la vitamine B-complexe. Mai, 1942.

[2] Bureau de Pharmacie et de Chimie et Bureau des Aliments et de la Nutrition. J.A.M.A. 119-12-948.

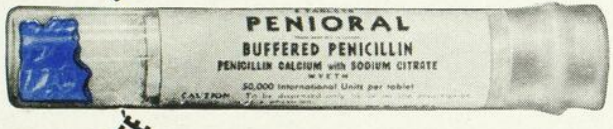
Nom Déposé au Canada

JOHN WYETH & BROTHER (CANADA) LIMITED • WALKERVILLE, ONTARIO

Penioral

Penioral (Pénicilline Wyeth avec substance-tampon) arrive au patient à l'état frais du laboratoire. Il est protégé de trois façons contre l'humidité, l'ennemi no. 1 de la pénicilline.

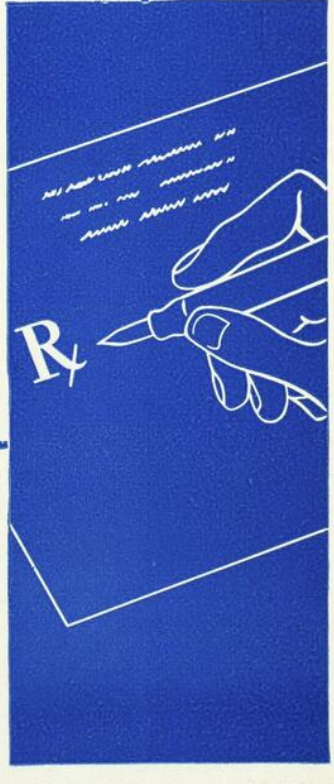
PENIORAL BLEU SIGNIFIE PROTECTION D'ACTIVITÉ



- **Le flacon est scellé à l'abri de l'air jusqu'à son ouverture.**
- **Un dessicant absorbe l'humidité après ouverture du flacon.**
- **Un indicateur bleu tourne au rose lorsqu'une humidité excessive menace la complète activité de la pénicilline.**
- **Protection ajoutée—Date d'expiration sur chaque flacon.**

Chaque flacon contient une dose moyenne quotidienne

Comprimés de 25,000 unités internationales—Flacons de 12
Comprimés de 50,000 unités internationales—Flacons de 8
Comprimés de 100,000 unités internationales—Flacons de 8



Pour une activité assurée Ecrivez PENIORAL SUR VOTRE ordonnance de Pénicilline

Wyeth
Nom Déposé

JOHN WYETH & BROTHER (CANADA) LIMITED
WALKERVILLE - ONTARIO



COMPLEXE B NATUREL + PROTEINATE D'ETAIN

Laboratoires Associés Franco-Anglais

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

Echantillon et littérature sur demande.

LA SCIENCE AU SERVICE DE LA MEDECINE



FRANK W. HORNER LIMITED
MONTREAL, CANADA



PIPÉRAZINE EFFERVESCENTE MIDY

(Granulé effervescent)

ANTI-URIQUE TYPE



THIODÉRAZINE MIDY

(injectable) (Ampoules 5 cc.)

Traitement général du RHUMATISME CHRONIQUE



THIODÉRAZINE MIDY

(buvable) (Gouttes)

Traitement général du RHUMATISME CHRONIQUE



THIODACAÏNE MIDY

(Ampoules 20 cc.)

Traitement local de la DOULEUR RHUMATISMALE

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

LIQUEUR LAVILLE

"L'ANTIGOUTTEUX"

Composition: A base de quinium, colocynthis et des principes actifs de convalleria maïalis, gentiana, scilla, hermodactylus et fraxinus excelsior: vin médicamenteux concentré.

Mode d'Action: Facilite la dissolution et l'élimination des Tophi. Provoque une augmentation de l'excrétion urique. Elle est essentiellement sédative de la douleur.

Posologie:

Crise Violente, 1 cuil. à café 2 heures avant le repas ou 4 heures après. Répéter toutes les 6 heures au besoin.

Crise Modérée, 1 cuil. à café le matin à jeun pendant 3 jours.

Dose Préventive, ½ cuil. à café le matin à jeun.

La LIQUEUR du Dr LAVILLE se présente en flacon de 60 cc.

LABORATOIRES CLIN. COMAR & CIE — PARIS

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



"A TOUS LES PATIENTS SOUFFRANT D'UNE CARENCE DE FER

il est opportun d'administrer un composé d'une grande efficacité avec le minimum de désagrément." *

LE Fergon est rarement cause de malaises gastriques, même s'il est administré avant les repas, car son faible degré d'ionisation le rend quasi non astringent et non irritant. Il a été démontré par des comparaisons cliniques que le gluconate ferreux est plus efficacement utilisé que d'autres composés de fer *.

Fergon

Gluconate Ferreux de Stearns

DANS LES CARENCES DE FER



PRÉSENTÉ sous forme d'élixir à 5%, en flacons de 16 onces; et en comprimés de 5 grains, en flacons de 100 et de 1000.

Frederick Stearns & Company of Canada, Ltd.

WINDSOR • ONTARIO

NEW YORK KANSAS CITY SAN FRANCISCO DETROIT SYDNEY, AUSTRALIA AUCKLAND, NEW ZEALAND

DES FAITS CONCERNANT FERGON

Le **FERGON** est un gluconate *amélioré*. Préparé selon une méthode spéciale de Stearns et stabilisé par un excès de réducteur, il contient moins de 1/7 % de fer ferrique.

NON IRRITANT grâce à son faible degré d'ionisation, le Fergon est rarement cause de malaises gastriques. On peut donc l'administrer avant les repas et, de la sorte, favoriser le maximum d'absorption.

PLUS EFFICACE. Des études cliniques ont démontré que le gluconate ferreux est plus efficacement utilisé que tous les autres sels de fer. Facilement soluble et absorbable par la voie digestive en milieu acide ou alcalin.

INDIQUÉ dans le traitement et la prophylaxie d'anémies causées par une déficience de fer; particulièrement efficace chez les malades qui tolèrent difficilement les autres formes de fer.

POSOLOGIE: La dose moyenne pour adultes est de 3 à 6 comprimés (5 grains) ou 4 à 8 cuillerées à thé d'élixir par jour; pour les enfants, **1 à** 4 comprimés (2½ grains) ou 1 à 4 cuillerées à thé d'élixir par jour.

AUTRES FAITS ET EXTRAITS DE TRAVAUX CLINIQUES ENVOYÉS SUR DEMANDE

Reznikoff, P., et Goebel, W. F.: J. Clin. Investigation, 16: 547, 1937.

Fergon—Nom déposé



NOUS ANNONÇONS

Méprane

3,4-bis-(m-méthyl-p-propionoxyphényl) hexane

ŒSTROGÈNE SYNTHÉTIQUE ACTIF PAR VOIE BUCCALE

Les médecins disposent maintenant d'une œstrogénothérapie économique ne comportant pas de risque de gêner la malade ou de ne procurer qu'un soulagement incomplet des symptômes ménopausiques.

AVANTAGES MARQUANTS

- Soulage promptement les symptômes ménopausiques.
- Redonne une sensation de bien-être.
- N'occasionne virtuellement pas de réactions désagréables.
- Est exceptionnellement économique.

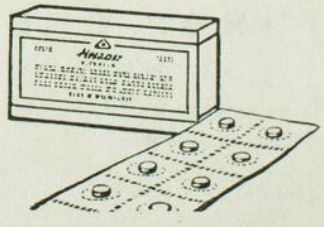
Des études cliniques étendues dans des centres médicaux renommés attestent l'activité œstrogène et la sûreté clinique du Méprane. Dans un groupe de cas nombreux, on a rapporté un prompt soulagement des symptômes de la ménopause, et les malades éprouvaient généralement une rémission partielle de leurs symptômes dès les premiers jours du traitement. Les réactions désagréables étaient virtuellement inexistantes.

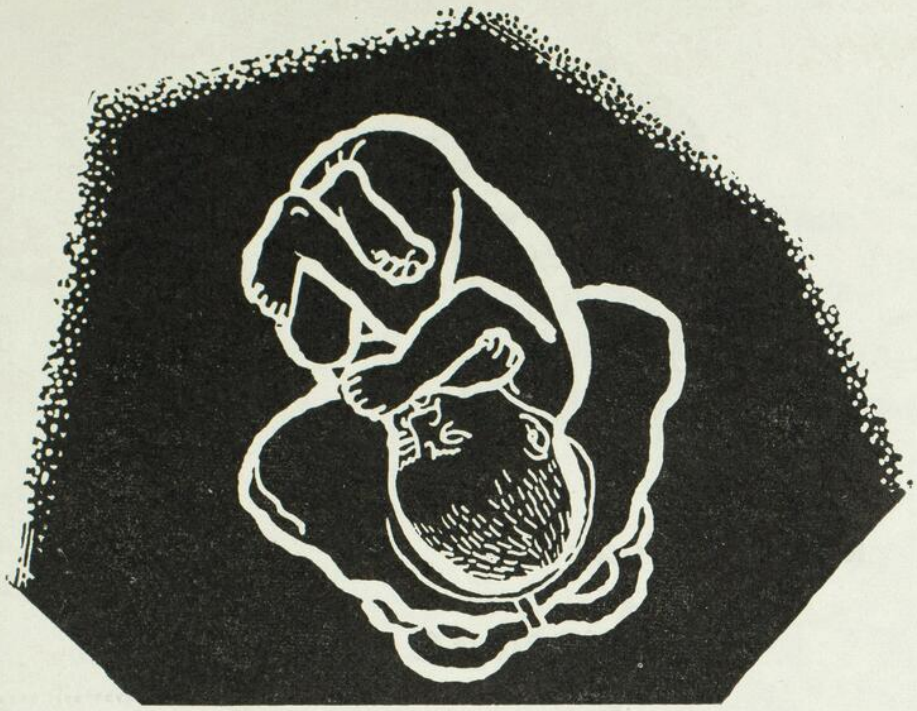
Posologie: Dans la ménopause, traitement d'attaque—3 comprimés par jour; traitement d'entretien—1 à 2 comprimés par jour.

Présentation: Boîtes de 30 et de 100 comprimés de 1 mg. (1/65 de grain), emballés individuellement. Notices et échantillons sur demande.

Méprane ● POUR LE BIEN-ÊTRE DURANT LA MÉNOPAUSE

REED & CARNRICK (CANADA) LTD.
TORONTO, ONTARIO, CANADA





L'ANALGÉSIE EN OBSTÉTRIQUE

SÛR • Quatre années de recherches médicales intensives, comportant plus de 1,400 cas rapportés, ont démontré que l'analgésie par le Demerol, en obstétrique, offrait un procédé sûr. L'analgésie par le Demerol est sans danger pour la mère et l'enfant. Elle n'affaiblit pas les contractions utérines et ne prolonge pas le travail. Le médicament ne provoque aucune complication du post-partum.

SIMPLE ET EFFICACE • Le chlorhydrate de Demerol s'administre *per os* ou en injection intramusculaire. Dose moyenne: 100 mg., lorsque les douleurs deviennent régulières, puis on répète la dose trois ou quatre fois à des intervalles de 1 à 4 heures. L'effet analgésique du chlorhydrate de Demerol se situe entre celui de la morphine et celui de la codéine; l'action antispasmodique du Demerol est semblable à celle de l'atropine. Il est doué d'un léger effet sédatif. Cette préparation peut être employée associée à la scopolamine ou à des barbituriques pour l'amnésie.

LITTÉRATURE DOCUMENTAIRE SUR DEMANDE

DEMEROL

Marque de commerce enregistrée au Canada et aux Etats-Unis

CHLORHYDRATE

Marque du CHLORHYDRATE DE MEPERIDINE
(Isonipécaïne)

SUJET AUX LOIS CANADIENNES SUR LES STUPÉFIANTS

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Produits pharmaceutiques de qualité pour le médecin

Succursale au service de
MM. les médecins du Québec:
423 est, rue Ontario
Montréal

Administration et laboratoires:
1019 ouest, rue Elliott
Windsor, Ontario.



Tirée à quatre épingles mais aucun désir de sortir

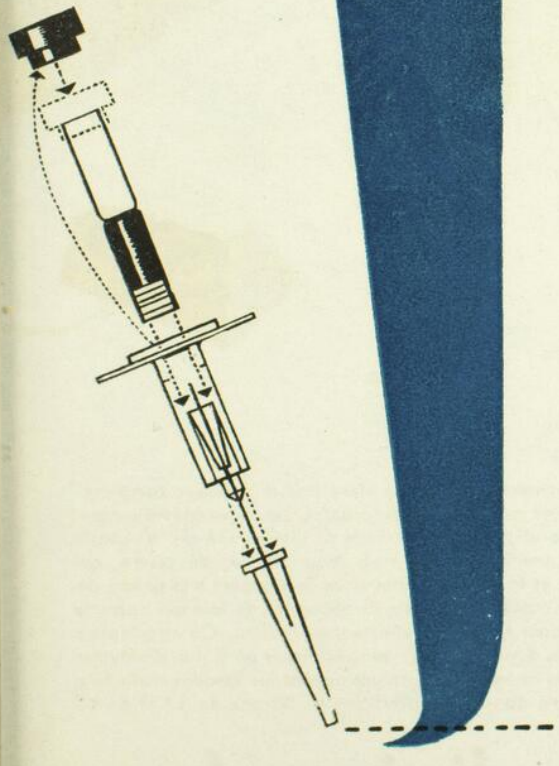
★ Vous la connaissez peut-être — cette victime de l'anémie secondaire que la ferrothérapie ne parvient pas à ramener complètement à l'état normal ou dont l'état ne s'améliore que très lentement. Certainement, ces cas ne sont pas rares. C'est un problème auquel les chercheurs de l'Université du Wisconsin — et les Laboratoires Abbott — offrent une solution. Les savants de l'Université du Wisconsin ont trouvé que pour obtenir une régénération maximum de l'hémoglobine il faut une quantité minime, mais bien définie, de cuivre, qui agit comme activeur métabolique du fer. L'Elixir Cofron Abbott fournit le cuivre et le fer ensemble dans le rapport très précis de 1:25, qui est celui que les savants du Wisconsin ont trouvé le plus efficace. Il contient en outre du concentré de foie qui apporte une quantité complémentaire des vitamines du complexe B. L'Elixir Cofron possède un goût exceptionnellement agréable. On en propose l'emploi dans le traitement de l'anémie de nutrition et autres anémies secondaires, dans les états non spécifiques où il y a diminution de la valeur globulaire ou réduction modérée du nombre d'hématies, dans les anémies qui accompagnent les longues maladies, et de façon générale comme tonique ferrugineux. L'Elixir Cofron se trouve dans les pharmacies en flacons de 12 et de 80 onces fluides et de 1 gallon.

elixir cofron

LABORATOIRES ABBOTT LIMITEE - MONTREAL, CANADA



Facile comme...



C'est pratiquement aussi simple de préparer une injection de pénicilline calcique dans l'huile et la cire, Abbott, quand on se sert de la nouvelle Seringue-Cartouche Stérile. La raison? Plus besoin de restériliser la seringue et l'aiguille. Fini l'ennui de sécher, qui comporte toujours le risque de complications s'il reste des traces d'eau. Eliminée la difficulté d'aspirer la suspension dans la seringue; éliminées aussi les pertes de solution. En outre, plus besoin de s'occuper de nettoyer la seringue et l'aiguille, puisqu'*on les jette*. Chaque emballage est complet, compact, facile à transporter, et prêt à servir. Il comprend une seringue en plastique à laquelle est fixée une aiguille régulière No. 20 de 1½ pouce, avec piston en verre, et contenant une dose 300,000 unités de pénicilline en suspension dans l'huile d'arachide et la cire d'abeilles. Il arrive parfois que nous ne puissions fournir aux demandes, mais nous augmentons sans cesse notre production.

LABORATOIRES ABBOTT LIMITEE, MONTREAL

Pénicilline, Abbott
dans l'huile et la cire
(FORMULE DE ROMANSKY)

dans une seringue-cartouche ne servant qu'une fois

... Le résultat inévitable d'un semblable état de choses est une concurrence très active. Les élèves sont peu nombreux, les écoles abondent; les dépenses sont lourdes tandis que la recette est légère; la nature humaine est fragile, et vous savez ce qui arrive alors. Les mesures restrictives sont mises de côté, on offre des avantages spéciaux. Peu à peu le niveau des études s'abaisse, les examens deviennent une farce, et les écoles ne sont bientôt plus que machines à diplômes, *dans lesquelles les plus hauts intérêts de la profession et la sécurité même du public sont sacrifiés à la cupidité des candidats. L'esprit peut à peine mesurer jusqu'à quel point peuvent s'abaisser les directeurs de certaines institutions, grâce à ce système de compétition effrénée. Ceux-ci remueront ciel et terre pour s'attirer des élèves; ils auront recours aux sollicitations et à la persuasion, à différents artifices et ruses d'une probité douteuse. Finalement les propriétaires de ces écoles sont pris d'une sorte de paralysie morale (ce que les théologiens caractérisent du nom d'endurcissement du cœur), et alors, incapables de voir et encore moins de faire ce qui est juste, ils en viennent à croire que leur système est bon, et les tentatives de réforme deviennent à peu près désespérées. Ce tableau n'est pas chargé. La libre compétition entre plusieurs écoles est synonyme de commerce libre des diplômes, et ce commerce libre est lui-même synonyme d'homicide.*

Les Bureaux de médecine ont sauvé les écoles canadiennes de semblables désastres. Les collèges se sont opiniâtrement opposés à l'extension des pouvoirs des Bureaux, jaloux qu'ils étaient de leurs droits et de leurs chartes; et puis, empressés à mettre des obstacles à d'utiles législations au lieu de favoriser celles-ci, ils ont trop souvent, bien qu'ils ne le sussent pas, trouvé la victoire dans la défaite. Le principe est bon et bien établi: la profession médicale d'un pays ou d'une province doit être la gardienne de son propre honneur. La profession, en effet, est plus grande que les écoles qui n'en sont que des parties. Elle doit avoir sous son contrôle tout ce qui regarde l'éducation médicale et la pratique de l'art de guérir.

Incorporé, le corps professionnel de chaque province est connu sous le nom de « Collège des Médecins et Chirurgiens », de « Conseil Médical », de « Bureau de Médecine », et comme vous le savez tous, par l'acte de la Confédération, chaque province a le droit de régir ses propres affaires en matière d'éducation. Sur ce point, les Bureaux, pour répondre à l'idéal que l'on s'en fait, doivent faire ce qui suit: 1° Examiner les qualifications des candidats à l'étude de la médecine. 2° Disposer le curriculum de la meilleure manière possible, pour le plus grand bien du pays et suivant les exigences de la science moderne. 3° Contrôler d'une manière absolue les examens pour la pratique de la médecine. Je me propose de faire quelques remarques sur chacun de ces points, surtout en ce qui touche l'état de choses actuel.

... Je pourrais ici terminer cette partie de mon sujet, qui a trait surtout aux rapports existants entre la profession et le public, mais j'insisterai encore sur sur un point. J'ai dit en commençant que dans une société bien organisée, tout citoyen doit sentir qu'il a près de lui un homme ayant reçu une bonne et solide éducation médicale, et auquel il peut, à l'heure du danger, s'adresser en toute confiance et lui demander secours pour lui-même, pour sa femme et ses enfants. Nous avons cela maintenant par tout le Canada. Aujourd'hui le public a à sa disposition des hommes instruits et compétents; dans le plus petit village, l'individu le plus pauvre peut s'adresser à un médecin honnête et capable; les charlatans et les imposteurs sont rares. Ce sont là, messieurs, des bienfaits dont, les mains élevées vers le ciel, nous pouvons remercier nos Bureaux de médecine provinciaux.

(Osler — 1885 — réunion annuelle de C. M. A.)

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale
du Canada

Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872

ONT COLLABORÉ AU VOLUME 75:

MM. Allard (Eugène) ; Amyot (Roma) ; Arcand (Arthur) ; Archambault (Jules) ; Archambault (Paul-René) ; Badeaux (François) ; Beaudoin (Hervé) ; Beaudry (Maurice) ; Beaulieu (Roger) ; Beauregard (Jean-Marie) ; Béclère (Claude) ; Bélisle (Maurice) ; Bélisle (Philippe) ; Bertrand (Albert) ; Bisson (Christophe) ; Blain (Emile) ; Blanchard (G.-A.) ; Boisvert (Raymond) ; Bombardier (J.-P.) ; Bonnier (Maurice) ; Boucher (Roméo) ; Boudreau (Marcel-A.) ; Bourgeois (Paul) ; Bousquet (Jean-Paul) ; Brodeur (Paul) ; Brun (José F.) ; Bruneau (Jacques) ; Cantero (Antonio) ; Cauchon (Roland) ; Cayer (Lomer) ; Champeau (Jean) ; Charbonneau (J.-H.) ; Charest (F.) ; Charest (G.) ; Charpy (J.) ; Chicoine (Paul) ; Clermont (Moïse) ; Côté (G.-Léo) ; Courchesne (Georges-H.) ; Cousineau (Georges) ; Couture (Ernest) ; Dandurand (René) ; David (Paul) ; Demers (F.-X.) ; Desjardins (Edouard) ; Doré (Réal) ; Duberger (R.-L.) Dufresne (Origène) ; Dufresne (Roger-R.) ; Dumas (Paul) ; Dussault (Roland) ; Fauteux (Mercier) ; Finland (Maxwell) ; Fortier (de la Broquerie) ; Frappier (Armand) ; Frégault (Guy) ; Gagnon (Arthur) ; Gagnon (Jacques) ; Gariépy (J.-U.) ; Gariépy (L.-Henri) ; Gauthier (Fernand) ; Gauthier (P.) ; Gélinas (Henri) ; Gérin-Lajoie (Léon) ; Gilbert (Jules) ; Gratton (Armand) ; Grégoire (Fernand) ; Grégoire (Georges) ; Groleau (Lionel) ; Groulx (Adélard) ; Houot (A.) ; Jobin (Pierre) ; Julien (P.-E.) ; Jutras (Albert) ; Laberge (Lasalle) ; Lacasse (Gustave) ; Lachance (Roger) ; Lacharité (Hervé) ; Laliberté (Henri) ; Lambert (Adrien) ; Laperrière (Vincent) ; Lapierre (Gaston) ; Larichellière (Raymond) ; Laroche (A.-G.) ; Latraverse (V.) ; Laurier (Yvon) ; Lauzer (Rosaire) ; Leblond (Sylvio) ; Leblond (Wilfrid) ; Lefrançois (Charles) ; Legault (Jean-Paul) ; Léger (Jean-Louis) ; Lépine (Edgar) ; LeSage (Albert) ; LeSage (Jean) ; L'Espérance (A.) ; Lessard (Richard) ; Letendre (Paul) ; Letondal (Paul) ; Longpré (Daniel) ; Longtin (Léon) ; P. L. ; Maranda (E.) ; Marin (Albéric) ; Marion (Donatien) ; Marion (Pierre) ; Morin (Eustace) ; Morissette (Léopold) ; Noël (Victor) ; Panisset (Maurice) ; Paquet (Adrien) ; Paquette (J.-Philippe) ; Paré (Louis) ; Pesant (Laurent) ; Pettigrew (Ant.) ; Pichette (Henri) ; Pinsonneault (G.) ; Plamondon (Marcel) ; Plichet (André) ; Plouffe (Adrien) ; Poliquin (Paul-A.) ; Pouliot (Ant.) ; Prévost (Jules) ; Riopelle (Joseph-Luc) ; Rioux (Armand) ; Rochette (Roméo) ; Roy (Louis-Philippe) ; Saint-Martin (Maurice) ; Samson (J.-Ed.) ; Sanche Hector) ; Saucier (Jean) ; Selye (Hans) ; Simard (Raymond) ; Simonnet (Henri) ; Sirois (Jean) ; Smith (Henri) ; Smith (Pierre) ; St-Onge (Gérard) ; Sylvestre (J.-Ernest) ; Sylvestre (Lucien) ; Tagnon (Henri-J.) ; Tétreault (Adélard) ; Têtu (Félix) ; Thébaud (Jules) ; Thibault (Eugène) ; Tourangeau (F.-J.) ; Tremblay (Jean) ; Turcotte (M.) ; Vachon (Malcolm) ; Vallée (Louis-Yvan) ; Valois (Antoine) ; Vézina (Norbert) ; Vidal (J.-A.) ; Voyer (Victorin) ; Wallis (Robert).

Et puis, paraît-il, nous devons en Amérique jouer un rôle, accomplir une mission. A tout événement, nous pouvons tout de même tenter l'aventure : personne n'en sera lésé, au contraire, et nous aurons en plus l'ineffable satisfaction d'avoir suivi une destinée, de n'avoir pas dérogé lâchement à un dessein qui nous fut tracé, et vers lequel tout nous entraîne.

Et le peuple, que pense-t-il de tout cela? Peut-être se sent-il ému à certaines heures par les accomplissements et les efforts d'une poignée d'hommes, des compatriotes. Peut-être est-il fier de son Université de la Montagne.

En tout cas, ses fils pourront y accéder, à ce temple de l'enseignement.

Mais encore faut-il qu'il se solidarise à son œuvre et tangiblement.

Il y a 25 ans, on avait sollicité de la population de la région de Montréal une aide financière. Elle apporta probablement ce qu'il fut possible eu égard aux circonstances de l'époque et à la mentalité de la population.

Une seconde campagne sera lancée incessamment dans le vaste district de Montréal, dans la province ecclésiastique de Montréal. On devra recueillir dix millions de dollars pour l'Université. Les pouvoirs publics fourniront une partie substantielle de la souscription. Déjà la cité de Montréal s'est engagée à verser la somme de deux millions. L'exemple est d'importance et, si on juge de l'organisation qui s'amorce, on peut espérer avec joie que l'objectif sera sûrement atteint et probablement dépassé.

Voilà un mouvement qui doit réconforter et faire espérer l'accomplissement d'œuvres merveilleuses et constructives. Le public doit réagir dans ce sens et il lui faut comprendre qu'elles seront nécessaires à notre survie et à notre épanouissement. Les traditions, le passé, les berceaux, le groupement autour du clocher certes, mais aussi l'enseignement à nos enfants qui atteint son couronnement à l'université.

Ce Journal, de spécialisation médicale, a été fondé par des universitaires, il a toujours soutenu, encouragé l'œuvre universitaire. Il a été depuis 75 ans intimement lié à l'enseignement universitaire : trois de ses rédacteurs en chef (Rottot, P. Lachapelle, A. LeSage)

BULLETIN

NOUVEL ESSOR DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Sur le Mont-Royal, face aux Laurentides, illuminée de mille feux à la fin du jour et au soleil couchant, l'Université de Montréal est le témoignage d'un fait et d'une volonté.

Ceux qui conçurent le vaste projet de situer sur l'emplacement actuel la vaste et hardie construction que nous aimons aujourd'hui, ne furent pas toujours et par tous loués et approuvés. D'aucuns, certes bien intentionnés, trouvaient le dessein trop audacieux, au-dessus de nos moyens et de notre valeur. Le site leur semblait beau, il est vrai, mais très peu pratique et, à leurs yeux, on avait sacrifié l'utile à un rêve de grandeur. En plus, on avait délaissé la partie vraiment francophone de la ville pour édifier notre université française dans une région, la plus belle de la ville il est vrai, mais qui nous était moins familière et habitée par une population de langue anglaise.

Mais ces promoteurs possédaient une plus pénétrante vision, leur horizon était plus reculé. Ils savaient bien qu'une université ne s'organise pas que pour le présent, mais qu'elle doit s'édifier en vue de l'instruction et de la formation des générations futures.

Ce qui paraissait fastueux, il y a quelques années, nous semble déjà appartenir à la nature très ordinaire des choses, tant on s'adapte au milieu et surtout tant on peut se hausser à la mesure de la matière et que ce rehaussement d'ordre, tout objectif qu'il soit, donne confiance en soi, procure plus d'assurance, porte vers des réalisations intellectuelles et morales qui se couplent étroitement à la grandeur des cadres où elles s'épanouiront.

PREMIER CONGRÈS RÉGIONAL DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA, TENU À SHERBROOKE LES 13 ET 14 JUIN 1947

Le Conseil Général de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada a décidé d'organiser dans certaines villes du Québec des congrès régionaux. Sherbrooke a l'honneur d'avoir été choisie comme premier endroit pour l'inauguration de ces congrès.

Le programme scientifique comprendra trois sections: phtisiologie, chirurgie et médecine. Nous sommes heureux de remercier nos confrères de Montréal, de Québec et des Cantons de l'Est qui ont collaboré à l'organisation tant scientifique que matérielle de ces assises.

Nous espérons que tous les médecins membres de l'Association se rendront avec leurs épouses dans la ville reine des Cantons de l'Est en juin prochain.

Le comité du Congrès a inscrit au programme social et artistique différentes manifestations qui, nous l'espérons, sauront rencontrer l'approbation de tous.

Le président, Dr Richard GAUDET.
Le secrétaire du Congrès, Dr Jacques OLIVIER.

LOGEMENT À SHERBROOKE LORS DU CONGRÈS RÉGIONAL

Les organisateurs du congrès régional de l'Association des Médecins de Langue française du Canada ont établi un comité pour faciliter le logement des congressistes durant leur séjour à Sherbrooke.

Ce comité comprend les membres suivants:

MM. les docteurs:

Blais, Léo,
Boisvert, Raymond,
Dagneau, Clovis,
Dion, Joseph-A.,
Lafond, Réal,
Ledoux, Armand,
Marin, Réginald.

Ce comité prie les congressistes de réserver eux-mêmes à l'avance leurs chambres d'hôtel ou de prévoir si possible l'hospitalité chez des amis. Ceux qui le désirent peuvent adresser leur demande de logement au docteur Jacques Olivier, secrétaire du Congrès, qui verra à transmettre ces demandes au comité de réception. On est prié d'adresser toute demande à l'Hôpital Général Saint-Vincent-de-Paul, Sherbrooke.

A toutes fins pratiques, voici une liste des hôtels et des maisons de touristes auxquels les congressistes peuvent personnellement s'adresser pour faire leurs réservations.

Hôtel New Sherbrooke, Sherbrooke
Hôtel New Wellington, Sherbrooke
Hôtel Lasalle, Sherbrooke
Hôtel King George, Sherbrooke
Hôtel Château Frontenac, Sherbrooke
Hôtel Grand Union, Sherbrooke
Hôtel Royal, Sherbrooke
Hôtel Magog, Sherbrooke
Hôtel Lake Park, Petit Lac Magog
Manoir du Lac, Petit Lac Magog
Manoir du Lac, Cabines, Petit Lac Magog
Ermitage Cabins, Sherbrooke.

furent doyens à la Faculté de Médecine; des quatre autres doyens, trois firent partie du bureau de direction de *L'Union Médicale du Canada* [1].

Il ne peut dans les conjonctures actuelles qu'offrir le plus entier appui moral à l'appel du chancelier, Son Excellence Monseigneur Charbonneau, et à tous les comités ou commissions qui organisent la campagne.

Nous demandons à nos lecteurs d'aider l'œuvre de l'Université de Montréal en souscrivant généreusement à la campagne: ils collaboreront ainsi à une institution nationale et, agissant de la sorte, ils se rendront à eux-mêmes un inestimable service.

Roma AMYOT.

1. Le Dr T. Parizeau et le Dr Edmond Dubé, doyen actuel en sont encore membres.

EN MARGE DU CENTENAIRE
1847-1947

Aux médecins de campagne

Un médecin qui pratique à la campagne nous écrit pour nous dire qu'il ne laisse pas souvent son coin pour aller en ville. Ce fils et ce petit-fils de médecin se demande tout de même si, pour une occasion exceptionnelle comme le Centenaire, « il ne se paiera pas une fugue avec sa vieille ».

Je lui ai répondu par le retour du courrier et je l'ai fortement encouragé à ne pas résister à la tentation. Il sera des nôtres, j'en suis sûr, aux journées qui évoqueront le centième anniversaire de notre collège, au mois de septembre prochain. Il viendra, comme des centaines et des centaines d'autres, de tous les villages du Québec.

Le médecin de campagne représente un des types les plus admirables de notre profession. Le jour et la nuit, beau temps mauvais temps, à toutes les saisons, il doit être au poste car il est souvent seul dans son patelin. Parfois il doit faire de longues randonnées et, parfois, un appel téléphonique le rejoint en route et il repart, sa visite faite, dans une autre direction au lieu de rentrer chez lui. Il se repose quand il a le temps et, à maintes reprises, les malades le réclament au moment où il aurait bien gagné de dormir un peu.

Certes, la pratique à la campagne est moins dure qu'il y a cent ans, alors que les routes méritaient à peine ce nom! Tout de même, à l'heure actuelle, celui qui a choisi un village pour y exercer sa profession est un homme qui, d'avance, a accepté de mener une existence qui n'est pas de tout repos. C'est un confrère qui ne ménage pas son dévouement et dont les services ne sont pas toujours reconnus à leur valeur.

« Je suis arrivé à temps pour injecter du sérum de Roux à un enfant atteint de diphtérie; deux heures après, j'ai fait une césarienne, j'ai sauvé l'enfant et la mère aussi; dans l'après-midi, j'ai réussi à arrêter une hémorragie chez un grand blessé qui était en train de mourir! Cela à part du reste! Une sacrée journée, mais une bonne et belle journée! » C'est la confidence d'un vieux médecin de campagne qui est mort à la tâche, après avoir servi pendant une quarantaine d'années!

PROGRAMME PROVISOIRE DU 1er CONGRÈS RÉGIONAL DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA

Sherbrooke, 13 et 14 juin 1947

COMITÉ SCIENTIFIQUE

MM. les docteurs:
Guy Bertrand,
Lionel Groleau,
Jacques Olivier.

1.—SECTION DE TUBERCULOSE.

Sanatorium St-François

Vendredi, 13 juin

4.15 hrs p m. — Le problème de la lutte antituberculeuse dans les Cantons de l'Est. Dr Lasalle Laberge, Sherbrooke.

4.30 hrs p.m. — Diagnostic clinique de la tuberculose par le médecin praticien. Dr Victor Brosseau, Sherbrooke.
En discussion: docteur J.-A. Vidal, Montréal.

4.45 hrs p.m. — L'examen des crachats chez le tuberculeux pulmonaire. Dr Jacques Olivier, Sherbrooke.

5 hrs p.m. — L'immunisation antituberculeuse par le B.C.G. Dr Armand Frappier, Montréal.

Samedi, le 14 juin

2.—SECTION DE CHIRURGIE.

Hôpital Général St-Vincent-de-Paul.

9.30 hrs a.m. — Vingt-cinq ans d'évolution chirurgicale. Dr Richard Gaudet, Sherbrooke.

9.45 hrs a.m. — *Sujet à venir*. Dr Oscar Garant, Québec.

10.00 hrs a.m. — Les épisiotomies. Dr Réal Lafond, Sherbrooke.

10.15 hrs a.m. — Le traitement préopératoire en chirurgie générale. Dr Jacques Bruneau, Montréal.

10.30 hrs a.m. — Les cervicites. Dr Clovis Dagneau, Sherbrooke.

10.45 hrs a.m. — Le lever précoce en chirurgie générale. Dr Guy D'Argencourt, Drummondville.

11.00 hrs a.m. — L'arthrite rhumatismale vertébrale. Dr Lionel Groleau, Sherbrooke.

11.15 hrs a.m. — Appendicite suppurée sans drainage. Dr Guy Bertrand, Sherbrooke.

11.30 hrs a.m. — Arthrite chronique de la hanche. Dr J.-Edouard Samson, Montréal.

Samedi, le 14 juin

3.—SECTION DE MÉDECINE.

Hôtel-Dieu de Sherbrooke.

2.00 hrs p.m. — Maladie de Pick. Dr Roger B. Goyette, Granby.

2.15 hrs p.m. — La pseudo-hémophilie familiale. Dr Léopold Morissette, Montréal.

2.30 hrs p.m. — Les physionomies cardiaques. Dr René DuBerger, Sherbrooke.

2.45 hrs p.m. — Erythroblastose infantile à la lumière du facteur Rh. Dr Marcel Langlois, Québec.

3.00 hrs p.m. — Le problème de la poliomyélite d'après les recherches récentes. Dr Pierre Lépine, chef du Service des Virus à l'Institut Pasteur de Paris.

3.30 hrs p.m. — Le traitement de la poliomyélite. Dr J.-H. Charbonneau, Montréal.
En discussion: docteur Paul-M. Larivière, Montréal.

3.45 hrs p.m. — *Sujet à venir*. Dr J.-B. Jobin, Québec.

L'ASSOCIATION DES BUREAUX MÉDICAUX DES HÔPITAUX DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

L'Association réunira son Exécutif vendredi, le 13 juin, à 9.30 heures a.m., au Club Social, 85, rue Melbourne, Sherbrooke, et l'assemblée du Grand Conseil aura lieu dans la soirée du même jour, au même endroit.

LA FÉDÉRATION DES SOCIÉTÉS MÉDICALES DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

La Fédération tiendra l'assemblée de l'Exécutif au Club Social, 85, rue Melbourne, Sherbrooke, vendredi, le 13 juin, à midi, et l'assemblée du Grand Conseil, à 3 heures, p.m.

L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DU CANADA

L'assemblée annuelle du Conseil de l'Association aura lieu samedi, à 2 heures, p.m., au Club Social, 85, rue Melbourne, Sherbrooke.

ANESTHÉSIE

INTUBATION ENDOTRACHÉALE À L'AVEUGLE

Fernando HUDON (Québec, Canada).

L'intubation endotrachéale à l'aide du laryngoscope est et restera toujours le procédé classique. C'est celui que l'on doit apprendre en premier lieu.

Cependant l'introduction endotrachéale d'une canule par voie orale ou nasale sans l'aide d'un laryngoscope demeure un procédé extrêmement utile et mérite d'être mieux connue. En effet, la laryngoscopie peut dans certains cas être très laborieuse et même impraticable. L'ankylose du cou, le trismus, les plaies traumatiques sont autant d'obstacles; de plus, il ne faut pas être trop à la merci d'un instrument.

Nous vous exposerons donc les techniques de l'intubation à l'aveugle.

L'éther est l'anesthésique de choix parce qu'il déprime suffisamment le réflexe laryngé et s'élimine lentement. Le niveau de l'anesthésie doit dépasser le 2e plan de la période chirurgicale. L'anesthésiste a le temps de procéder, et les tentatives de l'intubation ne provoquent pas la toux et le spasme du larynx si rapidement. Sous anesthésie au gaz ou au Pentothal, il faut être plus entraîné et agir promptement.

Cependant, si l'on a soin de faire, au préalable, la cocaïnisation de la gorge et du larynx, on augmente considérablement ses chances de succès. Une petite injection de curare diminue également le spasme laryngé. L'arc réflexe est interrompu du côté sensitif par l'anesthésique local et du côté moteur par le curare.

Considérons maintenant les tubes.

On se sert des tubes en caoutchouc, en soie gommée et en plastique. Les tubes en caoutchouc désignés par Magill sont courbes et servent surtout à l'intubation nasale; ils sont à parois minces ou épaisses. Les tubes à parois minces blessent moins la muqueuse nasale, mais ont l'inconvénient de se laisser déprimer et de se couder en arrière des choanes ou à l'entrée du larynx.

Les tubes en plastique sont flexibles mais plus durs; ils ne se coudent pas, mais ils traumatisent plus facilement la muqueuse nasale.

Les tubes droits en soie gommée servent généralement pour l'intubation orale; ceux fabriqués avec une courbure ne sont pas recommandables pour l'intubation nasale à cause de leur dureté. La grosseur du tube employé varie avec l'âge, le sexe, et l'individu.

On emploiera des tubes n° 14 au n° 42 (calibration française) ou n° 00 au n° 12 (calibration américaine).

A notre point de vue, il est préférable de lubrifier nos tubes avec une gelée anesthésique, si l'on n'a pas fait l'anesthésie locale de la gorge. La gelée doit être soluble dans l'eau; un produit non résorbable peut être cause d'abcès pulmonaire. Le tube devient un corps étranger et cause des réflexes sur les bronches et les coronaires, comme il a été démontré par des électrocardiogrammes. Ceci explique pourquoi nous conseillons l'anesthésie locale ou l'anesthésie générale profonde.

Certains anesthésistes gardent le patient en anesthésie superficielle et profitent de la toux pour faire glisser le tube. Il est vrai que la glotte s'ouvre alors à son maximum, mais nous préférons adopter ce procédé comme une méthode d'exception. La littérature rapporte un cas de décès par réflexe sur le cœur.

Quand la cyanose persiste et tarde à disparaître avec l'insufflation d'oxygène, nous faisons l'extubation. L'intubation n'est re-

1. Série de communications au XVIIIe Congrès de l'A.M.L.F.C., Québec, juin 1946.

Il y en a bien d'autres qui lui ressemblent dans notre province, bien d'autres qui continuent de servir. Les organisateurs du Centenaire comptent sur leur présence à Montréal, les 10 et 11 septembre prochain. Ils viendront avec leurs épouses et cela les reposera de leur besogne ardue.

Ceux qui ont le bonheur de pratiquer en ville savent que leurs confrères des centres ruraux n'ont pas toujours une existence facile. Les uns et les autres seront heureux de se revoir et de renouveler connaissance.

Tous les comités travaillent afin que les fêtes du Centenaire du Collège soient dignes des vénérables souvenirs qu'elles vont rappeler.

Les épouses de nos confrères auront un programme qui est encore à l'état d'ébauche mais qui leur promet un séjour des plus agréables à Montréal.

Toute l'organisation est en marche et nos confrères des villes, des villages et des plus petits coins de la province peuvent compter que tous les efforts seront déployés, afin que le Centenaire du Collège soit un événement remarquable dans l'histoire de notre profession.

Qu'on s'inscrive le plus tôt possible. Cela sera de nature à faciliter la tâche des organisateurs.

Le président du Comité de publicité,

Dr Adrien PLOUFFE

ANESTHÉSIE

INTUBATION ENDOTRACHÉALE À L'AVEUGLE

Fernando HUDON (Québec, Canada).

L'intubation endotrachéale à l'aide du laryngoscope est et restera toujours le procédé classique. C'est celui que l'on doit apprendre en premier lieu.

Cependant l'introduction endotrachéale d'une canule par voie orale ou nasale sans l'aide d'un laryngoscope demeure un procédé extrêmement utile et mérite d'être mieux connue. En effet, la laryngoscopie peut dans certains cas être très laborieuse et même impraticable. L'ankylose du cou, le trismus, les plaies traumatiques sont autant d'obstacles; de plus, il ne faut pas être trop à la merci d'un instrument.

Nous vous exposerons donc les techniques de l'intubation à l'aveugle.

L'éther est l'anesthésique de choix parce qu'il déprime suffisamment le réflexe laryngé et s'élimine lentement. Le niveau de l'anesthésie doit dépasser le 2e plan de la période chirurgicale. L'anesthésiste a le temps de procéder, et les tentatives de l'intubation ne provoquent pas la toux et le spasme du larynx si rapidement. Sous anesthésie au gaz ou au Pentothal, il faut être plus entraîné et agir promptement.

Cependant, si l'on a soin de faire, au préalable, la cocaïnisation de la gorge et du larynx, on augmente considérablement ses chances de succès. Une petite injection de curare diminue également le spasme laryngé. L'arc réflexe est interrompu du côté sensitif par l'anesthésique local et du côté moteur par le curare.

Considérons maintenant les tubes.

On se sert des tubes en caoutchouc, en soie gommée et en plastique. Les tubes en caoutchouc désignés par Magill sont courbes et servent surtout à l'intubation nasale; ils sont à parois minces ou épaisses. Les tubes à parois minces blessent moins la muqueuse nasale, mais ont l'inconvénient de se laisser déprimer et de se couder en arrière des choanes ou à l'entrée du larynx.

Les tubes en plastique sont flexibles mais plus durs; ils ne se coudent pas, mais ils traumatisent plus facilement la muqueuse nasale.

Les tubes droits en soie gommée servent généralement pour l'intubation orale; ceux fabriqués avec une courbure ne sont pas recommandables pour l'intubation nasale à cause de leur dureté. La grosseur du tube employé varie avec l'âge, le sexe, et l'individu.

On emploiera des tubes n° 14 au n° 42 (calibration française) ou n° 00 au n° 12 (calibration américaine).

A notre point de vue, il est préférable de lubrifier nos tubes avec une gelée anesthésique, si l'on n'a pas fait l'anesthésie locale de la gorge. La gelée doit être soluble dans l'eau; un produit non résorbable peut être cause d'abcès pulmonaire. Le tube devient un corps étranger et cause des réflexes sur les bronches et les coronaires, comme il a été démontré par des électrocardiogrammes. Ceci explique pourquoi nous conseillons l'anesthésie locale ou l'anesthésie générale profonde.

Certains anesthésistes gardent le patient en anesthésie superficielle et profitent de la toux pour faire glisser le tube. Il est vrai que la glotte s'ouvre alors à son maximum, mais nous préférons adopter ce procédé comme une méthode d'exception. La littérature rapporte un cas de décès par réflexe sur le cœur.

Quand la cyanose persiste et tarde à disparaître avec l'insufflation d'oxygène, nous faisons l'extubation. L'intubation n'est re-

1. Série de communications au XVIIIe Congrès de l'A.M.L.F.C., Québec, juin 1946.

prise que lorsque les réflexes sont coupés par une anesthésie suffisamment profonde. L'enfant réagit plus à l'irritation causée par la sonde.

* * *

Ces considérations étant faites, nous allons étudier les techniques proprement dites de l'intubation. Nous verrons, en premier lieu, l'intubation nasale ou orale à l'aveugle et, en second lieu, l'intubation nasale ou orale à l'aide des doigts.

1° Pour l'intubation nasale à l'aveugle, décrite par Magill, l'on se sert d'un tube Magill à parois minces que l'on descend dans la narine la plus libre. Le cathéter, bien lubrifié, est poussé avec délicatesse en ayant soin de contourner les obstacles, ce que l'on fait en imprimant des mouvements de rotation au tube. Pour l'adulte, un tube de 5 à 7 mm. de diamètre glisse facilement. La tête doit être droite et avoir la position que prend le coureur, c'est-à-dire légèrement avancée en avant. On comprend facilement qu'il faut appuyer la tête de certains malades sur deux oreillers. Les enfants, au contraire, vu la disproportion de la tête avec le corps et de leur taille, sont couchés sans oreiller. Toute autre position de la tête, comme la flexion, l'extension ou la rotation, peut être adoptée et même utile dans certains cas. Le tube est introduit dans le pharynx avec la main droite pendant que la main gauche saisit le larynx pour mobiliser latéralement, verticalement ou en arrière selon l'obligation.

Pendant que l'oreille, penchée sur le bout du tube, écoute le sifflement de l'air, les deux mains travaillent ensemble pour faire pénétrer la sonde dans la glotte, l'une en la poussant et l'autre en présentant le larynx au devant de l'extrémité du tube. Comme on le sait, celui-ci peut être dévié dans sa course par la cloison nasale ou encore tend à pénétrer dans l'œsophage.

Pour se servir de l'expression d'un auteur, on enfile le tube comme l'on enfile un fil dans le chas d'une aiguille. La chose devient encore plus facile si l'on sait où frappe le tube dans la gorge. Un doigt introduit dans la gorge, ou mieux l'examen attentif du cou pour voir où frappe la canule, nous permet de localiser sa position.

2° Dans l'intubation à l'aveugle par voie orale, préconisée par Troup, la technique suivie est à peu près la même. L'extension forcée de la tête sert à ouvrir la bouche et à soulever l'épiglotte. On se sert d'un tube Magill à parois épaisses ou d'un tube en plastique. Si le tube a perdu sa courbure, la technique devient plus difficile. Le tube est introduit sur la ligne médiane ou sur le côté de la langue jusqu'en dessous de l'épiglotte. Parfois il faut donner un mouvement de rotation au tube pour lui faire dépasser l'épiglotte ou encore il faut sortir la langue à l'aide d'une gaze pendant que l'on descend le tube dans le pharynx. Une fois que le tube a rencontré la colonne d'air, on suit la technique décrite plus haut. Ce procédé, qui est moins traumatisant, est assez facile. Certains auteurs ont fabriqué des canules pharyngées spéciales pour pouvoir glisser le tube.

* * *

Pour ce qui est de l'intubation nasale à l'aide des doigts, voici comment l'on procède.

Le tube est glissé dans le pharynx jusqu'au devant de la glotte. Pendant que l'aide fait l'extension forcée de la tête, on introduit dans la bouche deux doigts de la main gauche jusque dans le pharynx à la recherche du tube. Celui-ci est ramené entre les deux doigts sur la ligne médiane et sous l'épiglotte; l'autre main pousse alors le tube en suivant la colonne d'air.

* * *

Dans l'intubation orale à l'aide des doigts (Kuhn, Sykes, Lee), nous suivons à peu près la même technique.

Un ouvre-bouche maintient les mâchoires écartées. Un assistant fait l'extension de la tête et l'on introduit deux doigts dans le pharynx à la recherche de l'épiglotte. Une fois celle-ci soulevée, le tube est glissé sur la face dorsale des doigts jusque sous l'épiglotte. On entend alors le sifflement de l'air qui sera

notre guide pour faire pénétrer plus avant notre tube.

Il existe une autre technique probablement plus utile de l'intubation orale à l'aide des doigts. Au lieu de faire glisser les tubes sur la face dorsale des doigts, on les descend sur la face palmaire.

Avec cette méthode on peut se servir des tubes Magill en caoutchouc ou en plastique ou encore des tubes droits semi-rigides en soie gommée. Le médius soulève l'épiglotte pendant que l'index va à la recherche des aryténoïdes. Par un mouvement de flexion l'index pliera le bout du tube pour le diriger dans le larynx. Ce procédé est très facile chez les édentés et chez les vieillards à qui l'on veut faire une aspiration bronchique. En effet, chez ces derniers, après peu ou pas d'anesthésie générale ou locale, on introduit des doigts dans la bouche pour diriger le cathéter dans la trachée. Le cathéter introduit dans une narine glissera également avec facilité dans le larynx. C'est pour les nouveau-nés ou les nourrissons que nous employons surtout cette technique.

Nous n'introduisons que l'index dans la bouche. L'épiglotte n'est à peu près pas perceptible et n'est qu'à deux pouces des gencives. Notre doigt tombe dans la glotte. Le bout de l'index ramassera le bout du tube et le dirigera dans la glotte.

Pour les nouveau-nés, on se sert de deux tubes en soie gommée n° 14 ou n° 16 pour faire l'intubation. Celle-ci n'est nécessaire que lorsque les réflexes de la gorge sont disparus.

Une première intubation sert à l'aspiration du liquide contenu dans les bronches et une seconde sert à l'insufflation intra-pulmonaire avec la bouche, un sac d'oxygène ou un insufflateur.

Pour la chirurgie du bec-de-lièvre, nous préférons cette technique à cause des malformations de la bouche qui nuisent à la laryngoscopie.

En conclusion, l'on peut dire que l'intubation endotrachéale à l'aveugle avec ou sans l'aide des doigts est un procédé utile et indispensable lorsque la laryngoscopie est impraticable, lorsque l'instrument fait défaut ou lorsqu'on ne veut pas traumatiser des tissus infectés ou malformés.

BIBLIOGRAPHIE

1. I. W. MAGILL: « Endotracheal Anesthesia », *Am. J. Surg.*, **34**: 450 (déc.) 1936.
2. Charles K. ELDER: « Naso-Endotracheal Intubation. » *Anesthesiology*, **5**: 392 (juillet) 1944.
3. N. A. GILLESPIE: *Endotracheal Anœsthesia.* Wisconsin University, Wisconsin Press, 1941.
4. L. C. REID et D. E. BRACE: *Surg. Gyn. and Obst.*, **70**: 157, 1940.
5. Fernando HUDON: « Intubation without laryngoscopy. » *Anesthesiology*, **6**: 476 (sept.) 1945.

INDICATIONS ET TECHNIQUES DE LA BRONCHO-ASPIRATION

André JACQUES,
Assistant dans le Service d'Anesthésiologie de l'Hôtel-Dieu de Québec.

Pour permettre un échange respiratoire normal au niveau de l'arbre trachéo-bronchique, l'anesthésiste doit souvent recourir à des manœuvres « trachéo-broncho-aspiratrices »; les indications sont multiples, les techniques variées.

L'anesthésiste envisage l'acte chirurgical sous trois angles: la scène préopératoire, la scène peropératoire et la scène postopératoire.

Dans la phase préopératoire, les cas chirurgicaux qui nécessitent une broncho-aspiration sont ceux chez qui on a diagnostiqué une dilatation des bronches, un abcès pulmonaire, une atélectasie, ou un œdème aigu pulmonaire.

Dans la phase peropératoire, il est péremptoire de nettoyer l'arbre trachéo-bronchique tantôt inondé de liquide gastrique, de pus, de sang, de mucus, etc., ou noyé par une pleurésie purulente qui a fistulisé au poumon au cours de manœuvres chirurgicales inéluctables, tantôt pour les mêmes causes déjà énumérées dans la phase préopératoire.

Dans la phase postopératoire, l'atélectasie, l'accumulation de sécrétions dans les bronches, la congestion pulmonaire par hypostase sont les raisons d'une demande de broncho-aspiration.

Pour des états pathologiques assez identiques: œdème pulmonaire aigu, atélectasie, abcès pulmonaires, pleurésies purulentes fistulisées au poumon, dilatation des bronches, myasthéniques n'ayant pas la force d'expectorer, lavage trachéo-bronchique pour diagnostic bactériologique de la tuberculose pulmonaire, le service de médecine interne doit recourir aux bienfaits thérapeutiques de la broncho-aspiration.

Les techniques de ces manœuvres aspiratrices varient selon la phase de l'acte chirurgical.

Au cours de la phase préopératoire, l'aspiration se fait par bronchoscopie ou par laryngoscopie avec des sondes gommées ou de caoutchouc glissées dans la lumière de ces appareils, sans anesthésie ou avec l'aide de l'anesthésie de surface et de l'oxygène à la portée.

Au cours de la phase peropératoire les manières de procéder sont différentes selon que l'intervention chirurgicale se fait sous anesthésie générale ou sous anesthésie rachidienne, régionale ou locale. Sous anesthésie générale, on utilise une sonde de soie gommée ou caoutchoutée du n° 12 ou n° 16, échelle française, sondes à multiples orifices attachées à un tube de verre en Y, branché à un aspirateur pouvant développer une succion de 10 à 25 lbs de pression. Cette sonde entre dans la trachée et les bronches par le tube naso-trachéal ou oro-trachéal, par le laryngoscope, ou parfois avec l'aide des doigts qui localisent, immobilisent le larynx, et orientent et font pénétrer la sonde, venant du nez, ou de la bouche, entre les cordes vocales. Sous anesthésie locale, régionale ou rachidienne, les techniques à suivre sont semblables à celles utilisées dans la phase préopératoire.

Au cours de la phase postopératoire, il faut avoir de l'oxygène à la portée, utiliser le réflexe de la toux, et garder en mémoire que la bifurcation des bronches est la zone tussigène idéale. Parfois un peu d'anesthésie générale courte aide à tuer l'appréhension du malade. Le patient bon collaborateur n'a besoin que d'une anesthésie de surface pharyngo-laryngée à la cocaïne 10% — 20% ou à la nupercaïne 2%. Bien des cas la subissent sans anesthésie. Parmi ceux-ci le moribond qui happe l'air n'a besoin d'aucune anesthésie, son larynx demeurant béant pour obvier à l'asphyxie montante. Cette intervention se pratique par voie nasale au doigt ou à l'aveugle, par voie orale au doigt ou au laryngoscope. L'instrumentation comprend des sondes bicoudées en soie

gommée, des sondes de caoutchouc, pour aspirer ou pour insuffler de l'oxygène.

Utilisée dans le service de médecine interne, la broncho-aspiration demande les mêmes techniques que celles auxquelles il faut recourir dans la phase postopératoire.

Il est indiscutable que la bronchoscopie possède l'avantage de permettre l'inspection visuelle des bronches, et de donner ainsi la certitude de la sécheresse de l'arbre trachéo-bronchique à la fin de l'aspiration. Il est cependant plus facile, plus à la portée de tous, et plus rapide de recourir à la broncho-aspiration sans bronchoscopie surtout s'il faut agir à intervalles répétés. Il n'y a aucun délai à la mise en marche de l'instrumentation simple et adéquate.

Haight et Ransom ont préconisé une technique de broncho-aspiration par voie nasale à l'aveugle, technique identique mais un peu modifiée qui est utilisée à l'Hôtel-Dieu de Québec, dans le service d'anesthésiologie, au cours de la phase postopératoire et pour les cas de médecine interne. La sonde tantôt caoutchoutée, tantôt gommée bicoudée, lubrifiée à la gelée de nupercaïne est introduite dans l'arbre trachéo-bronchique sans aucune anesthésie préalable de surface des régions naso-pharyngo-laryngées. Le patient est à demi assis, le cou légèrement fléchi. L'anesthésiste tire au dehors la langue du malade, afin d'élever ainsi l'épiglotte et de prévenir le réflexe de déglutition fermant la glotte. Les manœuvres suivantes se succèdent ainsi:

1. Introduction du cathéter muni d'un tube de verre en Y à son extrémité distale, par le nez, par la narine la plus spacieuse.

2. Direction en arrière dans le pharynx jusqu'à la sensation tactile de l'atteinte du larynx.

3. Retrait du cathéter de 1 à 2 centimètres.

4. Le patient pratique une profonde respiration.

5. Poussée avant rapide du cathéter dans la trachée au moment de l'inspiration profonde.

6. S'il y a échec sur ce point, demander au patient de tousser.

7. Avance rapide de la sonde au moment de l'inspiration profonde consécutive à la toux.

8. A moins qu'il n'y ait des sécrétions dans le pharynx, ne pas brancher la succion, avant l'introduction du cathéter dans la trachée.

9. Tout le temps de l'introduction du cathéter dans la trachée, il faut maintenir la traction de la langue pour empêcher les mouvements de déglutition.

10. Il y a certitude que la sonde est dans la trachée et non dans l'œsophage à l'apparition subite de la toux, de la voix enrouée du patient quand il essaie de parler, au passage de l'air de la respiration par le cathéter.

11. Quand le cathéter est dans la trachée, le patient est placé en position horizontale et en supination.

12. Aspiration pour plusieurs secondes.

13. Arrêt de la succion, le patient fait des mouvements répétés de respiration profonde.

14. Alterner ainsi aspirations répétées et mouvements fréquents de respiration profonde jusqu'à la certitude de la sécheresse de la trachée.

15. Puis ensuite, poussée plus avant de la sonde dans la bronche du côté le plus inondé. Habituellement la sonde entre dans la bronche droite, qui est plus dans l'axe de la trachée.

16. Pour diriger la sonde dans la bronche gauche, tourner la tête du patient en position droite extrême.

17. Aspiration intermittente des bronches pour prévenir l'excès de toux et la cyanose.

18. Le cathéter est introduit jusqu'au niveau approximatif des bronches des lobes inférieurs. A ce moment le bout distal de la sonde est à 2 ou 3 pouces des narines.

19. Pour faciliter l'aspiration du côté lésé, faire coucher le patient en position latérale opposée au poumon lésé: cette position déclive favorise le drainage des bronchioles dans les bronches, et aussi une aspiration plus efficace.

20. Toute cette manœuvre s'accompagne d'une toux plus ou moins intense, aidant à pousser les sécrétions des bronchioles dans les bronches.

21. Durée totale des manœuvres: 2 à 3 minutes.

22. Quantité moyenne de sécrétions aspirées: varie de 10 à 20 c.c.

Dans cette technique, il y a avantage à utiliser une sonde gommée bicoudée de préférence à la sonde de caoutchouc. Le coude distal de la sonde s'appuyant sur la paroi postérieure du pharynx facilite l'entrée du bout proximal de la sonde dans le larynx. En rotation à droite ou à gauche, les deux coudes facilitent l'entrée de la sonde dans la bronche gauche ou dans la bronche droite.

BIBLIOGRAPHIE

1. J. ALEXANDER: « Pre-operative and Post-operative care of patients with surgical diseases of the chest. » *Archives of Surgery,* **40**: 1133, 1940.
2. A. L. BROWN: « Post-operative pulmonary atelectasis: observations on the different types of bronchial secretion and anesthesia. » *Archives of Surgery,* **22**: 796, 1931.
3. C. HAIGHT: « Intratracheal Suction in management of post-operative pulmonary complications. » *Annals of Surgery,* **107**: 218, 1938; *Surgery,* **6**: 445, 1939.
4. C. HAIGHT et H. R. RANSOM: « Observations on the prevention and treatment of post-operative atelectasis and bronchopneumonia. » *Annals of Surgery,* **114**: 243 (août) 1941.
5. F. HUDON: « Aspiration des sécrétions bronchiques dans les interventions chirurgicales. » *Laval Médical,* **8**: 567, 1943.
6. P. H. HOLLENGER: « Bronchoscopy in Post-operative Pulmonary Complications. » *Surgical Clinics of North America,* **18**: 237, 1938.
7. A. JACQUES: « Atelectasis. » *No* 17, *Bulletin of the Postgraduate course in Anesthesia conducted in Montral.* Ciba Company Ltd, Montreal.
8. R. Y. FERNANDEZ et E. W. HEISH: « Lavado traqueobronquico. » *La Prensa Medica Argentina,* **45**: 2205 (9 nov.) 1945.

INDICATIONS DE L'INTUBATION À L'AVEUGLE

Bernard PARADIS,
Anesthésiste à l'Hôtel-Dieu de Québec et à l'Hôpital des Anciens Combattants.

Définition et historique de l'intubation à l'aveugle

a) L'intubation à l'aveugle consiste à introduire dans la trachée un tube permettant l'inspiration et l'expiration totales ou partielles du patient, sans l'aide d'un laryngoscope, c'est-à-dire, soit par le nez avec les tubes Magill, McKesson ou autres, et c'est la méthode naso-trachéale; soit par la bouche, et c'est la méthode oro-trachéale de Troup; soit encore par le nez ou la bouche avec l'aide d'un ou de deux doigts, et ce sont les méthodes de Kuhn, Sykes et Hudon. L'originalité de ce procédé consiste donc dans le passage de tubes endotrachéaux sans vision directe, mais à l'aveugle, comme le dit si bien l'expression courante. L'anesthésie peut à ce moment être absente, être simplement locale, être générale, ou encore être combinée, c'est-à-dire et locale et générale.

b) Si nous jetons un coup d'œil sur l'histoire de l'intubation, nous constatons que ce procédé est de trois siècles plus vieux que l'anesthésie elle-même; que Vesalius, en effet, en 1542 faisait des expériences sur « l'aspera arteria »; que Robert Hook répétait la même expérience un siècle plus tard devant la Société Royale de Londres. Ce ne fut cependant qu'en 1871 que Friedrich Trendelenburg employa cette méthode sur l'homme, en passant un tube à travers l'orifice d'une trachéotomie, dans le but de prévenir l'aspiration de sang dans les voies aériennes. La méthode proprement dite est née à Glasgow en 1880, ayant pour père William MacEwen, lequel enleva une tumeur maligne de la base de la langue, après avoir introduit un tube de métal par la bouche, à l'aveugle, par la méthode des doigts. Nous devons donc remarquer que l'intubation à l'aveugle est née bien avant l'usage du laryngoscope. Le premier article, en effet, sur la laryngoscopie fut écrit en 1913 par Chevalier Jackson, et le second par Janeway dans la même année. Nombre

d'autres furent écrits depuis, mais nous remarquons que Magill et Rowbotham demeurèrent convaincus, après de nombreuses expériences, que la majorité des patients pouvaient être intubés à l'aveugle, et que, dans bien des cas, c'était la seule méthode possible. Loin de nous l'intention de bannir, dans ce court travail, l'usage du laryngoscope, mais bien plutôt de décrire simplement les cas où la méthode à l'aveugle semble préférable à celle de la vision laryngoscopique, en nous basant sur l'expérience reconnue du docteur F. Hudon en la matière, et sur notre expérience personnelle.

* * *

Il est évident, et la littérature le proclame unanimement, que la majorité des objections exprimées contre l'intubation étaient destinées non pas tant à la méthode elle-même, qu'à des techniques défectueuses et à des séquelles traumatiques ou infectieuses, résultant de la maladresse des opérateurs. Or il demeure un fait: c'est que, pour éviter ces séquelles, il faut d'abord acquérir de l'habileté, et deuxièmement choisir le procédé qui semble le plus naturel, c'est-à-dire, lorsqu'il y a possibilité et absence de contre-indications, le procédé à l'aveugle.

Nous donnerons d'abord les cas, puis les raisons où le procédé est recommandé pour: *a*) des fins anesthésiques; puis *b*) des fins autres que l'anesthésie.

a) *Pour des fins anesthésiques.*

Tout d'abord, dans quelles opérations conseillons-nous l'intubation à l'aveugle? Nous l'utilisons dans nombre de cas de chirurgie en position dorsale, tels que les cas de cholécystectomie, de gastrectomie, d'hystérectomie, de résection intestinale, de staphyloplastie et autres; nous l'utilisons dans les opérations qui requièrent des positions anormales, telles que les opérations de néphrectomie, de sympathectomie, de greffe d'Albee, et autres; et également dans la chirurgie spécialisée, telle que l'oto-rhino-laryngologie. Nous utilisons le procédé à l'aveugle dans environ 50% des cas énumérés précédemment.

Quelles sont véritablement les indications avantageuses de la méthode à l'aveugle? Il y a des avantages aux points de vue suivants: 1) au point de vue général; 2) au point de vue technique; 3) au point de vue du patient; 4) et enfin au point de vue de l'anesthésiste lui-même.

1) Au point de vue général: l'intubation à l'aveugle est plus simple. Les difficultés d'opération ou de tentative d'opération sont réduites. Nous évitons au chirurgien les scènes, qu'il accuse souvent de dramatiques, de la laryngoscopie sur son patient privé. Est diminuée également la possibilité de traumatiser soit les dents, les lèvres, la gorge, voire même le larynx; est encore diminuée la possibilité de causer un œdème qui occasionnera des douleurs postopératoires, de même que la possibilité, si la manœuvre de la laryngoscopie se prolonge trop, de provoquer un spasme des cordes vocales; est permis enfin l'usage d'un tube de diamètre inférieur diminuant ainsi les chances d'irritation laryngo-bronchique. Tous ces détails, quoique d'ordre général, doivent cependant retenir notre attention.

2) Si nous considérons le point de vue technique, nous constatons que la manœuvre de l'intubation à l'aveugle est plus facile et plus naturelle. La raison est purement anatomique: lorsque l'on fait usage d'un laryngoscope, la bouche doit être ouverte assez largement, spécialement si le patient a toutes ses dents; la tête est alors en extension, l'épiglotte est relevée par l'extrémité de la lame du laryngoscope, et alors la partie inférieure du tube pointe sur la commissure antérieure du larynx. Le tube se dirige donc en position tout à fait contraire à celle du larynx, faisant un angle aigu avec le larynx. Il faut alors, soit opérer des changements dans la position du tube, ce qui cause une perte de temps et une diminution dans la profondeur de l'anesthésie, soit exercer une certaine pression sur le tube pour lui faire franchir les cordes, et ceci ne se fait jamais sans un certain traumatisme. Si, contrairement, le tube est passé à l'aveugle, avec ou sans les doigts, avec la position

requise pour la tête du patient, la partie inférieure du tube se dirige dans une direction meilleure pour passer les cordes; de cette façon, nous évitons l'extension forcée de la tête, ainsi que le double traumatisme et du laryngoscope dans la gorge et du tube sur le larynx et les cordes; nous diminuons également le temps de l'intubation à quelques secondes près.

3) Au point de vue du patient: la méthode a ses avantages. Nous savons qu'un principe fondamental dans l'anesthésie générale est la libération parfaite des voies aériennes, de manière que le patient respire, nous oserions dire, plus librement qu'à l'état normal; ceci signifie une respiration non bruyante, que l'entourage n'entend pas et qui est appréciée par le simple mouvement du thorax en concordance avec le ballon de l'appareil. Cette méthode permet un contrôle plus facile pour la profondeur anesthésique nécessaire, et permet de prévenir l'accumulation d'acide carbonique dans le sang et permet encore de prévenir la présence de pression pulmonaire négative causée par l'obstruction, si minime soit-elle, laquelle pression négative, si présente, causera la formation de sécrétions, voire même le développement de complications post-opératoires. Et avec ces petits tubes endotrachéaux que nous utilisons comme « airways », selon le terme américain, nous évitons bien des complications au patient. De plus, dans les interventions longues et laborieuses, l'anesthésiste ne peut, que de cette façon, remplir tout le reste de sa fonction, c'est-à-dire l'injection de sang, plasma ou sérum, la surveillance même du temps opératoire pour maintenir le degré d'anesthésie nécessaire, avant même que le chirurgien ne le demande. L'anesthésiste, en effet, doit avoir la possibilité de tout faire seul, et sans que son patient n'en souffre. Il est difficile de concevoir que, sans intubation, dans ces interventions longues et difficiles, un anesthésiste puisse voir à tout: il y aura négligence quelque part.

4) Pour l'anesthésiste lui-même: la technique de l'intubation à l'aveugle a les charmes de l'inconnu, d'une aventure dont on ignore le dénouement; elle est simple au point que bien souvent le chirurgien ne la soupçonne même pas; et une fois faite, l'anesthésiste peut avec beaucoup moins de fatigue mieux voir à son malade et demeurer en mesure de prévenir toutes les complications.

b) *L'intubation à l'aveugle peut également être utilisée pour des fins autres que l'anesthésie.*

Nous utilisons ce procédé dans certains cas de « ressuscitation », tels que les cas de croup laryngé, d'angine de Ludwig et autres, où la laryngoscopie est pratiquement impossible. Nous avons également à la mémoire certains cas d'obstruction mécanique. L'un d'eux, entre autres, était un malade dont le poids variait aux alentours de 250 livres, et qui souffrait de goitre compressif; ce patient était assez fortement cyanosé, et il va sans dire, s'établissait chez lui un œdème pulmonaire sans cesse croissant. L'intubation à l'aveugle fut faite chez lui, avec un tube Magill n° 26, sans anesthésie; cette intubation permit une libération notoire de ses voies aériennes, et permit également l'intervention chirurgicale.

Nous l'utilisons encore dans les cas d'aspiration bronchique, avec ou sans anesthésie locale du pharynx. Le passage d'un cathéter naso-trachéal ou oro-trachéal à l'aveugle est de beaucoup moins dramatique; nous sommes alors dans la possibilité de faire l'intervention au lit même du malade.

Nous pouvons encore utiliser cette méthode pour les cas d'instillation de lipiodol intra-bronchique.

Conclusion

Nous avons voulu donner une légère idée de l'utilité de l'intubation à l'aveugle, de son utilité dans des cas où les fins sont anesthésiques et de son utilité dans des cas où les fins sont autres que l'anesthésie.

Et nous terminons par ce proverbe latin qui s'applique bien à l'emploi de l'intubation:

« *Fortiter in re, suaviter in modo.* »

LES INDICATIONS DU PENTOTHAL EN THORACOPLASTIE

Adrien PAQUET,
Anesthésiste à l'hôpital du Saint-Sacrement (Québec).

L'indication ou la contre-indication d'un anesthésique en chirurgie relève d'une quantité de facteurs dont le partage entre les avantages et les inconvénients porte l'anesthésiste à utiliser ou à rejeter tel ou tel des agents anesthésiques au cours d'une intervention.

L'indication d'un agent anesthésique relève d'abord de la pharmacologie de ce médicament et de son action plus ou moins toxique sur l'organisme, mais elle relève aussi de la possibilité de diminuer et d'atténuer l'effet toxique par la règlementation des dosages et par l'association à d'autres agents dont les propriétés atténueront les inconvénients d'un premier anesthésique.

Il n'y a que rarement des contre-indications absolues à l'utilisation d'un anesthésique, mais il peut y avoir toujours indication de diminuer ou d'augmenter, soit en un mot, de règlementer le dosage à utiliser suivant la toxicité du médicament, suivant les besoins, la nature et le siège de l'intervention, suivant aussi les conditions physiques et physiologiques de l'état du malade à opérer.

Il faut admettre en principe que le meilleur choix que l'on puisse faire et de la technique et de l'agent anesthésique sera celui qui donne le minimum d'intoxication au malade avec le maximum de satisfaction opératoire pour le chirurgien.

En matière d'anesthésie, il faut aussi tenir compte des habitudes et des préférences de l'anesthésiste, qui, chacun pour sa part, développe une technique qui lui est personnelle et à laquelle il donne sa préférence. Il a sa façon à lui de manœuvrer l'anesthésie et, pour chacun, le succès de l'anesthésie tient à sa personnalité d'anesthésiste. C'est donc une mauvaise tactique que d'imposer à un anesthésiste une technique à laquelle il n'adhère pas.

Ces principes généraux doivent être respectés quels que soient la nature de l'intervention et l'état du malade à opérer. Ce sont encore ces mêmes notions qu'il faut appliquer dans le choix de l'anesthésie en thoracoplastie. Dans ce domaine spécialisé, il faut tenir compte, plus qu'ailleurs, de tous les facteurs qui peuvent modifier les résultats. D'abord le malade et son état pulmonaire, sa résistance générale habituellement fort diminuée par une longue maladie, puis la nature de l'intervention qui est toujours sérieuse, le siège de l'intervention sur l'arbre respiratoire toujours déficient et porteur de lésions souvent très importantes, ajoutons la possibilité de complications, graves au cours même de l'intervention qui est toujours sérieuse, le siège de l'intervention sur l'arbre respiratoire, ajoutons la possibilité de complications, graves au cours même de l'intervention, telles des sécrétions bronchiques abondantes, soit même l'ouverture dans les bronches de collections purulentes, cause d'ennuis les plus sérieux; ajoutons les dangers d'une collapsothérapie souvent brutale qui s'accompagne de modifications sérieuses de la physiologie respiratoire, soit le rythme inversé et la respiration paradoxale et les tractions sur le médiastin par l'absence des côtes.

N'oublions pas, non plus, que, du point de vue chirurgical, la thoracoplastie est une intervention sérieuse, majeure, qui produit de grands délabrements, une perte de sang abondante, et des temps opératoires très douloureux, comme le décollement du périoste sur plusieurs côtes, et tout ceci contribue à faire de la thoracoplastie une opération des plus traumatisantes et des plus choquantes.

C'est donc en présence de toutes ces considérations que l'anesthésiste aura à choisir un mode d'anesthésie qu'il jugera le plus convenable pour son malade.

Disons immédiatement que la thoracoplastie ne nécessite aucun relâchement musculaire

spécial et qu'en conséquence, nous pouvons déjà prévoir que l'anesthésie pourra être, à certains moments, très superficielle et permettra l'intervention de façon très satisfaisante sans aucune anesthésie profonde.

Il faudra donc appliquer ici comme ailleurs le principe de base de toute anesthésie: le minimum d'intoxication anesthésique pour le maximum de rendement chirurgical.

En présence de toutes ces considérations, la majorité des centres de chirurgie thoracique semblent avoir adopté des techniques qui peuvent différer sur des détails, mais qui respectent les lois fondamentales de cette chirurgie spéciale.

La majorité des centres utilisent actuellement l'anesthésie générale au cyclopropane ou au protoxyde d'azote avec intubation endotrachéale, pression intrapulmonaire positive et aspiration bronchique si nécessaire. Un grand nombre font leurs opérations à l'éther, pendant que d'autres utilisent la rachidienne haute ou l'anesthésie locale. Tous arrivent à des résultats plus que satisfaisants, ce qui démontre bien l'efficacité des différentes techniques.

Dans notre milieu, là où cette question est toujours à l'étude, là où il n'y a rien encore d'absolu et de catégorique, là où nos techniques peuvent toujours être sujettes à des modifications essentielles, nous employons actuellement une technique combinée dont l'agent anesthésique principal est le Pentothal, que nous associons à un complément d'anesthésie locale ou encore de cyclopropane ou de protoxyde d'azote.

Ce qui peut paraître paradoxal dans toute cette technique, c'est l'utilisation du Pentothal et nous savons plusieurs centres américains ou autres, où il est enseigné que le Pentothal est contre-indiqué de façon catégorique dans les interventions sur l'arbre respiratoire. Et pourtant, l'étude que nous avons faite sur le Pentothal nous porte à croire qu'il y a des distinctions à faire et, en ce qui nous concerne, nous voyons une contre-indication du Pentothal dans les interventions sur l'arbre respiratoire dans deux circonstances précises: les gênes mécaniques de la respiration et les états dyspnéiques, quelles que soient leurs origines, exception faite peut-être de l'état asthmatique.

Dépresseur de la respiration, il va de soi que la gêne mécanique de la respiration associée à cette dépression respiratoire pourra être néfaste au malade de même qu'un état dyspnéique également associé à la dépression de la respiration.

Il est tout de même remarquable de noter que chez les tuberculeux pulmonaires cavitaires, qui doivent subir une thoracoplastie, il n'existe aucune gêne mécanique de la respiration, ni aucun état dyspnéique. C'est-à-dire qu'en réalité la contre-indication absolue à l'utilisation du Pentothal nous paraît inexistante et nous pouvons dire que, s'il n'y a pas indication précise d'utiliser le Pentothal en thoracoplastie, du moins nous n'y voyons pas de contre-indication absolue, ce qui peut justifier notre manière d'agir.

En plus de n'y pas voir de contre-indication, nous avons même remarqué plusieurs avantages à cette technique.

Je n'insisterai pas sur les avantages généraux du Pentothal qui en font un anesthésique des plus agréables, avantages que nous rencontrons en thoracoplastie comme partout ailleurs en chirurgie générale, tels la rapidité d'action, l'agrément de l'induction, l'amnésie rétrograde toujours totale, etc.

Mais, au simple point de vue de la thoracoplastie, nous y voyons des avantages précis, même au point de vue respiratoire.

1. Absence absolue de sécrétions bronchiques.
2. Diminution de l'amplitude des mouvements respiratoires.
3. Contrôle de la profondeur de l'anesthésie que l'on peut tenir la plus superficielle qui soit.
4. Possibilité de prévenir et de contrôler tout incident possible.
5. Facilité de faire l'hémostase au moyen de l'électrocoagulation.
6. Diminution du choc opératoire.
7. Réveil rapide.

1) L'absence absolue de sécrétions bronchiques au cours de nos thoracoplasties au Pentothal est un phénomène que nous avons toujours observé avec surprise, après avoir opéré quelques centaines de malades cavitaires ou non, qui toussent et expectorent quotidiennement. Nous n'avons pas souvenance d'avoir eu un seul cas de sécrétions bronchiques au cours de l'intervention. Nous attribuons ce résultat à l'association médicamenteuse morphine, atropine et Pentothal à dose assez importante.

2) Le Pentothal est un dépresseur de la respiration, au point même qu'il produit habituellement au début de l'anesthésie, et si les doses sont suffisamment fortes, une apnée de quelques minutes. Nous voyons dans ce phénomène un avantage pour nos thoracoplasties et l'action du Pentothal nous permet de maintenir pendant tout le cours de l'intervention un rythme respiratoire minimum qui, par son inspiration et son expiration très diminuées, atténue le choc provoqué par l'affaissement du poumon, la respiration paradoxale étant moins intense et les tractions sur le médiastin moins fortes.

C'est l'opposé complet de la respiration que procure le protoxyde d'azote, là où l'inspiration et l'expiration atteignent leur amplitude maximum. Et nous croyons que c'est un grand avantage sur les autres anesthésiques.

Il va sans dire que, de toute nécessité, le malade doit recevoir de l'oxygène pendant toute la durée de l'intervention et nous pourrons même ajouter qu'il est facile, avec un appareil d'oxygène, de mettre le poumon du patient sous pression positive à 5 millimètres de mercure supérieure à la pression atmosphérique.

3) La thoracoplastie est une intervention qui ne demande aucune résolution musculaire, et c'est pourquoi il est possible de maintenir au cours de l'intervention une anesthésie très superficielle qui nous permet de respecter le grand principe: le minimum d'intoxication anesthésique avec le maximum de facilité opératoire.

Nous voyons dans l'utilisation du Pentothal un autre avantage sur le contrôle et la direction de l'anesthésie. La rapidité d'action du Pentothal nous permet d'exploiter cette propriété que les autres anesthésiques ne possèdent pas, son action est presque instantanée et, après une injection de Pentothal, le malade est immédiatement sous contrôle. Nous avons donc la possibilité de maintenir au cours de l'intervention une anesthésie très superficielle et de laisser le malade presque s'éveiller et de ne pas lui donner d'anesthésique tant qu'il ne réagit pas à la douleur par un gémissement ou un mouvement. A partir de ce moment, il y a indication d'approfondir l'anesthésie et nous devons le faire rapidement. Nous arrivons à ce résultat par une réinjection minime de Pentothal qui en quelques secondes produit son effet maximum et cette rapidité d'action nous permet de toujours avoir le contrôle de l'anesthésie. Il est impossible d'arriver à ce résultat en se servant d'anesthésiques gazeux dont le complément semble toujours être lent et graduel.

C'est donc un avantage d'utiliser le Pentothal pour le contrôle de la profondeur de l'anesthésie.

Ajoutons à ces considérations que, dans le but de diminuer au maximum la quantité d'anesthésiques au cours de l'intervention, pour un temps opératoire plus douloureux comme le décollement du périoste, le chirurgien fait l'anesthésie locale à la racine des nerfs intercostaux.

4) La crainte justifiée des chirurgiens et des anesthésistes d'avoir des complications d'ordre pulmonaire, telles des sécrétions ou des inondations bronchiques sur la table d'opération, fait préconiser la technique de l'anesthésie trachéale.

Il semble toutefois que notre technique élimine de façon catégorique les sécrétions bronchiques et, advenant le cas d'une inondation bronchique, il serait toujours possible, même sous anesthésie au Pentothal, de faire une intubation et d'aspirer les sécrétions.

Il est donc possible de contrôler les accidents éventuels même en utilisant le Pentothal.

5) Un avantage incontesté du Pentothal dans la thoracoplastie, c'est de toute évidence la possibilité de faire l'hémostase en se servant de l'électro-coagulation. Les mélanges gazeux, surtout le cyclopropane et l'oxygène, sont facilement explosifs et il serait téméraire de se servir d'un appareil d'électro-coagulation dans ces circonstances. Ces inconvénients n'existent plus avec le Pentothal et le fait de faire de l'électro-coagulation peut diminuer la longueur de l'intervention de plusieurs minutes.

6) Il va de soi que l'intoxication anesthésique est un grand facteur dans l'apparition du choc opératoire et il est aussi indéniable que la thoracoplastie est par elle-même une intervention choquante. Mais, si l'on diminue au minimum le dosage anesthésique en maintenant une anesthésie la plus superficielle qui soit puisque souvent même le malade bouge, et que l'on associe à cette technique un complément d'anesthésie locale pour les nerfs intercostaux, il est certain que l'on diminue d'autant les chances de choc opératoire.

7) Enfin, après une intervention de thoracoplastie qui a duré 1 heure et demie, en utilisant le Pentothal comme anesthésique principal associé à l'anesthésie locale et complété quelquefois par un peu de cyclopropane, il est exceptionnel que les malades ne présentent pas à la fin de l'intervention des signes évidents de réveil. Pour la suture de la peau, ils bougent, ils gémissent et quelquefois même ils parlent.

Si, d'une part, on considère ce réveil rapide et que d'autre part on considère aussi que quelques secondes à peine avant l'incision de la peau, alors que le chirurgien tient son bistouri dans ses mains, le patient est encore parfaitement conscient et n'a encore reçu aucun anesthésique, pendant que tout le temps de l'intervention, l'anesthésie a été maintenue la plus superficielle qui soit, il est justifiable de conclure que le grand principe a été respecté: « Le minimum d'intoxication pour le malade et le maximum de satisfaction pour le chirurgien. »

Ajoutons pour terminer que les résultats obtenus avec cette technique anesthésique nous paraissent dans notre milieu très satisfaisants.

LE PENTOTHAL EN MÉDECINE

Emile BÉLANGER,
Anesthésiste à l'Hôtel-Dieu de Québec.

Depuis quelques années, le Pentothal a pris une telle importance que les anesthésistes l'emploient d'une manière courante en chirurgie.

Cependant il ne faut pas oublier qu'en médecine cette drogue peut être employée avec avantage dans certains cas.

Dans ce court exposé, nous avons l'intention de vous rapporter quelques observations où ce barbiturique donna des résultats très satisfaisants.

Ces derniers mois, dans le service de médecine à l'Hôtel-Dieu, nous avons pu traiter deux cas de tétanos avec du Pentothal.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une petite fille de 5 ans, hospitalisée pour *tétanos aigu*. L'évolution de la maladie ne s'arrêtant pas avec la médication ordinaire, son cas était considéré comme désespéré. Toute alimentation devenait impossible à cause des contractures qui s'accentuaient.

Après consultation nous avons décidé d'appliquer le traitement au Pentothal par voie intraveineuse avec une solution à 2.5%. Nous avons installé une seringue en permanence dans une veine du bras. Au moment d'une crise, nous injections de 1 à 5 c.c. de la solution. Ceci calmait la malade, lui procurait un sommeil doux et permettait d'injecter du sérum afin de l'alimenter. Il a suffi d'une dose totale de 2 grammes injectée à dose fractionnée pendant 3 jours pour voir disparaître les contractures et permettre à la malade de s'alimenter par la bouche. Cette petite fille a quitté l'hôpital tout à fait guérie.

Quelques mois plus tard, il nous arrivait un monsieur d'une trentaine d'années, dans la cinquième journée d'incubation de sa maladie. A ce moment, le malade pouvait difficilement parler et l'alimentation était pénible. En plus du traitement habituel, nous avons donné du Pentothal intraveineux. Nous procédons de la façon suivante: il s'agit de verser un gramme de Pentothal dans un litre de soluté physiologique. Nous installons dans une veine du bras et, au moment des crises, nous injectons ce soluté au rythme de quarante gouttes à la minute. Le malade s'endort paisiblement et devient tranquille. Il est alors possible de l'alimenter pendant ces intervalles de repos. Lorsque survient une autre crise, nous recommençons l'injection au même rythme. Il a suffi d'une dose totale de 6 grammes pendant 3 jours pour faire disparaître la contracture des membres et permettre au malade de s'alimenter convenablement par la bouche malgré une légère contracture des masséters.

Tout récemment, le Pentothal s'est avéré très efficace dans un cas d'intoxication par *la cocaïne*. Le malade, sous l'effet de cette drogue, présenta l'aspect clinique suivant: pouls à 180 à la minute, facies très pâle et ses pupilles se dilatèrent avec état d'anxiété. L'inhalation d'oxygène, avec une injection intraveineuse de 30 cgms de Pentothal, nous donna le résultat suivant: son pouls s'abaissa à 100, les pupilles devinrent punctiformes et l'anxiété disparut.

Le Pentothal s'est avéré très efficace également dans le *tabes*. Une injection de 50 cgms, chez un tabétique présentant de l'insomnie avec convulsions douloureuses, lui procura le calme et le repos pendant 12 heures.

Nous nous sommes servis aussi de ce barbiturique pour diminuer l'agitation et faire disparaître *les convulsions* de certains malades. Les doses employées variaient de 25 à 50 cgms.

En psychiatrie, le Pentothal, à dose légère, s'est avéré très efficace pour contrôler certaines *psychoses*. Ainsi, dans l'hystéro-traumatisme, nous pouvons contrôler la véracité des allégations du sujet. Nous nous souvenons d'un sujet affirmant toute impossibilité de

faire le moindre mouvement de son bras droit. Sous l'effet d'une dose de 30 cgms de Pentothal, il exécuta tous les mouvements demandés.

Dans certains cas d'aphonie, nous pouvons faire parler ces gens avec de faibles doses de Pentothal.

Le Pentothal est très avantageusement recommandé pour contrôler les crises d'hyperthyroïdie. Par son action sédative sur le système nerveux, il ralentit le pouls et abaisse la pression artérielle.

Par son action vaso-dilatatrice sur les vaisseaux cérébraux, le Pentothal aurait une action bienfaisante dans certains cas de *migraine* résistant à toute médication habituelle. Il ferait disparaître les spasmes et diminuerait l'hypertension crânienne.

Enfin, cette drogue est employée dans *l'hypertension artérielle* pour diminuer cette hypertension. On constate une baisse de la tension variant de 20 à 40 mms de mercure.

Conclusion

En conclusion de cet exposé, nous pouvons affirmer de très bons résultats dans l'intoxication par la *cocaïne* et surtout dans le *tétanos.*

En effet, si nous considérons que, chez un tétanique, nous avons deux choses à surveiller: la virulence du microbe et la résistance du sujet, nous pouvons employer très avantageusement ce barbiturique. Nous combattons la virulence du microbe par le sérum antitétanique, la pénicilline et les sulfamidés. Nous réussissons à maintenir la résistance du sujet en employant le Pentothal, qui, par son action sédative, permet de nourrir le sujet. Car il ne faut pas oublier que ce n'est pas tout de combattre l'infection, il faut aussi alimenter le malade pour qu'il soit assez résistant à cette infection.

L'ANESTHÉSIE AU PENTOTHAL DANS LES OPÉRATIONS ABDOMINALES

J.-O. NOËL (Sherbrooke).

Aujourd'hui, dans les hôpitaux modernes, avec tout un arsenal à sa disposition, l'anesthésiste n'a presque plus de mérite à obtenir pour le chirurgien la résolution musculaire désirée, lors d'une laparotomie. Là, cependant, ne se borne pas l'ambition de l'anesthésiste. Il désire aussi un début d'anesthésie non désagréable pour le patient, un réveil calme et des suites opératoires heureuses.

Le Pentothal habilement administré peut atteindre ces quatre objectifs. Lors d'une opération prolongée, cependant, le Pentothal seul devient insuffisant car l'expérience démontre qu'on ne doit pas dépasser deux grammes. Moi-même, j'ai l'habitude de me limiter à un gramme, en solution à 2-5%.

Les laparotomies étant très souvent des opérations de longue durée, le Pentothal est aujourd'hui complété par le mélange oxygène et cyclopropane, avec ou sans éther, avec ou sans curare. Le Pentothal peut lui-même servir de complément à l'anesthésie rachidienne ou à l'anesthésie régionale.

En complétant l'anesthésie par un mélange de gaz, deux méthodes peuvent être suivies.

Première méthode.

Après l'induction au Pentothal, la moins désagréable pour le patient, on passe immédiatement au mélange de gaz en donnant concurremment du Pentothal de temps à autre, selon le besoin, jusqu'à concurrence de un ou deux grammes.

Deuxième méthode.

On attend d'avoir administré un ou deux grammes de Pentothal pour passer ensuite exclusivement au mélange gazeux.

Les deux méthodes, à mon avis, sont bonnes; la valeur de chacune dépend de l'habileté à s'en servir.

Précautions pour éviter des ennuis.

1. Dans un cas comme dans l'autre, on doit prendre le temps de s'assurer que le patient n'a pas de gêne respiratoire. N'oublions pas que le Pentothal ne fait pas disparaître le réflexe laryngé et qu'alors la canule pharyngée ou « air-way » ne doit pas toucher le larynx, ce qui créerait un spasme désagréable.

2. Si par extrême prudence on administre le Pentothal trop lentement au début, on peut occasionner du hoquet. Le hoquet peut aussi se présenter au cours de l'opération. Dans les deux cas, le hoquet semble être signe d'une dose insuffisante, car on le fait disparaître facilement par une addition de Pentothal.

3. Il est reconnu que les solutés intraveineux, sérum physiologique, sang ou plasma, selon le cas administrés pendant les longues opérations, aident le patient à supporter l'intervention et favorisent aussi l'anesthésiste. Il devient nécessaire de les administrer dès que se fait une stase capillaire, pour maintenir une assez grande quantité de liquide en activité dans la circulation. La tachycardie et la baisse de tension artérielle sont les signes essentiels avertisseurs.

Le Pentothal déprime le centre respiratoire comme nous le savons tous, mais peut-être n'avons-nous pas assez réfléchi sur le mécanisme de ce phénomène. Peut-être nous est-il arrivé de donner, sous une légère pression, de l'oxygène pur pendant une longue anesthésie au Pentothal. Peut-être aussi nous est-il arrivé de vouloir stimuler la respiration par du CO_2 synthétique au cours d'une anesthésie prolongée au Pentothal. Deux choses à déconseiller.

Par des expérimentations sur des chiens, Beecher et Mayer ont étudié ce phénomène de la diminution respiratoire sous l'effet du Pentothal, et, entre autres choses, ils notent les faits suivants:

A) Le sinus carotidien et le sinus aortique, qui sont activés par une basse concentration d'oxygène dans le sang, peuvent être déprimés par une haute tension d'oxygène. En d'autres termes, il est reconnu que l'élimination de l'activité des réflexes carotidiens et aortiques par tension d'oxygène peut avoir un résultat fatal.

B) Ils attirent aussi l'attention sur le fait que dans l'anesthésie au Pentothal, même à petites doses, la sensibilité du centre respiratoire à son stimulant ordinaire, l'acide carbonique, est diminué et peut même disparaître.

Beecher et Mayer, à la suite de leurs études expérimentales, concluent que, lors d'une anesthésie au Pentothal, la diminution respiratoire peut être fatale en présence de cent pour cent d'oxygène administré assez longtemps sous pression, même légère. Ils concluent aussi que l'acide carbonique comme stimulant respiratoire est contre-indiqué lors de l'anesthésie au Pentothal à moins que l'on ne fasse la respiration artificielle, étant donné qu'il n'aura pas l'effet désiré et qu'il peut facilement y avoir accumulation.

Après l'anesthésie au Pentothal, la complication possible qui inquiète le plus l'anesthésiste, c'est l'obstruction des voies respiratoires au réveil. En effet, il confie son patient à des mains parfois inexpérimentées, ou bien encore il sait à l'avance que son patient s'en va parfois dans un endroit où on ne trouvera pas à sa portée tout ce qu'il faut dans un cas de cyanose.

En proie à cette crainte, l'anesthésiste stimule au besoin la circulation et la respiration par de la Coramine en injection intraveineuse avant le départ de la salle d'opération; il place la tête du patient dans la meilleure position possible; il aspire les sécrétions et laisse au besoin un « air-way » dans la bouche du patient.

L'anesthésiste aurait l'âme plus en paix,

parce qu'il saurait son patient plus en sécurité, si, au sortir de la salle d'opération, on conduisait certains patients dans une « recovery room », chambre de réveil, avant de les conduire à leur chambre.

En terminant, je formule le souhait que, dans un avenir rapproché, tous les hôpitaux aient ce que les Anglais appellent une « recovery room » pour certains grands opérés.

LES INDICATIONS DU CURARE EN ANESTHÉSIE

Anesthésiste à l'Hôtel-Dieu de Montréal.
Léon LONGTIN,

En premier lieu, je tiens à féliciter les organisateurs de la section d'anesthésie de ce Congrès, pour avoir songé à organiser un symposium sur l'étude du curare en anesthésie. Ce médicament, dont l'emploi en anesthésie est encore récent, est appelé à rendre de grands services en anesthésie aux anesthésistes, aux chirurgiens et surtout à leurs malades, à la condition qu'il soit employé à bon escient. Grâce à cette occasion, tous les membres pourront rafraîchir leur théorie et discuter des applications cliniques.

L'occasion est belle pour moi de rappeler à tous, à cette occasion, que le préconisateur de l'emploi du curare au cours de l'anesthésie est un membre de la division de Québec de la « Canadian Anesthetists Society », anesthésiste à l'hôpital Homéopathique de Montréal, le docteur Harold Griffith.

Le curare a pour effet, s'il est injecté à un être humain, d'inhiber l'influx nerveux à son entrée dans le muscle strié. La conséquence de cette inhibition est une flaccidité, une atonie proportionnelle à la dose injectée, de tous les muscles striés. Le relâchement musculaire que le curare peut donner supplée à une forte dose d'anesthésique, il est obtenu plus rapidement qu'aucun anesthésique général ne peut le faire et il est plus complet. En d'autres termes, on administre le curare au cours de l'anesthésie générale dans un seul but: obtenir un relâchement musculaire ou une paralysie, il éloigne la nécessité d'approfondir l'anesthésie pour obtenir cette atonie et il éloigne, du même coup, tous les ennuis que peut engendrer une anesthésie générale profonde et prolongée: shock, complications pleuro-pulmonaires et cardio-vasculaires de toutes sortes.

En quelles circonstances est-il spécialement indiqué d'injecter le curare au malade sur la table d'opération ou à quels temps opératoires? Le curare a une durée d'action de vingt à trente minutes et son action commence environ une à deux minutes après l'injection dans les veines. Pour savoir quand injecter le curare, il suffit donc de savoir quels sont les temps opératoires où le chirurgien a le plus grand besoin de relâchement musculaire. Les principaux temps opératoires où il est préférable, pour le malade et pour le chirurgien, d'avoir un relâchement musculaire complet sont: d'abord, l'ouverture du péritoine et l'exploration de l'abdomen qui suit habituellement cette ouverture; ensuite, le moment où le chirurgien doit faire de la traction sur les intestins, le mésentère, l'estomac, la vésicule biliaire ou autres organes; enfin, la fermeture du péritoine. En chirurgie osseuse, la réduction de certaines fractures ou de certaines luxations, chez des sujets bien musclés, bénéficierait bien souvent de l'injection de curare. En chirurgie gastrique transthoracique, le curare facilite le travail du chirurgien en certains temps opératoires plus délicats, en diminuant l'amplitude des mouvements respiratoires et en diminuant même la fréquence de ces mouvements respiratoires sans affecter de façon appréciable l'apport d'oxygène. Enfin, chaque fois que, un malade étant sous anes-

thésie générale, il est nécessaire d'avoir un relâchement musculaire complet, le curare est indiqué.

Comment administrer le curare et à quelle dose le donner? Habituellement, au cours des opérations nécessitant un relâchement musculaire qu'on veut obtenir par le curare, le malade reçoit déjà un fluide par les veines et c'est par ce tube que nous injectons d'ordinaire le curare, injection qu'on est appelé à répéter. De toute façon, le curare s'administre par voie intraveineuse. Pour ce qui est de la dose, il faut d'abord apprécier en quelque sorte la sensibilité du sujet au médicament. Si une première injection de deux centimètres cubes ou quarante unités ne donne pas, au bout de quinze minutes, un relâchement musculaire satisfaisant, on peut, sans inconvénient, répéter la même dose, surtout si l'on n'a pas approfondi trop l'anesthésie générale.

En deux circonstances, il faut redoubler de précautions: au cours de l'anesthésie à l'éther où le curare, même à petite dose, peut entraîner une paralysie assez prononcée de la respiration, puis, chez les sujets en voie de cachexie ou ceux dont la musculature striée est presque disparue, comme cela arrive assez souvent chez les vieillards. Quant à la dose maxima, elle n'est pas fixe; seul un relâchement musculaire satisfaisant indique que le malade en a assez. En général, nous injectons 2 c.c. toutes les quinze minutes jusqu'à satisfaction; cependant, s'il arrive que nous devions dépasser cent unités, nous distançons alors les injections d'au moins une demi-heure surtout si le malade n'a pas déjà un tube dans la trachée et si l'anesthésiste n'a pas tout à sa portée pour amplifier, au besoin, l'inspiration du malade et, même, pratiquer la respiration artificielle, car un surdosage se traduit par une paralysie respiratoire.

Ainsi compris et mis en pratique, l'usage du curare au cours de l'anesthésie générale devient très précieux, d'abord pour le chirurgien, dont le travail est facilité et abrégé, ensuite pour le malade, en diminuant le risque opératoire et anesthésique et en écartant un tas de complications qui suivent assez souvent les anesthésies profondes et prolongées et, enfin, pour l'anesthésiste, car, en plus de faciliter son travail, il l'aide à réaliser un rêve: donner au cours de l'anesthésie un relâchement musculaire satisfaisant les chirurgiens les plus exigeants et, en dépit de cela, garder le malade à l'abri de complications postanesthésiques sérieuses.

LES CONTRE-INDICATIONS DU CURARE

Juliette DUROCHER,
Anesthésiste à l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

Depuis que le curare s'est taillé une réputation enviable dans le domaine de l'anesthésie, on a vanté ses propriétés, ses effets, ses grandes qualités. Un point pourtant reste dans l'ombre: ce sont les contre-indications. Il y a une raison à cette cachette: ce précieux adjuvant de l'anesthésie, en auxiliaire consciencieux, a montré beaucoup de qualités mais peu de défauts.

Il a fallu chercher les désavantages du curare en passant en revue ses effets sur les différents systèmes de l'organisme humain, voir si le cœur, le foie, le rein, les systèmes nerveux, musculaire, ou les téguments pouvaient souffrir, dans leurs fonctions, de troubles passagers ou définitifs ou être lésés dans leurs tissus.

On s'accorde à dire aujourd'hui que le système circulatoire n'est nullement troublé par le paralysant qu'est le curare. La pression artérielle, le pouls, si sensible aux moindres perturbations de l'organisme, ne varient pas.

Au foie revient le travail de métaboliser une certaine partie du curare. Ce foie, même si la fonction en est déficiente, ne se plaint nullement de ce travail surajouté. Il faut dire qu'une quantité minime de curare y passe.

Du côté du rein, le poison de nos Indiens sud-américains ne semble occasionner aucun trouble. On sait qu'une grande partie de l'Intocostrin est excrétée par le rein, sans subir de transformation.

Depuis que le curare est en usage courant dans les salles d'opération, les anesthésistes tentent de retracer quelque dommage au foie ou aux reins, chez les patients qui en ont reçu. Aucune toxicité n'a encore été révélée.

Les systèmes nerveux et musculaire semblent affectés directement, à cause de la paralysie produite par le curare; de fait, ils ne le sont pas. On sait que son action est la neutralisation de l'acécholine, donc l'interruption du synapse, empêchant l'influx nerveux de se transmettre aux muscles et amenant alors la flaccidité de ceux-ci. Encore une fois, pas de lésion, pas de toxicité.

S'il arrive que quelques gouttes de curare soient déposées en dehors des veines, il ne se produit ni rougeur ni œdème. Rien de fâcheux n'apparaît.

Alors, direz-vous, il n'y a pas de contre-indication? Mais oui. Il ne faut pas oublier que le curare paralyse et que les muscles de la respiration sont affectés comme les autres, quoique les derniers. Or qu'arrive-t-il si le curare, en dose proportionnée au poids du corps, amène un arrêt respiratoire? Il faut pratiquer la respiration artificielle jusqu'à ce que l'effet paralysant soit suffisamment diminué pour que le diaphragme et que les intercostaux reprennent leurs mouvements spontanément.

C'est ici que l'on envisage la première contre-indication avec la présence de trismus ou de toute obstruction des voies respiratoires. Une compression de la trachée, l'impossibilité de franchir le larynx, des maxillaires bien serrés, sont autant de causes qui interdisent l'emploi du curare. Qu'arrive-t-il au patient qui ne peut plus s'oxygéner? Il mourra si l'on n'intervient pas à temps. Le moyen sûr de faire pénétrer l'oxygène aux poumons, c'est une sonde intratrachéale. Si l'introduction de cette dernière est impossible, on risque fort de perdre une vie humaine.

Une deuxième contre-indication est l'anesthésie très poussée, alors que les muscles abdominaux rebelles ne cèdent pas à la narcose profonde. Une injection d'Intocostrin amènera une paralysie prolongée du diaphragme et des intercostaux, ce que l'on ne veut point.

Comme le disait le docteur Baird en réponse au docteur Griffith: « Il y a une contre-indication absolue à son emploi — l'empêchement pour l'anesthésiste de pratiquer adéquatement la respiration artificielle et de combattre avec succès l'arrêt respiratoire qui se présente parfois. On n'appuiera jamais trop sur ce point. »

COMPLICATIONS DU CURARE EN ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

Fernando HUDON et **Robert BEAUDOIN** (Québec).

En 1942, le docteur H. R. Griffith, de Montréal, employa pour la première fois le curare en anesthésie générale dans le but d'augmenter la résolution musculaire. (1) Le produit employé se nomme « Intocostrin » (Squibb). Les résultats obtenus furent impressionnants et un nombre considérable d'anesthésistes l'utilisèrent.

Malgré que nous soyons des fervents de ce produit, nous voulons mettre les spécialistes en garde contre certains dangers possibles. Les accidents ne sont pas généralement dus

directement au curare, mais plutôt à l'inexpérience de celui qui l'utilise.

L'ennui le plus fréquent est l'arrêt respiratoire paralytique quand l'on a dépassé la dose utile. (2) Si l'on se sert de doses fractionnées et répétées, on peut prévenir cet incident. Si toutefois la paralysie respiratoire s'installe, la respiration contrôlée doit se faire en attendant l'élimination de la drogue.

Certains auteurs ont signalé de la salivation et un spasme bronchique consécutif à l'administration du curare. Ceci s'expliquerait par une stimulation du para-sympathique par l'Intocostrin. Or certains physiologistes ont prouvé que le curare a une action paralysante sur le vague. (3)

Le problème reste encore mal défini. Le déséquilibre vago-sympathique constitutionnel ou temporaire dû à un trouble du métabolisme peut en être la cause.

Comme nous employons toujours l'atropine ou la scopolamine avant l'anesthésie, on s'éloigne de ce danger, si danger il y a, parce que ces médicaments diminuent les sécrétions et paralysent les muscles bronchiques.

Un autre problème important qui se pose à la suite de l'usage du curare est le contrôle de la ventilation pulmonaire.

En effet, des échanges respiratoires insuffisants conduisent à l'anoxémie et à l'accumulation de l'acide carbonique dans les tissus. La pression monte et le pouls s'accélère; nous ne pouvons donc attribuer cet état de chose à l'action directe de l'Intocostrin. (4)

C'est ainsi que l'on verra parfois tomber rapidement la tension artérielle après l'intervention. Le patient n'est plus stimulé par l'oxygène du ballon et les centres nerveux deviennent plus mal nourris. L'acide carbonique en excès dans les tissus s'élimine et ne maintient plus la vaso-constriction des artérioles qui opposent moins de résistance sur la masse sanguine, le tonus musculaire diminué exerce moins de pression sur les vaisseaux sanguins, la dépression respiratoire ralentit la circulation sanguine, etc.

Au cours de l'anesthésie, certains auteurs prétendent que, si l'on dépasse considérablement la dose thérapeutique, le curare peut amener une chute de la tension artérielle en agissant directement sur les vaisseaux. (5)

A notre point de vue, la chute de pression est possible si le sujet est maintenu à un niveau d'anesthésie trop superficiel pour supprimer les réflexes douloureux. (6) (7)

En effet, le curare semble faire disparaître, en partie du moins, le réflexe viscéral, c'est-à-dire le stridor produit par la traction des viscères, mais la diminution du réflexe s'explique par l'action du curare sur les muscles striés. La douleur est enregistrée, mais la réponse ne se rend pas à la périphérie. En effet, tous les muscles du larynx sont striés et subissent l'influence paralytique du curare.

Il existe d'autres dangers au cours de l'anesthésie. Nous voulons parler des dangers que comporte la respiration artificielle. Si celle-ci est mal faite ou encore s'il n'y a pas de canule dans la trachée, on peut insuffler les gaz dans l'estomac, distendre celui-ci, ou, ce qui est pire, faire pénétrer du liquide stomacal dans les bronches.

L'opération terminée, peut-il se produire des complications?

L'anoxémie est possible, si l'activité des muscles respiratoires n'est pas suffisamment revenue; les malades affaiblis par une obstruction intestinale, une péritonite, une septicémie, les petits myasthéniques, les insuffisants cardio-pulmonaires ont besoin de surveillance attentive et prolongée.

Il faudra compléter la respiration à l'aide de compressions manuelles sur un ballon d'oxygène, leur donner de la prostigmine et de l'éphédrine. La prostigmine est l'antidote physiologique du curare, mais son effet est limité; il ne faut pas oublier que la prostigmine est employée également pour diminuer la contracture musculaire spasmodique.

Koppanyi et Vivino ont démontré qu'en donnant de l'éphédrine avec prostigmine à des rats, ils obtenaient de meilleurs résultats qu'avec la prostigmine seule.

Il faut donc croire que la stimulation du sympathique qui, d'après Fridman, augmente le tonus musculaire est aussi importante dans le traitement de l'intoxication par le curare.

Cependant l'expérience a prouvé que le traitement le plus efficace, indispensable et à peu près unique, est l'administration d'oxygène sous pression positive.

D'autre part, l'anesthésiste expérimenté peut prévenir l'asthénie postopératoire prolongée en évitant l'emploi du curare à la fin d'une intervention dans certains cas. Une petite injection de 10 à 20 cgms de pentothal remplacera très avantageusement une nouvelle injection de curare.

BIBLIOGRAPHIE

1. H. R. GRIFFITH et G. E. JOHSON: « The use of curare in general anesthesia. » *Anesthesiology*, **3**: 418 (juillet) 1942.
2. Harold R. GRIFFITH: « Physiological and Clinical action of Curare. » *Anesthesia and Analgesia*, **25**: 4551 (mars-avril) 1946.
3. H. MAUTNER et A. LUISADA: « Antagonistic effect of asphyxia to curare paralysis of the vagus nerve. » *J. Pharmacol V. Exper. Therap.*, **72**: 386 (août) 1941.
4. S. C. CULLEN: « Clinical and laboratory observations on the use of curare during inhalation anesthesia. » *Anesthesiology*, **5**: 166 (mars) 1944. Fernando HUDON: « L'emploi du curare comme adjuvant de l'anesthésie générale. » *Laval Méd.*, **9**: 242 (août) 1944.
5. T. KOPPANYI et A. E. VIVINO: « Prevention and treatment of d-tubocurarine poisoning. » *Science*, **100**: 474 (24 nov.) 1944.
6. R. M. WATERS: « Nitrous oxide-oxygen and curare. » *Anesthesiology*, **5**: 618 (nov.) 1944.
7. R. J. WHITACRE et A. J. FISHER: « Clinical observations on the use of curare in anesthesia. » *Anesthesiology*, **6**: 124 (mars) 1945; *Ohio State M. J.*, **40**: 1155 (déc.) 1944.

LA CHAMBRE DE RECOUVREMENT

Georges COUSINEAU,
Anesthésiste à l'hôpital du Sacré-Cœur (Cartierville, Montréal).

« De l'avis de tous les chirurgiens, les soins pré et postopératoires des opérés, l'amélioration des techniques anesthésiques sont les deux facteurs essentiels du succès de la chirurgie moderne. » Telle est l'opinion émise par le Dr Brunswick, lors de sa conférence à Montréal, en mai dernier. Le temps opératoire a aujourd'hui beaucoup perdu de son importance. La vitesse est remplacée par la délicatesse, le souci du détail. Il nous faut donc envisager des interventions d'une durée de trois à dix heures. De ces très longues opérations sous anesthésie générale, le point important est sans aucun doute la période de maintien d'une anesthésie aussi prolongée, mais la période de réveil présente, il me semble, les plus grandes difficultés et demande une attention médicale aussi suivie. D'autres interventions, pour être moins longues, ne sont pas moins importantes. D'où le traitement du choc opératoire demeure le facteur essentiel du recouvrement du malade.

De ces soins postopératoires, je voudrais brièvement vous entretenir. L'anesthésiste ne peut se désintéresser de son malade dès sa sortie de la salle d'opération, mais, au contraire, il doit coopérer avec le chirurgien et le médecin résident, dans l'application raisonnée des traitements postopératoires. Il prouvera ainsi l'importance de sa spécialité et la nécessité de sa préparation médicale adéquate.

Nous sommes loin de ces temps où l'on nous enseignait de bien emmitouffler nos malades, au sortir de la salle d'opération, au point que certains d'entre eux étaient portés dans leur lit, bleus comme des raisins. Il est encore de mise d'éviter les courants d'air évidemment, mais il semble bien plus important de surveiller la libre respiration du malade et de

prévenir l'installation d'un choc secondaire quelquefois difficile à traiter.

Il n'est pas dans le cadre de cette communication d'analyser les différentes théories sur l'origine et la nature du choc. Toutefois, il est une opinion admise que dans le choc apparaît une diminution du retour du sang veineux dans le cœur droit et dans le choc bien établi il y a diminution du volume du sang circulant. D'où il résulte une diminution de l'ondée sanguine produisant une anoxie cellulaire. La concentration en oxygène du sang veineux, d'après les travaux de Cournand et ses associés, tombe du niveau normal de 65% à 35% et même 15%. De cette anoxie cellulaire résulte une augmentation de la perméabilité capillaire, extravasation de sérum et quelquefois œdème pulmonaire. Toutes les fonctions organiques sont plus ou moins touchées.

L'anesthésiste doit être en mesure d'apprécier la venue d'un choc possible, pour le prévenir et, s'il apparaît malgré tout, le traiter de façon rationnelle. Dans la prévention du choc, la préparation du malade en vue d'une opération donnée, l'appréciation de la gravité et de la longueur de l'opération (sur ce point le chirurgien en général est mauvais juge), sont les deux points importants. Il faudra même dans certains cas refuser de procéder à une anesthésie pour un malade non préparé en vue de son intervention: ce qui demande quelquefois du courage. L'état de choc s'installe habituellement lentement et progressivement. Ses symptômes sont la conséquence de sa nature et de son origine. La pression artérielle en reste le guide le plus sûr. La diminution progressive de pression artérielle et une rapidité plus marquée du pouls sont les deux premiers symptômes. La coloration des téguments, quelquefois difficile à apprécier avec le cyclopropane, doit être quand même bien observée; le rose fait place au teint pâle et et terreux. La circulation périphérique diminuée est facilement appréciable par la pression du doigt sur la peau, qui ne reprend sa coloration que très lentement.

Le traitement du choc, pour être effectif, doit être commencé dès ses premiers symptômes et continué aussi longtemps que nécessaire. C'est pourquoi dès le début d'une opération que l'on sait choquante est-il important d'installer un sérum intraveineux qui en aucun temps nous permettra d'y substituer une transfusion, traitement le plus logique et le plus physiologique au choc dû à l'hémorragie continue de l'acte opératoire. Il n'est pas toujours facile d'apprécier la quantité de sang que perd un malade durant une opération, mais il est évident que toute perte de sang un peu importante doit être remplacée à l'avantage du malade. Me sera-t-il permis de dire que la transfusion est trop souvent retardée à la fin de l'opération ou à la chambre du malade. L'on ne veut pas encombrer la salle d'opération de tout l'appareillage de la transfusion, qu'il sera ensuite difficile de transporter dans les ascenseurs et à travers les couloirs de l'hôpital. Le chirurgien nous dit qu'il a presque fini son opération et cependant il s'écoulera encore une bonne demi-heure avant la fin et le patient pendant ce temps commence son choc, la pression baisse graduellement et lorsque la transfusion commandée en retard finit par arriver du laboratoire situé à quatre ou cinq étages inférieurs, le patient n'a plus de pression et l'anesthésiste se débat pour donner son intraveineuse. Et alors qu'il y réussit, ce patient ne peut plus être transporté ailleurs, immobilise complètement la salle d'opération et retarde le programme opératoire. Ce tableau un peu sombre est trop souvent la vérité. Et je me permets aujourd'hui de dire que tous ces inconvénients disparaîtront avec l'organisation de la chambre de recouvrement. Je regrette de ne pouvoir vous parler d'expérience personnelle du rendement de la chambre de recouvrement. Toutefois (est-ce idée fixe?), depuis que j'ai visité l'organisation du Dr Griffith, de l'Hôpital Homéopathique de Montréal, celle de l'Hôpital Militaire de Montréal, depuis que j'ai lu le rapport du Dr Lundy, de la Clinique Mayo, celui du Dr Griffith dans *Canadian Hospital*,

il ne se passe pas une journée sans que je sente l'importance d'une telle organisation et, si j'en parle aujourd'hui, c'est certainement dans le but de promouvoir l'organisation d'un tel service dans nos hôpitaux canadiens-français.

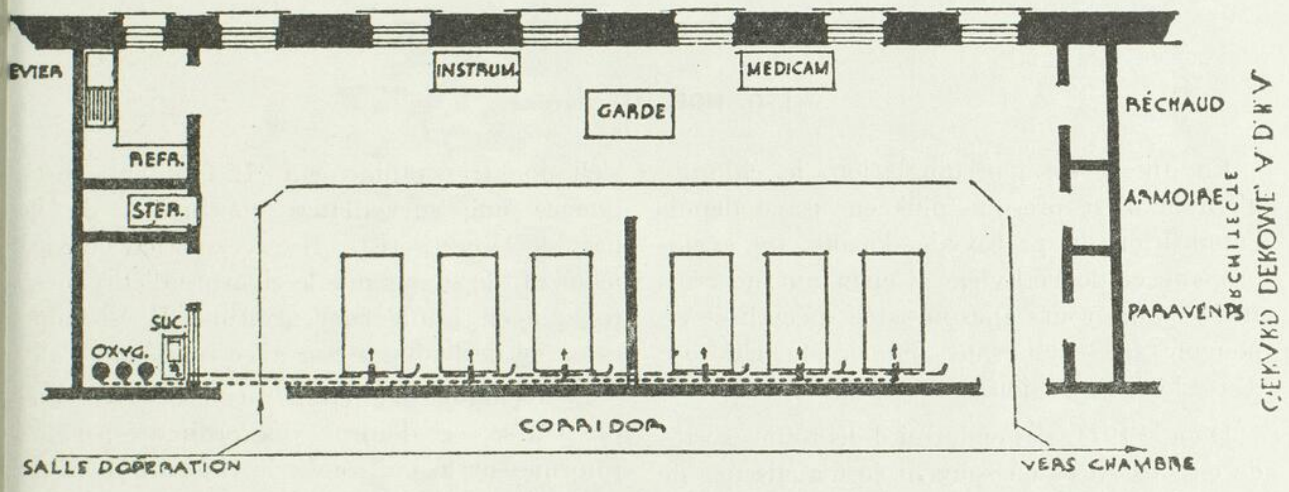
La chambre de recouvrement sera donc cette petite salle située à proximité des salles d'opération et spécialement outillée pour répondre entièrement à tous les soins postopératoires. Elle sera assez grande pour contenir au moins autant de lits que de salles d'opération. Le malade y est amené dans son propre lit. Cette pièce doit être aménagée en fonction des principaux traitements du choc, à savoir: l'oxygénothérapie, la transfusion, l'aspiration buccale, pharyngée, et trachéale. Elle doit contenir à portée de main les différents stimulants cardiaques et respiratoires. Le patient ne demeure dans cette salle que le temps où il a besoin d'une surveillance spéciale, de quelques minutes à quelques heures. Dès qu'il a repris conscience et que son état s'est amélioré, il est retourné à sa chambre. Une garde-malade peut ainsi surveiller quatre à six malades, d'où grande économie de personnel, et l'instrumentation dispendieuse de l'oxygénothérapie, de la bronchoscopie et de l'aspiration étant centralisée dans cette salle, économie aussi de matériel.

Si cette chambre est suffisamment grande, elle pourra aussi servir à l'occasion à l'oxygénation des cas de pathologie pulmonaire et cardiaque, des grands blessés ou accidentés en vue de la préparation opératoire, des intoxiqués, etc.

Elle doit donc contenir:

1° La succion ou aspiration; appareil dissimulé dans une pièce avoisinante et relié par tuyauterie à chaque lit; le matériel aspiré doit être recueilli dans un récipient lavable relié à la tuyauterie centrale.

2° Des cathéters et des tubes intratrachéaux, un laryngoscope et un bronchoscope: le tout tenu constamment en parfait ordre.



3° De gros cylindres d'oxygène avec valves de réduction et de calibration reliées par tuyauterie à chacun des lits. La tuyauterie peut être dissimulée dans les murs, mais doit toutefois être accessible facilement pour réparation; des masques B. L. B.; des cathéters intranasaux et même un sac et masque d'anesthésie pour respiration artificielle.

4° Des aiguilles hypodermiques et intraveineuses tenues stériles et en bon état.

5° Une armoire à médicaments: des analeptiques et des hypnotiques.

6° Tout le matériel nécessaire pour infusion endo-veineuse avec réfrigérateur contenant sérums, plasma, sangs citratés, groupés et bien étiquetés.

7° Un sphygmomanomètre et stéthoscope.

8° Des couvertures de laine réchauffées.

Les avantages de la salle de recouvrement sont maintenant faciles à énumérer:

1. Le patient reçoit, durant la période critique du réveil anesthésique et du recouvrement chirurgical, toute l'attention médicale nécessaire.

2. Tout l'appareillage de ces traitements spéciaux est centralisé et tenu en parfait ordre.

3. Les gardes-malades en service sur les étages, qui ne peuvent pas toutes être des expertes mais qui sont souvent des étudiantes, reçoivent des malades conscients et dans un état assez bon.

4. Le service de transfusion accuse un rendement beaucoup plus effectif parce qu'il est fait par des experts.

Retenons simplement, pour résumer, la conclusion du Dr Griffith: « C'est l'opinion unanime des chirurgiens, des gardes-malades, des patients, des visiteurs et de l'administration hospitalière que la chambre de recouvrement est le meilleur placement que peut faire un hôpital. »

LE CHLORURE D'ÉTHYLE

J.-O. NOËL (Sherbrooke).

En anesthésie par inhalation, le chlorure d'éthyle n'est presque plus en usage depuis l'apparition du protoxyde d'azote, du cyclopropane et de l'éthylène. Cependant, je crois utile pour tout anesthésiste spécialisé de pouvoir se servir sans danger du chlorure d'éthyle à l'occasion.

Depuis 1921, j'ai endormi dans toutes sortes de circonstances où souvent je n'avais pas de protoxyde ni de cyclo. à ma disposition. Dans plus de trois mille cas, j'ai dû employer le chlorure d'éthyle pour éviter le chloroforme ou l'éther, considérés alors comme indésirables. Tout anesthésiste peut se trouver dans des circonstances semblables; c'est alors que, durant notre carrière, nous pouvons sauver une ou plusieurs vies si nous nous sommes assez familiarisés avec la technique d'anesthésie générale au chlorure d'éthyle.

Aujourd'hui, je crois pouvoir affirmer que, huit fois sur dix, il est possible d'endormir au chlorure d'éthyle pour une opération d'une heure ou deux, aussi bien que pour une intervention de quelques minutes. Pour y parvenir, il y a deux points essentiels qu'il faut toujours avoir à l'esprit: se rappeler premièrement que le chlorure d'éthyle s'absorbe et s'élimine très rapidement. Il faut en conséquence une surveillance continuelle de la part de l'anesthésiste. Il est essentiel, deuxièmement, de savoir que le chlorure d'éthyle est toxique en faible concentration. Il est donc essentiel de l'administrer avec beaucoup d'air.

La technique d'administration est très simple. On se sert d'un masque ordinaire à chloroforme sur lequel tombe le chlorure d'éthyle goutte à goutte. Comme dans toute anesthésie par inhalation, on laisse le patient s'habituer durant cinq à dix respirations à sa nouvelle situation avant de lui administrer l'anesthésique. On le donne ensuite lentement et on accélère selon la tolérance du patient. Durant cette période d'induction, le majeur ou l'annulaire gauches sont placés entre le masque et le menton du patient pour permettre *l'entrée de l'air*. La compresse qui recouvre le masque reste soulevée pendant toute la durée de l'opération par l'index qui tient le masque pour assurer *l'entrée suffisante d'air*. N'oublions pas de protéger les yeux du patient comme on le fait pour le chloroforme.

Les signes propres des différents stages d'anesthésie au chlorure d'éthyle sont absolument identiques à ceux donnés par le chloro-

forme ou l'éther. La seule particularité vient du fait que le chlorure d'éthyle demande beaucoup d'air et que ce besoin d'air se manifeste par des contractures des doigts ou par des petits mouvements convulsifs des globes oculaires ou de certains muscles de la face. Dès l'apparition de ces signes, il faut enlever immédiatement le masque durant trois à dix respirations, selon le cas, si on était déjà au stade chirurgical; si ces symptôme apparaissent lorsqu'on est encore au premier ou au deuxième stade, on continue l'administration du chlorure d'éthyle, mais on soulève davantage le masque pour diminuer la concentration.

Une autre technique utile surtout pour prolonger une anesthésie au Pentothal consiste à administrer le chlorure d'éthyle sous forme de gaz en soulevant le côté droit du masque pour y laisser passer la partie supérieure du tube de chlorure. L'index droit qui presse sur la bascule du bouchon se fatigant vite, on peut permettre la sortie du chlorure d'éthyle en plaçant tout simplement une pièce de dix cents entre le tube et le fermoir.

En général, le dosage obtenu par cette dernière technique ne suffit pas à l'entretien de l'anesthésie: dans la moyenne des cas, il faut ajouter 20 à 30 gouttes de chlorure d'éthyle sur le masque toutes les quatre ou cinq minutes. Avec cette méthode, l'anesthésie au chlorure d'éthyle, après induction au Pentothal, est aussi facile qu'au protoxyde ou au cyclo.

Le tube à large ouverture « large spray » est préférable pour l'anesthésie générale.

L'anesthésie par inhalation, au chlorure d'éthyle, n'a pas la prétention de présenter les avantages du cyclo., du protoxyde ni de l'éthylène; mais, en leur absence, le chlorure d'éthyle est d'un grand secours, dans les circonstances suivantes:

1. A domicile, en présence d'une parturiente nerveuse assistée d'une voisine encore plus nerveuse, le chlorure d'éthyle, en précédant le chloroforme, remplace bien des beaux discours et bien des agitations.

2. Dans un cas d'accouchement, où le protoxyde serait indiqué, le chlorure d'éthyle donne presque les mêmes résultats.

3. Les grands anémiés et les grands intoxiqués supportent évidemment mieux le chlorure d'éthyle que l'éther ou le chloroforme, vu sa rapidité d'élimination.

4. Dans les cas d'accidents, l'état de choc n'est pas plus aggravé par le chlorure d'éthyle que par le cyclopropane.

On a semblé avec raison restreindre l'usage du chlorure d'éthyle à l'anesthésie de courte durée: il serait, paraît-il, cause de certaines contractures musculaires et même d'arrêt du cœur en systole. J'admets ces possibilités. Il faut aussi admettre cependant que l'anesthésiste expérimenté et le moindrement attentif aura vite fait d'éviter ces possibilités en administrant une grande quantité d'air en même temps que ce précieux anesthésique. Il pourra ainsi fournir au chirurgien, huit fois sur dix, un relâchement musculaire complet tout en restant dans une zone de sécurité parfaite.

Je suis d'avis que tout anesthésiste devrait de temps à autre se servir du chlorure d'éthyle de manière à pouvoir le manier avec assez d'habileté pour aider au chirurgien à sauver des vies, à l'occasion, hors du milieu hospitalier.

TUBERCULOSE[1]

LES DYSENTERIES BACILLAIRES

De la Broquerie FORTIER, R. TURCOT et Paule LADOUCEUR-DUPUIS,
Service de Pédiatrie de l'hôpital de l'Enfant-Jésus (Québec).

« Depuis un certain nombre d'années, écrivait l'un de nous (1), au cours des mois d'été, parfois en hiver, nous sommes appelés à traiter des jeunes enfants, quelquefois des nourrissons, présentant un syndrome abdominal et nerveux d'une particulière intensité. » Aux violentes douleurs abdominales s'ajoutent des malaises, une perte de connaissance et des convulsions. Dès ce moment la température, qui d'emblée était de 102, grimpe à 104, voire même à 106, en 2 ou 3 heures. Les troubles digestifs s'ajoutent au tableau déjà dramatique et constituent la maladie. Les selles, au nombre de 15, 20 et 30 par jour, de glaireuses au début deviennent verdâtres, gluantes et sanglantes, créant un syndrome de déshydratation marqué avec un état toxique alarmant. L'organisme est profondément atteint.

« L'interrogatoire peut cependant révéler un début moins brutal. Pendant les 24 ou 48 premières heures de la maladie, seuls des troubles digestifs à caractères diarrhéiques banaux dominent la scène. Vers le 4e ou 5e jour seulement apparaissent des selles glaireuses et sanglantes. Aucun phénomène nerveux n'a pu être mis en évidence, et les douleurs abdominales demeurent toujours légères. (1) Devant une telle diarrhée aiguë le diagnostic de côlite dysentériforme ou de dysenterie bacillaire s'impose. Mais, auparavant, le syndrome nerveux ou abdominal a pu en imposer pour une méningite, une encéphalite, de la poliomyélite même ou, encore, pour une appendicite aiguë, une péritonite diffuse, voire même une pyélite. »

Toutefois les caractères des selles doivent nous inciter à établir le diagnostic différentiel. Le problème n'est pas facile, car la symptomatologie de l'une et l'autre de ces affections se superpose, à tel point qu'il est admissible de croire qu'elles ne sont qu'une seule et même maladie dont l'agent causal bactériologique est différent. (Nous nous excluons pour le moment de la controverse qui de nos jours encore divise les Ecoles de pédiatrie européennes et américaines.) Quoi qu'il en soit, toutes deux doivent être classées dans la grande famille des « diarrhées aiguës ».

L'on connaît aujourd'hui les nombreux facteurs étiologiques de cette affection qui, malgré les progrès réalisés, demeure encore, de par le monde, une cause importante de mortalité infantile. Depuis quelques années il est devenu évident qu'une très forte proportion de ces diarrhées sont des infections intestinales primitives bactériennes groupées aujourd'hui par l'Ecole américaine sous le nom générique de shigelloses. Pour notre part, nous croyons qu'il faut encore conserver l'ancienne dénomination de dysenterie bacillaire basée sur les faits cliniques et non sur la bactériologie intestinale causale. La clinique doit encore aujourd'hui primer le laboratoire; mais, parce qu'elle s'éclaire des résultats de celui-ci, il est important d'y recourir afin de déterminer quelle est la variété de bacille dysentérique en cause.

Diagnostic bactériologique

Le diagnostic bactériologique au cours d'un syndrome de diarrhée aiguë est, depuis l'avènement des produits chimiques, d'une importance thérapeutique très grande. Mais les difficultés surgissent et sont nombreuses dès que l'on est obligé d'opérer en milieu où pullulent les microbes les plus divers. Aussi

1. Série de communications au XVIIIe Congrès de l'A.M.L.F.C., Québec, juin 1946.

préconise-t-on aujourd'hui un assez grand nombre de techniques pour mettre en évidence les différents bacilles dysentériques connus jusqu'à maintenant.

Pour notre part, nous nous sommes servis, au cours des recherches servant à cette communication, de la technique suivante.

TECHNIQUE.

Des glaires dysentériques fraîchement émises sont prélevées sur anse de platine, déposées sur la périphérie d'une boîte de Pétri, ensemencées en faisant des stries parallèles et placées à l'étuve à 37° pendant 24 heures.

Une parcelle des colonies bleues ainsi obtenues est examinée à l'état frais et, après coloration, si la morphologie rappelle celle du bacille dysentérique, le reste de la colonie est ensemencé dans un tube de bouillon. Après quelques heures, cette nouvelle culture est ensemencée sur la batterie des hydrates de carbone: (mannite, maltose, saccharose). Selon les caractères de culture et de fermentation sucrée, on recherche l'agglutination du microbe isolé au moyen d'un sérum expérimental anti-Shiga, Flexner, Sonne, Schmitz, etc., selon le cas.

C'est à l'aide de cette technique que le directeur du laboratoire de l'hôpital de l'Enfant-Jésus, le prof. Wilfrid LeBlond, cherche à différencier les bacilles dysentériques dans les selles.

Depuis 1941 l'un de nous[1] s'est intéressé à la recherche des bacilles dysentériques dans les selles de ses cas personnels de dysenterie. Depuis trois ans cette recherche s'est étendue à presque tous les cas de diarrhée aiguë qui se sont présentés dans le Service de pédiatrie de l'hôpital de l'Enfant-Jésus.

Depuis 1941, il nous a été donné de traiter 45 cas de dysenterie bacillaire, dont 20 pour la seule année 1945.

En regard de cette statistique hospitalière, il peut être intéressant de citer quelques chiffres d'un « Relevé de la distribution des cas de dysenterie dans la Province de Québec pour les années 1943-44-45 », gracieusement fourni par le directeur du département provincial de l'Epidémiologie, le Dr A.-R. Foley.

En parcourant ce « Relevé » nous voyons qu'en 1943, dans l'île de Montréal, 168 cas de dysenterie ont été déclarés, dont 146 à Laval-des-Rapides; qu'à Hull, 128 cas, dont 122 à Pointe à Gatineau, ont été déclarés et que, dans le comté de Rivière du Loup-Témiscouata, 61 cas de diarrhée aiguë ont été diagnostiqués dysenteries bacillaires. Si on ajoute ceux de l'Abitibi, où il y en eut 51 cas, et tous les autres dans les différents comtés de la Province, nous formons un total de 534 cas.

Ce chiffre assez imposant est, croyons-nous, loin de représenter tous les cas de dysenteries bacillaires survenus dans la Province au cours de l'année 1943; car l'on sait le très grand nombre des diarrhées, estivales surtout, durant lesquelles aucune recherche bactériologique n'est effectuée, ainsi que la difficulté de cette recherche autant que la disparition rapide des selles des bacilles dysentériques quelques jours (entre 4 et 5 jours généralement) après le début de la maladie. Selon Le Roy et Father Gill, en effet (2), la vitalité des bacilles dysentériques ne dépasserait pas « 2 à 3 jours dans les selles à la température de la chambre » et ils « meurent rapidement en milieu très acide ». Et ils ajoutent « qu'il faut 5 cultures négatives avant d'affirmer qu'il ne s'agit pas de dysenterie bacillaire ». Aussi nous est-il permis de croire qu'en 1943, au cours de l'été 1943 plus exactement, nous eûmes une épidémie de dysenterie bacillaire. Au cours de 1944 et 1945 les cas déclarés furent respectivement de 246 et 152. A cette morbidité il nous faut ajouter son corollaire obligatoire: la mortalité. A ce sujet les statistiques fournies gracieusement par le directeur du département provincial de la démographie, le Dr Paul Parrot, révèlent: une mortalité de 107 cas en 1941, 66 en 1942, 30 en 1943 pour un taux de 5.6% et 55 cas en 1944 pour un taux de 22.3%.

Pour enrayer cette morbidité toute une étude épidémiologique serait nécessaire. Le

1. Dr de la Broquerie Fortier.

mode de propagation et la répartition géographique en seraient les deux principaux chapitres. L'utilité d'une telle étude ne fait pas de doute. Elle mériterait qu'elle soit entreprise par les pouvoirs publics.

Quant à la mortalité, elle est fonction de la rapidité du diagnostic et du traitement. Sans vouloir préconiser ou affirmer la spécificité du traitement chimique de la dysenterie bacillaire, nous désirons rapporter ici quelques observations où l'emploi de la sulfaguanidine s'est montré une arme thérapeutique efficace.

"DYSENTERIE BACILLAIRE" — 21 bis

NOMS	AGE	DATE	DEBUT	N° de SELLES	DUREE	DOSE TOTALE	MICROBE	REMARQUES
A——B	2½ ans	30/7/41 1/8/41	Coliques Diarrhées	20 1	2e 3e	12 gmes (6)	Négatif	Nil
Roch F.	9 ans	3/8/41 7/8/41	TRO Digestif	15 - 23 2	2e 4e	9 gms (7)	Strong	Nil
Beau R.	3 ans	25/5/42 27/5/42	Coliques Diarrhées	15 1	4e 2e	6 gms (4)	Strong	
Mar..L.	1 an	13/7/42 22/7/42	Diarrhées Sang	20 -25 2	3e 6e	9 gms (6)	Strong	
Wise M.	6½ ans	29/7/43 9/8/43	Diarrhées Sang	10 1	4e 8e	16 gms (7)	Strong	
Wise D.	4 ans	29/7/43 4/8/43	Diarrhées Sang	12 2	4e 4e	8 gms (7)	Négatif	
Tra ..J.	9 ans	21/6/45 30/6/45	Diarrhées Coliques Sang	20 4	3e 11e	20 gms (10)	Flexner	
Tra. J. G.	7 ans	21/6/45 30/6/45	Coliques Diarrhées Sang	10 4	3e 11e	20 gms (10)	Flexner	
Ge. C.	17 mois	4/7/45 12/7/45	Vomissement	8 2	2e 5e	3 gms (3)	Négatif	
Le R.	9 mois	1/8/45 15/8/45	Diarrhée	7 2	2e 10e	6 gms	Strong	
Bet. L.	3 mois	14/8/45 1/9/45	Vomissement et sang	5 2	2e 17e	21 gms (14)	Flexner	Indigestion post-infectieuse
Boi D.	4 mois	23/8/45 3/9/45	Convulsions	9 3	2e 8e	7 gms (10)	Flexner	
Dro..A.	15 mois	20/8/45 26/8/45	Diarrhée	6 3	2 6	6 gms (4)	Flexner	
Ré N.	2 ans	14/8/45 20/8/45	Diarrhée Sang & glaires	6 3	3 10	7 gms (7)	Négatif	
Desj. J.	22 mois	11/9/45 2/10/45	Diarrhée	4 2	7 20	30 gms (20)	Flexner	Indigestion porteur de germe
St Hi. H.	17 mois	18/9/45 28/9/45	Diarrhée	9 13	4e 10	2 gms (3)	Flexner	Décès
Lag. A.	10 ans	19/9/45 2/10/45	Diarrhée	7 2	3 9	15 gms (14)	Flexner	Indigestion post-infectieuse
Dro..L.	6 mois	22/9/45 3/10/45	Diarrhée	6 2	3 12	18 gms (12)	Flexner	
Be. D.	17 mois	9/8/45 11/9/45	Diarrhée	8 2	2 10	12 gms (8)	Flexner	
Loi. P.	5 mois	4/10/45 20/10/45	Vomissement	10 2	3 8	9 gms (6)	Négatif	

*
* *

Dans la première partie du tableau publié ci-contre figurent six cas déjà signalés par l'un de nous dans une publication du *Laval Médical* et dont nous désirons vous rapporter les trois plus importantes observations.

Observation 1 (no 2).

Roch..., Fernand, 9 mois, Val St-Michel, entre à l'hôpital (H. E.-J.) le 3 août 1941.

La veille, alors que l'enfant présentait depuis quelques jours des troubles digestifs, les selles, au nombre de 15 à 20, deviennent glaireuses et sanguinolentes.

Lors de son arrivée à l'hôpital, la T° est à 101.4°. Une médication à base de poudre de pommes et des lavements à garder à l'oxyde de zinc sont institués. Le régime est constitué de babeurre en poudre. Le 3 août, les selles sont au nombre de 12 et glaireuses. Le lendemain, les selles glaireuses, au nombre de 8, présentent quelquefois du sang. La température s'élève à 103.2°. Nous instituons la médication à la sulfaguanidine. Le 5 au matin, la température est à 98°, les selles glaireuses et sanguinolentes sont au nombre de 9.

Le surlendemain, les selles ne présentent plus de sang, demeurent fréquentes (5 en 24 heures) et glaireuses. Après 3 jours de sulfaguanidine les selles sont jaunes pâteuses, la température est sub-normale.

Dès le 9 août, 5 jours après le début, le sulfaguanidine peut être diminué à ½ comprimé aux 8 heures et nous pouvons remplacer l'Eledon par du lait évaporé. Deux jours plus tard la médication est cessée.

Après 7 jours de médication au sulfaguanidine, l'enfant est guéri de sa dysenterie bacillaire. Le bacille dysentérique retrouvé dans les selles était du Strong.

Observation 2 (no 3).

Beau..., Roger, 3 ans, Donnacona, entre à l'hôpital (H. E.-J.) le 25 mai 1942.

Il y a 4 jours, l'enfant est pris brusquement de violentes douleurs abdominales avec des selles fréquentes au nombre de 15 par jour. Les traitements usuels n'améliorant pas l'état du malade et, la déshydratation s'aggravant, le médecin traitant nous l'envoie. L'enfant entre dans la nuit du 25 au 26 mai.

La température est à 101°, la déshydratation est marquée et les selles sont glaireuses avec la présence de sang. Du sérum physiologique et glucose à 5%, 500 cc., est injecté par voie intraveineuse. Le sulfaguanidine est donné à la dose de ½ comprimé aux 4 heures.

Dès le lendemain matin, alors que l'enfant n'a reçu que 2 comprimés de sulfaguanidine, la température est à 98.6°. La diète suivante est prescrite: bouillon de légumes, bouillies au bouillon de légumes, cocoa à l'eau, gélatine et compote de pommes.

Le 27, une seule selle liquide, verte, pas de température. Les jours suivants, la convalescence se poursuit et, le 30 mai, la médication au sulfaguanidine est cessée.

Le laboratoire nous avait révélé qu'il s'agissait d'un bacille dysentérique Flexner et le diagnostic de dysenterie bacillaire est confirmé. La guérison est définitive cinq jours après le début de la médication.

Observation 3 (no 4).

Mart..., Lucette, 1 an, de Québec, entre à l'hôpital (H. E.-J.) le 20 juillet 1942.

Mercredi le 15 juillet et le lendemain, l'enfant émet entre 20 à 25 selles glaireuses par jour. Quelques-unes de ces selles présentaient des membranes ou des traînées de sang.

Le 17, nous sommes appelés au chevet de la malade et nous instituons la médication au sulfaguanidine à raison de ½ comprimé aux 4 heures.

Amélioration très nette, le 18, mais dans la journée, parce que l'enfant refuse de prendre sa médication et qu'elle a présenté 6 à 7 selles glaireuses et sanglantes, elle est dirigée vers l'hôpital.

Elle y entre le 20 juillet. Sa température est à 99.6°. La diète au bouillon de légumes, aux bouillies au bouillon de légumes, à la compote de pommes, à la gélatine, est insti-

tuée. Des lavements à garder à base d'oxyde de zinc et la sulfaguanidine sont prescrits. Les selles sont au nombre de 6 et présentent tous les caractères glaireux et sanguinolents de la veille. Les selles sont envoyées au laboratoire pour examen bactériologique.

Le lendemain, la température est normale, les selles sont au nombre de 3 et moins sanguinolentes.

Le 22, le sérum physiologique et le glucose peuvent être cessés. Au régime précédent, nous ajoutons des pommes de terre cuites au four. Les selles sont verdâtres et pâteuses. Le 23, la température est toujours à la normale, les selles, au nombre de 2, sont pâteuses. La médication au sulfaguanidine est donnée toutes les 8 heures et les lavements à l'oxyde de zinc sont cessés.

Le 24, nous ajoutons au régime alimentaire des pâtes alimentaires, mais devant une poussée de température et des selles liquides au nombre de 5, nous les supprimons le surlendemain.

Pendant 4 jours, les selles demeurent glaireuses, puis redeviennent graduellement normales; le 30 toute médication est cessée.

Le bacille retrouvé dans les selles était du Strong.

Dès le 6e jour, les selles sont normales et l'enfant est considéré comme guéri.

*
* *

Au cours du printemps et de l'été 1943, nous eûmes à traiter plusieurs cas dont la maladie débutait par des troubles nerveux d'intensité variable. En voici deux observations caractéristiques.

Observation 4.

Ren..., Jean, âgé de 2 ans et 3 mois, de Québec, entre à l'hôpital (E.-J.) le soir du 22 avril 1943, en pleine crise de convulsions généralisées depuis 3 heures.

Au cours de la même journée, le matin, l'enfant présente quelques crises de nausées mais sans vomissements. Dans l'après-midi, il est pris d'un violent frisson suivi bientôt d'une ascension de la température à 102° et de l'émission d'une selle diarrhéique, glaireuse, ressemblant à une gelée de pommes liquides.

A 6 heures du soir, crise de convulsions généralisées pour laquelle nous sommes appelés. Malgré une médication anticonvulsivante, les convulsions demeurent sans modifications. Au cours de la crise, nouvelle selle « gelée de pommes ». La température est à 105.4°.

Dès son arrivée, un traitement d'une heure au chloroforme fait cesser les convulsions. Du sérum physiologique et du glucose 5% (125 cc.) peuvent être administrés par voie intraveineuse. Des lavements au chloral toutes les 4 heures permettent aux convulsions de ne plus réapparaître.

Le sulfaguanidine est administré à raison de deux comprimés pour la première dose et de 1 comprimé pour les doses subséquentes toutes les 4 heures.

Le matin du 23 août, la température est à 100°; elle atteindra 98.2° le lendemain et sera normale le surlendemain.

Les selles, au nombre de deux le 23, deviennent semi-pâteuses et glaireuses. Le lendemain, aucune selle. Le sulfaguanidine est administré à 1 comprimé aux 6 heures.

Le 3e jour, les selles sont normales, la température est à 98.6°. Et, le 4e jour, le sulfaguanidine peut être donné aux 8 heures et cessé le 5e jour après le début de la maladie. L'enfant quitte l'hôpital ce même jour.

L'examen des selles recueillies le jour de son entrée a révélé la présence du bacille dysentérique du type Strong.

Observation 5.

Der..., André, 2 ans et 3 mois, de Québec-Ouest, entre à l'hôpital (H. E.-J.) le 19 août 1943, à 9.30 heures du soir, en état de convulsions subintrantes.

Vers 6 heures a.m. le même jour, l'enfant présente une selle liquide verdâtre très abondante et aérée. Il s'endort jusqu'à midi. Une nouvelle selle liquide verdâtre et nauséabonde

est émise. Et, à 1 heure de l'après-midi, première crise de convulsions généralisées d'une durée d'une demi-heure environ. Vers 3 heures, nouvelles convulsions généralisées, d'une heure celles-là. Entre ces deux crises, 3 à 4 selles diarrhéiques et glaireuses sont émises. Après la 2e crise de convulsions, l'enfant demeure somnolent, de temps à autre des petits mouvements convulsifs localisés au visage font leur apparition. De nouvelles selles glaireuses se succèdent et, à 7 heures du soir, l'enfant demeurant toujours inconscient et en état de convulsions, les médecins appelés le dirigent vers l'hôpital.

Dès son arrivée, les convulsions généralisées persistent toujours, l'enfant demeure en opistothonos. Une médication anticonvulsivante la plus énergique possible est instituée, l'état de conscience demeure toujours jusqu'au moment de la mort, moins de 12 heures après son entrée.

La température de l'enfant lors de son entrée était à 106.6°; durant la nuit elle n'a guère baissé à plus de 104.2°, mais parfois elle atteignit 107.4°.

Les selles recueillies le matin du 20 août ont révélé la présence du bacille dysentérique Strong.

A l'autopsie, le prof. L. Berger constata « une côlite aiguë congestive et catarrhale du type de la dysenterie bacillaire au début; les lésions débutent à environ 8 cms du cæcum et intéressent tout le reste du côlon et le rectum, sauf une étendue de quelques cms dans la région de l'angle splénique. Tuméfaction modérée des ganglions mésentériques.

« Hépatite dégénérative modérée.

« Hypo-épinéphrite très marquée.

« Stase plus ou moins prononcée dans les autres viscères. »

*

* *

Au cours de l'année 1944, aucun cas de dysenterie bacillaire ne se serait présenté dans le Service de pédiatrie de l'hôpital de l'Enfant-Jésus.

De juin à octobre 1945 nous décelons du bacille dysentérique chez 20 de nos 80 cas de diarrhée aiguë. Et parmi les 20 cas diagnostiqués « entérite » nous aurions pu peut-être déceler des bacilles dysentériques si leur hospitalisation s'était effectuée plus tôt après le début de leur maladie.

Quelques-unes des observations apparaissent en résumé sur le tableau 1. Nous voudrions cependant en rapporter ici deux dont l'évolution est particulière.

Observation 6.

Bela..., Liliane, âgée de 3 mois, entre à l'hôpital (H. E.-J.) le 6 août 1945 pour diarrhée aiguë.

L'interrogatoire révèle que l'enfant fait de la diarrhée depuis 15 jours environ. Depuis 3 à 4 jours le nombre des selles serait de 15 à 20 par jour. Depuis 2 jours environ les selles sont devenues hémorragiques.

Nous ignorons si l'enfant a présenté, les jours qui ont précédé l'hospitalisation, une température élevée. Le jour de son entrée, elle n'est que de 100.4°; dès le lendemain elle est à 98° et oscille entre 98.6° et 99.8° pendant les 10 premiers jours pour demeurer normale du 17 août au 2 septembre, date de sa sortie.

Dès le second jour de son hospitalisation, toute trace de sang était disparue des selles alors au nombre de 3. Elle recevait alors un régime à la poudre de pomme et des lavements à garder composés de la façon suivante:

Oxyde de zinc . . .	5 gms
Dermatol	5 gms
Laudanum	11 gms
Sérum physiologique .	2 oz

Le 4e jour de son hospitalisation, le laboratoire nous apprend que les recherches bactériologiques dans les selles ont révélé du Flexner. Dès ce moment la médication par le sulfaguanidine est constituée. Les selles sont encore glaireuses, elles le demeureront jusqu'au 10e jour après le début de la médication.

Malgré le sulfaguanidine et la médication à l'oxyde de zinc, les selles, quoique normales

en apparence, conservent la présence du bacille de Flexner le 31 août: 24 jours après l'hospitalisation et trois semaines de traitements chimiques. L'enfant avait reçu en 10 jours 19 grammes de sulfaguanidine et elle demeurait porteuse de germes.

Observation 7.

Desj..., Jacques, âgé de 22 mois, entre à l'hôpital (H. E.-J.) le 22 août 1945 pour vomissements habituels.

Depuis 4 à 5 mois l'enfant présente des épisodes de vomissements survenant après chaque repas, dont la durée est de 4 à 5 jours environ. Malgré une diététique et une médication antispasmodiques variées, le syndrome se répète à des intervalles de 1 à 2 semaines.

Pendant les 15 premiers jours de son hospitalisation, les vomissements ne furent pas constatés, les selles demeurèrent normales, mais la température oscilla entre 96° le matin et 99° le soir.

Dans la journée du 6 septembre, apparaît pour la première fois deux selles vertes glaireuses. La température est de 97° le matin et de 99° le soir. Les jours suivants, les selles sont verdâtres et au nombre de 2 seulement.

Dans la journée du 10, on note un état de somnolence. Le laboratoire nous apprend que les selles prélevées le 7 au matin contenaient des bacilles de Flexner et le 1er octobre cette même recherche se montrait négative.

Dès le 11 septembre, la médication par le sulfaguanidine est commencée et elle est continuée jusqu'au 2 octobre alors que l'enfant quitte l'hôpital avec la recommandation de cesser la médication la semaine suivante. Lors de sa sortie de l'hôpital, l'enfant avait reçu, en 22 jours, 30 grammes de sulfaguanidine. La température continuait à être oscillante: 97.4° le matin, 99.6°, le soir. L'état général était bon; le poid marquait un gain de 2½ livres.

Nous croyons avoir été en présence d'une porteuse de germes, d'une forme fruste chronique, et même d'une contagion hospitalière, car nous avions au même moment d'autres cas de dysenterie à bacille de Flexner dans le service et dans la même salle.

*
* *

L'on a sans doute remarqué, à la lecture de ces quelques observations, que très rapidement nous instituons un régime alimentaire substantiel, à prédominance hydro-carbonée il est vrai, mais qui comporte une haute valeur nutritive. Nous croyons en effet, avec le Dr P. G. Eivine, et G. I. Vechesler (*R. F. de Péd.*, Tome XII, nº 4, page 523), que « si les enfants souffrent de dénutrition, ils perdent « toute capacité de lutter contre les toxines dysentériques » et qu'« une bonne nourriture durant la dysenterie a non seulement une bonne influence, mais encore produit les meilleurs effets locaux sur l'intestin ».

A cette diététique était ajoutée la thérapeutique par le sulfaguanidine (tableau no 1). Notre dose thérapeutique ne s'est guère écartée de la dose moyenne préconisée par Marshall, Batton, Edwards et Walker (3): 0.1 gm. par kilo de poids pour la dose initiale et 0.05 gm. par kilo pour les doses subséquentes toutes les 4 heures. Nous avons cependant jugé bon de continuer cette médication en la diminuant graduellement pour la cesser dès l'apparition d'une selle normale contrairement à ce que ces mêmes auteurs préconisent, c'est-à-dire 0.05 gm. toutes les 8 heures pour 2 à 3 jours dès que le nombre de selles atteint 5 par jour. Il nous a semblé que la période de convalescence en était ainsi écourtée et que nous évitions ce qu'un grand nombre d'auteurs ont constaté sous le nom « d'indigestion intestinale postinfectieuse ». En étudiant cette dose thérapeutique, nous remarquons que:

1º En présence du bacille dysentérique du type Strong, nous obtenons une amélioration, voire même une guérison plus rapide que lorsqu'il s'agit du type Flexner: la durée moyenne de l'emploi du sulfaguanidine est de 4 à 6 jours environ pour le Strong alors que nous fûmes obligés de continuer la médication pendant 9, 15 et 20 jours lorsqu'il s'est agi du Flexner.

Dans aucun cas nous n'eûmes à constater le moindre effet toxique. Ces effets toxiques, qui se manifestent par de la céphalée, un certain état de malaise et une éruption érythémateuse transitoire, surviennent surtout chez des sujets dont la diurèse n'est pas assez abondante. Chez le jeune enfant, il importe de surveiller particulièrement ce point et de veiller à assurer une diurèse importante au moyen de sérum.

Le sulfaguanidine s'est donc montré une arme puissante pour lutter contre la dysenterie bacillaire. La rapidité de son action et sa grande efficacité doivent le faire considérer comme la médication de choix dans la dysenterie bacillaire aiguë. Son action prophylactique pour enrayer une épidémie a été bien démontrée par le Lt J. Clifford Scott dans un mémoire paru dans le *Journal of the American Medical Association*, de juin dernier. (4) De plus, cette médication, écrit G. M. Lyon (5), vu sa très faible toxicité lorsqu'elle est employée à dose convenable, peut être utilisée à la maison, au dispensaire et dans l'industrie avec plus de sécurité que le sulfathiazole.

Nos résultats à l'aide de cette thérapeutique sont comparables à ceux obtenus notamment par George M. Lyon, de Boston, qui en décembre 1942 écrivait dans le *Journal of Pediatrics*: (6)

« Notre expérience indique que dans cette forme de dysenterie (dysenterie bacillaire aiguë) le sulfaguanidine, lorsqu'il est donné au début de la maladie, est rapidement effectif.

« Lorsque le traitement avec le sulfaguanidine est commencé en dedans de 5 jours après le début de la fièvre ou de la diarrhée, une rapide terminaison de l'évolution clinique de la maladie en résulte d'une façon régulière.

« La diarrhée est contrôlée, l'infection est arrêtée, et le patient est cliniquement et complètement bien en dedans de 48 à 72 heures, après l'administration de la chimiothérapie. Occasionnellement, il est nécessaire de continuer pendant 4 à 5 jours. Des guérisons remarquables en 24 à 36 heures ne sont pas rares. »

BIBLIOGRAPHIE

1. De la Broquerie FORTIER: « Traitement de la côlite dysentériforme et de la dysenterie bacillaire par le sulfaguanidine. » *Laval Médical*, **8**: (nov.) 1943.
2. D. LE ROY et Father GILL: *in* Brenneman, *Practice of Pediatrics*, Tome 2, page 5.
3. E. K. MARSHALL, A. C. BRATTON, Lydia B. EDWARDS et Ethel WALKER: « Sulfaguanidine in the Treatment of Bacillary Dysentery. » *Bull. John Hopkins Hosp.*, **68**: 94 (janv.) 1941.
4. James CLIFFORD SCOTT: « Prophylactic use of sulfaguanidine. » *J. A. M. A.*, **122**: 588 (26 juin) 1943.
5. George M. LYON: « Chemiotherapy of Acute Bacillary Dysentery. » *Southern Medical Journal*, **35**: 606 (juin) 1942.
6. George M. LYON: « Sulfaguanidine in the treatment of Acute Bacillary Dysentery. » *J. of P.*, **21**: 809 (décembre) 1942.

RAPPORT PRÉLIMINAIRE SUR 32 CAS DE PNEUMO-PÉRITOINE AU SANATORIUM SAINT-GEORGES DE MONT-JOLI

Herman GAUTHIER,
Médecin-chef au Sanatorium Saint-Georges (Mont-Joli).

De tous les malades qui habitent nos sanatoria, le groupe qui, sans contredit, nous donne notre plus grande sensation d'impuissance est celui de ces patients pour lesquels nous ne pouvons rien faire, soit que nous ayons tout essayé et que tout ait échoué, soit qu'aucun traitement autre que la cure ne soit indiqué, et que ce dernier se soit avéré impuissant après des mois et souvent des années.

Pour chacun, nous avons envisagé tous les traitements connus: la cure hygiéno-diététique sévère, le pneumothorax artificiel, les interventions sur le phrénique, la thoracoplastie, et même la lobectomie et la pneumonectomie. L'or pur en un plomb vil s'est changé devant la tuberculose. La diasone, la pénicilline n'y peuvent rien. La streptomycine laisse percer certaines lueurs, mais nous sommes loin d'en disposer pour nos malades.

Depuis quelques années, certains sanatoria américains ont adopté, à la tuberculose pulmonaire, un traitement des troubles digestifs consécutifs à la phrénicectomie gauche et à la tuberculose intestinale, qui semble assez intéressant et qui, s'il n'est pas une panacée, nous donne du moins une autre arme pour lutter contre l'envahissement du bacille de Koch: c'est le pneumo-péritoine.

A la suite d'une étude considérable parue dans l'*American Revue of Tuberculosis* de novembre 1945, par Horace Craw et Fred Whelchel, du Sanatorium d'Etat de Georgie, et poussé par l'évolution dramatique survenue chez un de nos patients qui attendait une thoracoplastie qui retardait à cause du centre chirurgical surchargé, nous avons tenté le pneumo-péritoine en désespoir de cause. Le résultat fut renversant. C'est celui de notre première observation que je vous exposerai tout à l'heure. Et nous avons continué, toujours devant des cas où nous ne pouvions rien faire d'autre. Quel sera le devenir, j'avoue immédiatement que je ne m'engage à rien. J'ai lu nombre de critiques, mais pas encore par des auteurs qui aient une expérience personnelle sérieuse. Nos cas n'ont que trois mois d'existence pour les plus anciens, les 14 autres n'ont que deux mois puisqu'il m'a fallu forcément préparer cette étude quelque temps avant d'oser vous la présenter. Si l'on considère que tous ces cas descendaient la pente et qu'apparemment nous en avons enrayé l'élan désastreux chez près de la moitié, peut-être seulement pour un moment, jusqu'à preuve du contraire, nous devons croire qu'il y a quelque chose d'ajouté à notre thérapeutique avec le pneumo-péritoine et nous ne devons pas le rejeter à priori sans bien lui rendre toute la justice à laquelle il a droit comme tout adjuvant sérieux à base physiologique et rationnelle.

Historique

La première application du pneumo-péritoine fut pour remédier aux troubles digestifs fonctionnels consécutifs aux interventions sur le thorax, en particulier à la phrénico-exérèse gauche. Ces troubles ont été décrits en abondance par les auteurs de tous les pays, entre autres, Léon Bernard, Gauthier, Villars, Berard, Torelli, Cooper, Steigher, etc., et ont été exagérés dans la même proportion. Tout le monde en a parlé et nous en sommes tous convaincus à leur suite trop souvent. Pour notre part, nous avons vu appliquer la phrénico-exérèse un grand nombre de fois, particulièrement à l'Institut Forlanini, de Rome, et depuis à Mont-Joli, et les troubles digestifs sont assez rares. Quant aux troubles qui doivent devenir inquiétants, nous n'en avons pas encore constaté. — Touchons du bois!

Mais, de toute façon, nous devons l'origine du pneumo-péritoine à ces troubles fonctionnels de la phrénico-exérèse gauche surtout.

La pathogénie de ces troubles est complexe. On les attribue soit à des adhérences gastro-diaphragmatiques, soit à une péri-gastrite antérieure à l'intervention, soit, suivant la théorie exposée par Monaldi et c'en est une très logique, à une rupture de l'équilibre particulier du système nerveux existant entre les deux cavités thoracique et abdominale.

Mécanisme d'action.

A l'état de relâchement expiratoire, le diaphragme, cédant sans résistance à la traction élastique des poumons, remonte dans la cavité thoracique. Il entraîne avec lui les viscères sous-jacents qui subissent par son intermédiaire l'influence de cette traction. La pression intra-abdominale devient infra-atmosphérique au plafond de la cavité. A l'inspiration, la contraction du diaphragme déploie une force supérieure à la traction antagoniste des poumons qu'elle distend et entraîne dans sa descente vers l'abdomen. Cette contraction et cet abaissement du muscle réduisent le volume de la cavité abdominale et augmentent la pression. Celle-ci redevient supérieure à l'atmosphère alors que la dépression intra-thoracique s'accroît. Ces alternances tensionnelles physiologiques font obstacle à la réparation des processus destructifs et facilitent leur extension. Or en établissant un pneumo-péritoine thérapeutique on interpose entre la face inférieure du diaphragme et les viscères abdominaux une couche gazeuse qui libère ceux-ci de leur solidarité avec les poumons, et les soustrait à l'influence de la dépression endo-thoracique. Les modifications de forme et de volume de la cavité péritonéale ne se traduisent plus par la compression et la décompression alternées de ces viscères, mais par des variations tensionnelles de la masse gazeuse élastique, mobile et déplaçable, qui s'insinue entre eux. Le traumatisme respiratoire est donc épargné. Tel paraît être le mécanisme d'action du pneumo-péritoine dans la tuberculose intestinale, mécanisme qui a amené le traitement et la guérison de la tuberculose intestinale dans un grand nombre de cas et mécanisme qui a du même coup amené l'amélioration et, selon certains expérimentateurs, la guérison dans nombre de cas de tuberculose pulmonaire par un mécanisme d'action identique qui a amené l'immobilité à peu près totale du poumon à la suite de la paralysie du diaphragme par alcoolisation ou phrénico-exérèse du nerf phrénique et ascension de ce diaphragme par air interposé dans la cavité abdominale.

Technique opératoire.

Le point de repère où se fait l'introduction de l'air est à deux travers de doigts de l'ombilic du côté gauche, en dehors et au-dessous de lui, sur le bord externe du muscle grand droit. Pour les premiers traitements, on emploiera 5 cc. de novocaïne à 2% pour anesthésier la peau et les tissus sous-jacents. On pourra, par la suite, introduire directement, comme dans les réinsufflations de pneumo artificiel, une aiguille à pneumo ordinaire. On aspirera ensuite avec une seringue de 10 cc. pour s'assurer que l'aiguille n'a pas pénétré dans un vaisseau et l'on introduit ensuite 5 cc. d'air qui doit entrer par le simple poids du piston de la seringue. Ceci fait, on abouche l'aiguille en position, avec l'appareil à pneumo, de préférence le Bethume qui sera placé à 6 pieds de terre et dans lequel il faudra souvent exercer une pression assez marquée, surtout au début, pour faciliter l'introduction d'air. On débute par 400 cc.; puis, 600 le surlendemain; 1,000, 5 jours après; et 1,200 à 1,500 toutes les semaines. La pression finale idéale marquera souvent + 4 à + 6.

Un détail de technique assez important à retenir est l'épaisseur de la paroi abdominale chez la femme, où nous devons employer une aiguille d'au moins trois pouces en général tandis que chez l'homme l'aiguille ordinaire de 2 pouces et demi est suffisante, même chez les sujets qui semblent plutôt gras.

Indications du pneumo-péritoine.

A.—*Au point de vue intestinal.*

1. Dans les troubles occasionnés par la phrénico-exérèse gauche: de 1 à 4 insufflations de 400 à 500 cc. suffisent.
2. Dans la tuberculose intestinale: l'entretien d'un petit pneumo-péritoine a fait régresser les symptômes, surtout la douleur et la diarrhée rebelle, et amende considérablement le sujet.

B.—*Au point de vue pulmonaire.*

1. Dans les cas où le pneumo artificiel a échoué à cause de symphyse ou d'adhérences non sectionnables.
2. Là où l'on ne peut considérer la thoraco.
3. Dans les lésions tuberculeuses chroniques où se déclare une poussée récente qu'on ne peut enrayer par un pneumo artificiel.
4. Dans les lésions récentes bilatérales.
5. Cavité demeurée ouverte après thoracoplastie.

Contre-indications.

1. Dans les lésions fibreuses étendues avec cavités à coque très épaisse. Fibro-thorax.
2. Chez les cardiaques.

Complications.

1. L'embolie gazeuse: due à un défaut de technique.
2. La péritonite tuberculeuse: apparaît chez 1% — il faut évacuer l'air et le liquide.
3. L'épanchement: 8% — indique qu'il ne faut pas augmenter les pressions.
4. La dyspnée: 6% — augmenter les pressions très lentement jusqu'à ce que l'adaptation se fasse.
5. L'hypertension: il ne faut pas dépasser 5 cm. d'eau.
6. La douleur scapulaire du début: disparaît par la suite.
7. Une espèce d'aboulie qui enlève toute ardeur au sujet sous traitement et lui fait préférer son lit à tout autre mouvement, mais cela n'est pas pour nuire à la cure de la tuberculose qui demande le repos.

Un drame provoqua notre étude du pneumo-péritoine. Un de nos patients, L. L., âgé de 23 ans, et souffrant d'une lobite supérieure droite excavée où le pneumo artificiel avait échoué, attendait depuis 3 mois sa convocation en vue d'une thoracoplastie dans un centre chirurgical surchargé. Son appel arrive et, comme son état semble moins bon, une radiographie est prise et révèle l'apparition d'une large cavité sous la lésion initiale; la sédimentation de 5 est tombée à 19. Le cas n'est plus opérable, et le patient mis en face du fait nous émeut particulièrement dans son plaidoyer pour qu'on fasse quelque chose. Nous décidons de tenter le pneumo-péritoine et la sédimentation revient à 5 tandis que la radiographie montre une régression de l'image, pour le moment.

Une autre observation particulièrement intéressante puisqu'elle touche un de nos confrères en médecine, chirurgien à Montréal depuis 12 ans, mon confrère de promotion à Montréal, est la suivante:

Le docteur G. A., âgé de 38 ans, arrive à Mont-Joli à la fin de janvier, porteur d'une lobite supérieure droite datant de 3 ans et d'une poussée pneumonique à la base droite datant du Jour de l'An. Ses 5 ou 6 expectorations par jour contiennent des bacilles Gaffky 8. Le pneumothorax artificiel échoue naturellement. La thoraco ne sera pas indiquée d'ici longtemps, le diaphragme est immobile, la phrénicectomie seule ne fera, apparemment, pas grand-chose. On décide une alcoolisation suivie d'un pneumo-péritoine qu'on pratique le 28 mars et, le 1er juin, notre confrère ne crache plus, une expectoration arrachée d'effort ne contient aucun bacille, la sédimentation est revenue à 5 et, malgré des insufflations de 1,200 et 1,500 par semaine, il a engraissé de 155 à 171 livres; sa radiographie en 2 mois

32 CAS DE PNEUMO-PÉRITOINE APRÈS 3 MOIS D'OBSERVATION

Histoires de cas						Traitements antérieurs		Elévation diaph.		Age de la lésion		Lésion clinique au début du Pneumo-Péritoine	Symptomatologie								A: Amélioré I: Inchangé E: Empiré	
No.	Nom	Sexe	Age	Stade Tbc.	Amorce du Pneu.-Péritoine	Pneumo artificiel	Phrénicectomie Alcoolisation Thoracoplastie	Mobilité diaph. (en pose.)	Elévation du diaph. après 3 mois	Lésion récente	Lésion ancienne		Nb. Exp. avant	Nb. Exp. ap. 3 m.	B.K. avant (Gaffky)	B.K. ap. 3 mois	Poids avant	Poids après 3 m.	Sédimentation avant	Sédimentation après 3 m.	B.K. après 3 m.	Résultat d'ensemble après 3 mois
1.	L.L.	M.	23	II	15-2-46	Ech.	Ph. 2-2-46 d.	0	3	2 m.		Apparition d'une large cavité dans le lobe sup. dr.	4	3	4	0	115	112½	19	5	A	A
2.	L.J.	M.	23	III	15-2-46	Ech.	Ph. 2-2-46 d.	0	3	Hém.	2 ans	Bilatéralisation et cavité au lobe sup. dr.	3	10	5	4	123	111½	18	18	E	E
3.	A.R.	M.	26	II	18-2-46	Ech.	Al. 9-2-46 d.	0	3½		2 ans	Lobite sup. dr. excavée	5	6	2	6	131	125	4	5	A	A
4.	E.B.	M.	33	II	18-2-46	Ech.	Ph. 9-6-45 g.	3/4	2½		2 ans	Lobite sup. g. excavée	3	2	2	0	121	117	13	14	A	A
5.	R.L.	F.	18	III	25-2-46	Ech.	Al. 6-4-46 g.	0	1½		4 ans	Fibro-cavitaire g. et fibro thorax	15	20	5	5	109	100	25	28	I	I
6.	G.B.	F.	22	II	25-2-46	Ech.	Al. 9-2-46 d.	0	3½		2 ans	Ulcéro-cavitaire des lobes sup. et moyen dr.	10	10	5	4	106	99	26	26	A	I
7.	M.D.	F.	25	II	25-2-46			0	2		3 ans	Large cavité au lobe moyen d. et infil. g.	1	7	4	5	111	103	25	22	E	I
8.	A.S.	F.	18	II	1-3-46	Ech.		0		Hém.	2 ans	Fibro-cavitaire g. - préparatoire à thoraco g.	15	10	6	5	103	102	24	24	A	A
9.	B.D.	M.	31	III	4-3-46	Ech.	Al.19-8-42 g. Th.17-1-45 g.	0	2		4 ans	Fibro-cavitaire g., large cavité et fibro-thorax	23	24	5	6	123	126	24	25	I	I
10.	A.B.	M.	35	III	4-3-36	20-1-45		0	1		3 ans	Large cavité hilaire dr.	1	0	4	5	146	139	22	20	I	A
11.	F.S.	F.	28	III	18-3-46	Ech.	Al.17-11-45 d. Ph. 6-4-46 d.	1	2½	6 m.	4 ans	Ulcéro-cavitaire du lobe sup. dr. évolutive	1	3	3	0	89	85	25	22	I	A
12.	R.T.	M.	28	II	18-3-46	Ech.	Al. 9-2-46 d.	0	2		4 ans	Infiltration ulcéro-cavitaire des deux sommets	15	15	4	2	117	112	21	19	A	A
13.	F.F.	M.	32	II	18-3-46	Ech.	Al. 9-2-46 g.	½	1½		3 ans	Fibro-cav. lobe sup. g., infil. discrète au lobe sup. dr.	20	15	2	1	116	117½	6	4	A	A
14.	R.B.	M.	33	II	18-3-46	Ech.	Al.14-9-42 d. Th.16-5-45 d.	½	2½		5 ans	Fibro-cavitaire du lobe sup. dr.	2	2	2	0	109	104	19	19	A	A
15.	J.P.	M.	30	III	18-3-46			½	2½	3 m.		Ulcéro-cav. bilatérale, surtout dr.	4	6	4	2	116	118	27	25	A	A
16.	J.M.	M.	20	III	22-3-46	abandon		1	3		1 an	Large cav. au lobe sup. g. infiltration à dr.	15	10	6	6	146	153	24	20	A	A
17.	L.R.	F.	22	II	25-3-46	Ech.	Al. 6-4-46 g.	0	2½	6 m.		Poussée pneumonique massive inférieure g.	1	1	1	0	95	94	24	24	A	A
18.	D.M.	F.	30	II	25-3-46	Ech.		½	1		4 ans	Infiltration des 2 apex	5	10	2	1	86	86	16	14	I	I
19.	G.A.	M.	38	II	28-3-46	Ech.	Al. 6-4-46 d.	½	3		3 ans	Lobite sup. dr., poussée inférieure dr.	4	0	8	0	156	171	9	5	A	A
20.	A.B.	F.	24	II	30-3-46			½	½		4 ans	Lobite sup. dr., large cavité et infilt. g.	10	10	5	5	92	91	23	21	I	I
21.	L.A.	M.	52	III	9-6-46	Ech.		1	1			Lobite sup. dr., infiltration discrète h g.	11	14	6	6	167	168½	21	21	I	I
22.	A.M.	M.	23	III	17-4-46	abandon		0	2		3 ans	Lobite sup. g., large cav. infilt. sous jacente	30	20	5	4	135	127	25	23	I	I
23.	V.L.	M.	23	II	25-4-46	abandon		½	1		4 ans	Infiltration discrète g. derrière épaississement pleural	0	1	4	1	139	141	2	2	I	I
24.	R.C.	M.	20	II	25-4-46	Ech.		½	3		3 ans	Infiltration massive des deux lobes sup. dr. et g.	4	7	5	2	137	134	21	17	I	A
25.	A.T.	F.	28	II	5-4-46	Ech.	Ph. 9-2-46 d.	½	4		2 ans	Cavité repelle du lobe sup. d, sous claviculaire	3	6	0	0	123	120	24	15	I	I
26.	R.O.	F.	24	III	9-4-46	Ech.		0	3		4 ans	Lobite sup. dr. et infilt. g. discrète	25	25	7	7	101	98½	25	25	I	I
27.	A.L.	F.	28	II	11-4-46	abandon	Al. 9-2-46 d.	0	3		3 ans	Persistance de cavité dans pneumo inefficace	4	4	1	2	130	127	19	19	A	I
28.	G.R.	F.	32	II	11-4-46	Ech.	Ph. 6-4-46 g.	0	3		3 ans	Fibro-cavitaire g. et infilt. dr.	10	10	6	4	106	105	8	9	I	I
29.	A.D.	F.	30	I	15-4-46	Ech.		½	3		1 an	Infilt. discrète des lobes sup. et moyen dr.	0	0	1	0	106	113	15	11	A	A
30.	H.G.	F.	31	III	17-4-46	Ech.		0	½		2 ans	Fibro-cav. du lobe sup. g. et infilt. discrète h dr.	8	10	2	5	101	101	26	24	I	I
31.	F.C.	F.	16	II	17-4-46			1	2½	2 m.		Infilt. des 2 sommets, poussée h g.	0	0	0	0	91	90	19	22	I	I
32.	J.L.	F.	38	III	25-4-46	abandon	Ph. déc.40 g.	0	2½	1 m.	4 ans	Fibro-cav. des 2 sommets, poussée évolutive dr.	10	15	8	4	106	105	26	29	A	I

10 Juin 1946.

BUREAU MEDICAL
du Sanatorium Saint-Georges, Mont-Joli

Dr. J.A. Couillard,
Médecin-directeur,

Dr. Herman Gauthier,
Médecin-chef.

montre une régression apparemment rapide et le confrère commence à se sentir trop vivant.

Toutes nos observations ne sont pas si frappantes, mais le pneumo-péritoine ne sauverait-il que deux cas que ce serait déjà une thérapeutique pour le moins très intéressante.

Nos observations portent sur 32 cas dont 10 sont surveillés depuis 3 mois, 19 depuis 2 mois et 3 depuis 2 mois bientôt. Encore une fois, c'est un rapport des plus préliminaires, mais nous croyons qu'il y a quelque chose d'intéressant dans cette thérapeutique et nous vous le soumettons simplement.

Chez ces 32 premiers cas à l'étude, nous constatons 16 hommes d'une moyenne d'âge de 29 ans, tandis que 16 femmes en ont une de 25 ans.

Le stade de la maladie.

9 hommes sont en période modérément avancée.

7 hommes sont en période très avancée.

1 femme est en période minime.

10 femmes sont en période modérément avancée.

5 femmes sont en période très avancée.

Dans l'ensemble, 12 cas, soit 37%, sont très avancés, 19 cas, soit 60%, sont modérément avancés, 1 cas est au début.

Traitements antérieurs.

Le pneumothorax artificiel a été tenté et a échoué chez 21 de nos sujets, soit 66%. Il a été amorcé et par la suite abandonné comme inopérant ou dangereux chez 5, soit 16%. Un seul continue son pneumothorax en même temps qu'on entretient son pneumo-péritoine, et il va bien. Les hémorragies sont arrêtées. Le pneumo n'a pas été tenté parce que non indiqué chez 4, soit 12%.

La thoraco a été pratiquée, et n'a pas été complètement efficace chez 2 cas, soit 6%.

La phrénicectomie a été pratiquée: à droite chez 4 cas, soit 12%; à gauche chez 3 cas, soit 10%.

L'alcoolisation du phrénique a été faite: à droite chez 6 cas, soit 18%; à gauche chez 4 cas, soit 12%. Le total des interventions sur le phrénique monte à 17 sur 32 cas, soit 52%.

La mobilité diaphragmatique avant toute intervention était de

nulle	chez	17	53%
¼	"	2	6%
½	"	8	25%
¾	"	1	3%
complète	"	4	12%

Le pneumo-péritoine est amorcé, facilement chez 28 cas, plus difficilement chez 4, mais sans échec.

Les indications.

Lésions anciennes 24: 75%
Lésions récentes 8: 25%

1. Poussée récente pneumonique ou cavitaire sur un vieux foyer: 5 cas: 16%
2. Lobite supérieure droite à pneumo irréalisable: 12 cas: 38%
3. Large cavité hilaire incompressible: 1 cas
4. Lésions fibro-cavitaires des deux sommets: 7 cas: 23%
5. Cavité demeurée ouverte après thoraco: 2 cas: 13%

Les constatations après 3 mois.

1. L'élévation diaphragmatique:
   a) chez les alcoolisés du phrénique: le diaphragme s'est élevé de 2.8 po. en moyenne;
   b) chez les phrénicectomisés: élévation de 2.4 po. en moyenne;
   c) chez les non-touchés: 1.8 po. en moyenne.
2. La sédimentation:
   Est améliorée chez 16 cas: 50%
   Est inchangée chez 13 cas: 40%
   Est empirée chez 3 cas: 10%

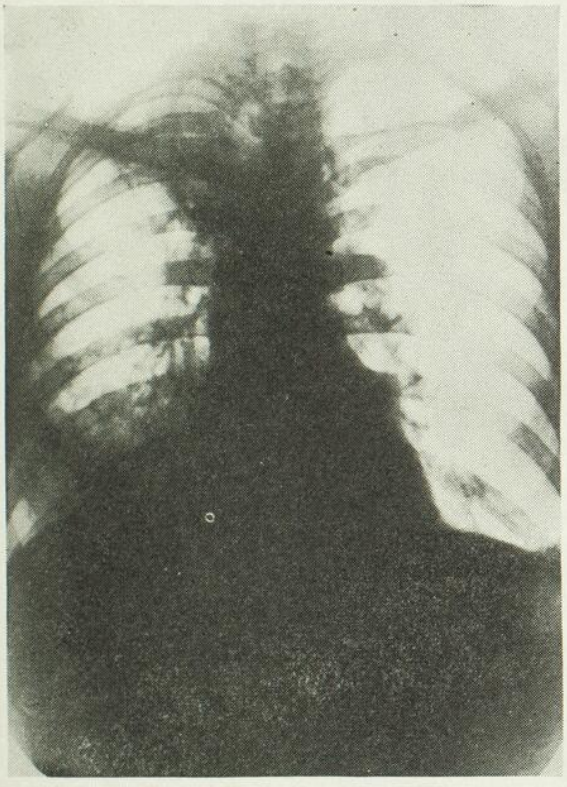
3. Le poids:

Est amélioré chez 7 cas: 22%
Est inchangé chez 8 cas: 25%
Est diminué chez 17 cas: 53%

De ces 17 cas ayant maigri, 2 ont subi une intervention sur le phrénique gauche, 29%. Les autres sont stationnaires ou ont engraissé, soit 71%.

4. Les expectorations:

Sont disparues chez 2, soit 6%
Ont diminué chez 4, soit 12%
Sont inchangées chez 14, soit 45%
Ont augmenté chez 12, soit 37%



5. Les bacilles de Koch:

Sont disparus chez 7, soit 22%
Ont diminué chez 12, soit 38%
Sont inchangés chez 7, soit 22%
Ont augmenté chez 6, soit 18%

6. La radiographie:

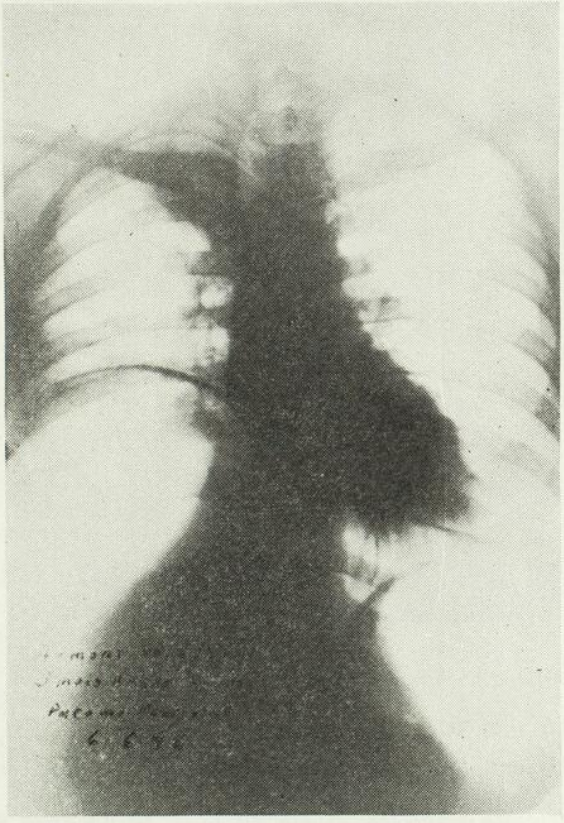
Est améliorée chez 15, soit 47%
Est inchangée chez 15, soit 47%
Est empirée chez 2, soit 6%

7. Le stade de la maladie:

En 3e période, sur 12 cas, est amélioré chez 4: 33%
En 2e période, sur 19 cas, est amélioré chez 10: 53%
En 1ère période, sur 1 cas, est amélioré chez 1: 100%

Les cas où nous avons pratiqué le pneumo-péritoine.

1. Dans les poussées pneumonique ou cavitaire récentes, sur un vieux foyer: 1, 17, 19, 31, 32 — sur 5 cas: 4 sont améliorés: 80%; 1 est inchangé: 20%.

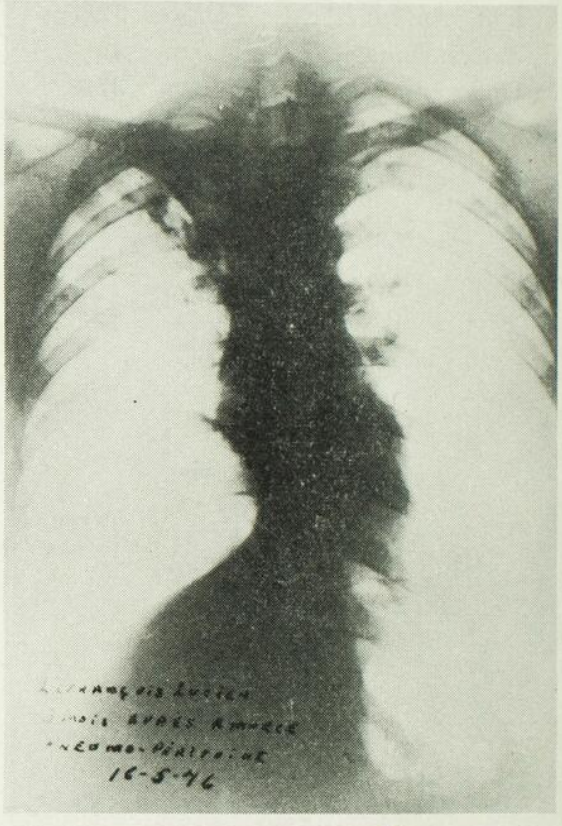


2. Dans les lobites supérieures excavées à pneumo impossible: Nos 2, 3, 6, 11, 13, 16, 20, 22, 25, 26, 27, 29 — sur 12 cas: 5 sont améliorés: 42%; 1 est empiré: 8%.
3. Dans les larges cavités hilaires: No 10 — 1 cas amélioré.
4. Dans les lésions fibro-cavitaires des deux sommets: Nos 12, 15, 18, 21, 24, 28, 30

— sur 7 cas: 3 sont améliorés: 43%; 4 sont inchangés: 57%.

5. Cavité demeurée ouverte après thoracoplastie: Nos 9, 14 — sur 2 cas: 1 est amélioré: 50%; 1 est inchangé: 50%.
6. Fibro-thorax et large cavité encapsulée: Nos 5, 7, 9, 23 — 4 cas tous inchangés.
7. Hémorragies: 1 cas: No 9 — arrêt complet et peut continuer à la thoracoplastie.





Résultats d'ensemble.

15 cas sur 32 sont améliorés: soit 47%
16 cas sur 32 sont inchangés: soit 50%
1 cas sur 32 est empiré: soit 3%

De ces 15 cas améliorés:
6 lésions récentes sur 8 sont améliorées: 75%
9 lésions anciennes sur 24, améliorées: 37.5%

En conclusion:

Il résulte de tous ces chiffres, peut-être un peu ardus mais instructifs, que dans 3 mois l pneumo-péritoine a certainement rendu service à près de la moitié de nos patients, — espérons que l'avenir confirmera cette première impression — que l'autre moitié n'en a pas souffert, et peut-être en bénéficiera-t-elle, puisque de tous les inchangés nous remarquons que la proportion est très forte parmi les dernières observations, c'est-à-dire parmi celles qui n'ont pas un recul de temps suffisant.

Nous remarquons qu'un cas s'est empiré, et il faut voir quelle sorte de cas il présente.

Donc, tout ceci est suffisant pour nous encourager à continuer à travailler chez ces cas où nous ne pouvons rien faire d'autre, pour le moment.

Nous espérons, dans deux ans, vous soumettre une étude bien plus approfondie, et nous vous remercions, le Dr J.-A. Couillard, le médecin-directeur de Mont-Joli, mes confrères et moi-même, de votre indulgente attention.

QUAND FAUT-IL INTERROMPRE LE PNEUMOTHORAX THÉRAPEUTIQUE?

Albert-M. CHOLETTE,
Assistant-directeur de l'Institut Bruchési (Montréal).

Depuis vingt-cinq ans environ que le pneumothorax artificiel est pratiqué au Canada, ses indications se sont considérablement étendues, sa technique s'est enrichie de toutes sortes de procédés complémentaires, nous avons appris à mieux connaître ses incidents et ses accidents, bref nous avons tous acquis une expérience des méthodes collapsothérapiques qui a profondément modifié les vues nécessairement « aprioristiques », rigides et simplistes, que nous ne pouvions pas ne pas avoir lorsque nous étions encore novices.

Mais le moment est peut-être venu de faire le point, sur quelques aspects tout au moins du pneumothorax artificiel, et en particulier sur cette question de *l'interruption du traitement*. Je vais tâcher de vous dire en aussi peu de mots que possible ce que j'en pense à l'heure actuelle.

Pour que la discussion ne s'égare pas, je laisserai complètement de côté, si vous voulez bien, les pneumothorax alternés ou bilatéraux, simultanés, entrés dans la pratique quelques années après le pneumothorax unilatéral, et je me limiterai à ce qui concerne le pneumothorax unilatéral et demeurant tel. J'aurai essentiellement en vue celui qu'on établit pour influencer une tuberculose pulmonaire, et si je mentionne celui qui vise à guérir d'autres affections, la bronchectasie ou l'abcès du poumon, ce sera pour mémoire seulement et sans m'y arrêter.

Le choix du moment où l'on doit interrompre un pneumothorax artificiel n'est pas toujours laissé à notre discrétion. Il y a des pneumothorax qu'on cesse prématurément d'entretenir, tout simplement parce qu'ils deviennent impossibles à entretenir, à cause d'une symphyse progressive s'installant le plus souvent à la suite d'un exsudat liquide, mais parfois aussi en dehors de tout exsudat.

Nous avons tous connu de ces cas de pneumothorax à collapsus efficace, qu'il a fallu abandonner au bout de quelques mois, et nous avons déploré cette interruption intempestive d'un traitement qui donnait les plus légitimes espoirs. Le plus ordinairement, la réexpansion du poumon non encore cicatrisé a pour conséquence une réactivation des lésions, et, si l'on ne peut faire une thoracoplastie opportune, une évolution fatalement progressive de la maladie. C'est en grande partie pour défendre le malade contre ces symphyses précoces, dont les effets sont si redoutables, que l'on a préconisé, dans le passé, l'établissement d'oléothorax antisymphysaires.

Mais il a dû arriver à tous ceux qui ont une expérience suffisante de la collapsothérapie de voir de temps à autre des malades chez qui la symphyse précoce n'avait pas de suites fâcheuses et qui, leur pneumothorax abandonné par force au bout de six mois, un an ou 2 ans, continuaient à évoluer vers la guérison. On dirait que, dans ces cas, assez exceptionnels à vrai dire, le processus de cicatrisation, amorcé par un collapsus de quelques mois, se poursuit automatiquement malgré le retour du poumon malade à son volume primitif.

Ces cas, dont je souligne à dessein le caractère exceptionnel, montrent que, théoriquement tout au moins, il est très difficile d'assigner la durée nécessaire à l'efficacité thérapeutique d'un collapsus, une limite inférieure précise. Est-ce pour avoir observé quelques cas heureux de ce genre que certains médecins réduisent systématiquement la durée de leurs pneumothorax artificiels à quelques mois, et se contentent d'un petit nombre de réinsufflations? Je ne sais. Mais je suis sûr de ne pas rencontrer d'opposition parmi vous si j'affirme qu'ils ont tort, qu'ils ont même grand tort,

et que le résultat de ces interruptions précoces voulues est, en pratique, désastreux.

Nous voyons parfois, à nos consultations de dispensaire, de ces malheureux naufragés qu'on a une première fois rescapés, comme pour leur donner l'illusion de la guérison possible, et que l'on a ensuite, sitôt l'amélioration obtenue, rejetés follement, cruellement, cyniquement à l'eau. Leur sort n'est pas fait pour nous rendre partisans du pneumothorax abrégé.

Mais venons-en à l'essentiel de ce débat. Un pneumothorax artificiel institué pour une lésion unilatérale que nous supposerons évolutive et excavée a déterminé un collapsus efficace. Il a, au bout de quelques semaines ou de quelques mois, réduit la température à la normale d'une façon durable, tari l'expectoration après l'avoir rendue non bacillifère; le poids, les forces sont revenus; la capacité de travail est restaurée. Bref, tous les privilèges de la santé ont été rendus au malade. *Combien de temps convient-il d'entretenir son pneumothorax?* Quand pourra-t-on sans imprudence, sans compromettre la guérison, l'interrompre? Quand cette guérison pourra-t-elle être considérée comme consolidée? Au bout de deux ans? de trois ans? disait-on communément il y a quelques années encore: délai arbitrairement établi à une époque où notre expérience avait une secrète tendance à allonger le plus possible dans la pratique.

On ne parviendra jamais à se soustraire entièrement à l'arbitraire, si l'on veut établir ce délai sur des principes absolus. Mais pourtant, on peut chercher à s'aider par l'étude d'une statistique cohérente, et je vous donne pour ce qu'elle vaut celle que Hirschberg et Rist ont dressée naguère pour les malades traités dans leur service. Etudiant le sort de 189 malades tuberculeux, dont le collapsus avait été institué durant les années 1929-30-31, et poursuivi jusqu'à 1937, c'est-à-dire durant une période de sept à huit ans, ils ont vu que, *sur 73 décès*, 33 étaient survenus durant la première année et 27 durant la deuxième. Les années suivantes n'ajoutent au décès qu'un nombre de plus en plus faible d'unités, 8 la troisième, 3 la quatrième, 2 la cinquième et, à partir de cette année, aucun nouveau décès ne vient s'ajouter au total qui reste à 73. Ils ont conclu de là que le délai de *trois ans* est trop court et que la sécurité n'est acquise qu'après la *cinquième année*. Pour ma part, je maintiens le collapsus de mes pneumothorax pendant cinq ans, quatre ans et demi au minimum, et mes malades s'en trouvent bien. Passé ce délai, la rechute est vraiment tout à fait exceptionnelle et l'on peut se considérer comme mis à l'abri des incidents fâcheux, pour autant du moins qu'il est permis de prévoir raisonnablement.

On entre alors dans une phase où l'abandon ou le maintien du pneumothorax deviennent une affaire de convenances personnelles. Bien des tuberculeux guéris par le pneumothorax hésitent ou répugnent à interrompre un traitement auquel ils doivent le salut, et dont la continuation leur donne un sentiment de sécurité auquel ils tiennent fort.

Si les insufflations sont assez espacées pour ne point apporter de véritable gêne dans leur existence, il n'y a aucun inconvénient à les continuer pendant quelque temps encore. Tout est question d'espèce, A l'employé à qui son patron fait grise mine, parce qu'il demande toutes les quatre ou cinq semaines un congé d'une matinée pour aller se faire insuffler, on conseillera l'abandon, parce qu'il en est arrivé à un point où véritablement cet attachement sentimental au pneumothorax ne mérite pas d'être mis en balance avec la sécurité économique que compromettrait la continuation du traitement. Mais quand un père ou une mère de famille nous dit: « J'ai tant de soucis à la maison que je n'ai pas le temps de me préoccuper de ma santé: mon pneumothorax est une assurance contre la rechute, je le garde », nous ne pouvons qu'acquiescer.

Je ne veux pas entrer dans le détail des multiples problèmes individuels que peut soulever cette question de l'abandon ou du maintien du collapsus. C'est affaire de tact et de psychologie que de les résoudre au mieux. Il faut tenir compte des circonstances économi-

ques, familiales, sociales, de l'état mental et affectif, bref, il faut agir en médecin.

Il est pourtant un ordre de considérations sur lequel je crois utile de dire quelques mots, à savoir celles qui concernent le *mariage* et la *gestation*. On est souvent consulté sur l'opportunité du mariage d'une jeune fille traitée par le pneumothorax artificiel, et je dois avouer que, pour ma part, je me montre en général fort libéral dans les conseils que je donne. Lorsqu'un pneumothorax a conduit à la suppression durable de tout symptôme fonctionnel, lorsque le retour à la santé est évident, je permets le mariage deux ans après la disparition des expectorations, mais je demande que le pneumothorax soit continué jusqu'au delà de la naissance du premier enfant. Quand c'est une femme déjà mariée que je traite, j'autorise une gestation dans les mêmes conditions.

Je suis, comme vous, Messieurs, convaincu de l'influence nocive exercée par la gestation sur la tuberculose et je pense que la meilleure preuve que puisse fournir une femme de la guérison de sa tuberculose, c'est de mener à bien, sans incident pulmonaire, une grossesse et les relevailles. Mais il ne faut pas jouer la difficulté, et faire courir à une femme présumée guérie le risque d'une gestation, sans lui laisser cette protection efficace, cette arme défensive qu'est le pneumothorax artificiel.

On sera ainsi amené, lorsque la question du mariage ou de la gestation ne se pose que vers la quatrième au la cinquième année du traitement, à prolonger celui-ci d'un an ou deux encore. J'applique cette règle depuis quelques années, je n'ai pas de difficultés à la faire accepter des futures épouses ou des futures mères, ni de leurs fiancés ou de leurs époux, parce que je m'efforce de leur faire bien comprendre toutes les données du problème, et j'ajoute que je n'ai eu qu'à me féliciter jusqu'ici des résultats obtenus grâce à cette précaution.

Il va de soi que ce que je viens de dire s'applique aux pneumothorax non compliqués, à ceux qui, dès leur institution pour ainsi dire, ont déclenché une évolution progressive vers la guérison. Lorsqu'il y a eu des incidents fâcheux, lorsque les choses n'ont commencé à prendre une tournure favorable que tardivement après une pleurésie bienfaisante, par exemple, ou une section de brides, c'est à partir de cette première étape heureuse qu'il faut compter les délais.

Il va de soi aussi qu'avant de décider l'abandon, il faut avoir examiné tous les éléments du problème, l'état général, la capacité de travail, la résistance à la fatigue, l'aspect radiologique des poumons. La collapsothérapie, par la méthode de Forlanini, a précisément cet immense avantage que, permettant au malade de reprendre une existence normale et une activité rémunératrice bien avant la cessation du traitement, elle nous donne par là même toute latitude pour mettre à l'épreuve les forces, l'endurance, la résistance du sujet en vue de la décision à prendre.

Mais, à côté de ces divers facteurs d'appréciation, il en est un auquel il faut attacher une importance capitale: *c'est le comportement des expectorations*. Il est indispensable de faire des examens bactériologiques d'expectoration périodiques, répétés à fond. C'est la disparition définitive des bacilles qui signe le début de la guérison. Elle doit être contrôlée à de nombreuses reprises. Il est vrai que cela n'est pas facile, lorsque, avec la disparition des bacilles, coïncide celle des expectorations. Mais il faut alors profiter de la moindre expectoration occasionnelle que provoque un coryza ou une trachéo-bronchite légère, pour faire une inoculation au cobaye. Deux inoculations au cobaye négatives à six mois d'intervalle me paraissent un assez bon critérium de guérison durable.

Ce sont *les symptômes fonctionnels et généraux*, mais surtout fonctionnels, qui nous guident en cette occurrence, bien plus que les *signes physiques*, dont les plus usités, à savoir les stéthacoustiques, nous laissent en plan, un poumon collabé étant inauscultable à proprement parler.

J'ai parlé tout à l'heure d'une phase où la

continuation ou l'abandon du pneumothorax devenait affaire de convenances personnelles. Je ne sais trop quelle durée il est sage de lui assigner. Mais il ne faut certainement pas la prolonger à l'excès, car on entrerait alors dans une *troisième phase* où les inconvénients de l'entretien du collapsus l'emportent manifestement sur ses avantages.

J'avoue ne pas me sentir tout à fait à l'aise devant ces vieux pneumothorax inutilement prolongés *huit, dix, douze* ans et davantage, qu'on n'a besoin de réinsuffler que tous les trois ou quatre mois parce que la plèvre, très épaissie et parcheminée, a perdu sa souplesse. On y trouve des pressions invraisemblablement basses lorsqu'on les réinsuffle. Il s'y développe parfois des exsudats intarissables, volontiers hémorragiques, qui exposent le sujet au danger de la pleurésie purulente, à l'occasion d'une angine, d'un érysipèle ou de quelque autre infection extrapulmonaire.

La résorption de ces pneumothorax, quand elle est possible, ne se fait qu'avec une extrême lenteur; elle entraîne un déplacement important du médiastin, des déformations thoraciques. Souvent même, il faut continuer indéfiniment les réinsufflations sous peine de voir apparaître, ou du liquide, ou de véritables malaises chez le malade. Les risques inhérents au pneumothorax artificiel sont négligeables lorsqu'il s'agit de guérir une tuberculose solidement, durablement guérie, grâce au pneumothorax; par contre, quand celui-ci devient inutile au point de vue thérapeutique, ses risques subsistent. Pourquoi donc y exposer sans raison nos malades?

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE TRACHÉO-BRONCHIQUE

Jules HALLÉ,
Chef du service d'Oto-rhino-laryngologie à l'hôpital Laval (Québec)

Le diagnostic de la tuberculose trachéo-bronchique au moyen du bronchoscope, de même que son traitement, était méconnu il y a vingt-cinq ans. Les phtisiologues et les bronchoscopistes rejetaient d'emblée ce moyen de recherche. Ils redoutaient que le passage du bronchoscope ulcère les lésions existantes ou dissémine l'infection à tout l'arbre bronchique. Jackson (1) déclarait en 1937 que les cas de tuberculose pulmonaire justifiables de bronchoscopie ne sont pas nombreux. Myerson (2), en 1929, affirmait qu'en dépit de la fréquence de l'atteinte bronchique chez les tuberculeux pulmonaires, il est rare de pouvoir pousser l'extrémité distale du bronchoscope suffisamment loin pour atteindre ces lésions. Graham (3), dans un traité publié en 1935, déclarait qu'en aucune circonstance il n'avait pu constater de lésion des grosses bronches chez les tuberculeux pulmonaires.

Il ne faut donc pas se surprendre du petit nombre de publications parues sur cette question jusqu'en ces dernières années. Les premières observations cliniques semblent être celles de Vinson et Habein (4) qui rapportaient, en 1928, un cas de tuberculose de la trachée; et de Schonwald (5) qui, la même année, décrivait un cas de granulome de la bronche souche droite. C'est à Eloesser (6) que revient le mérite d'avoir le premier, en 1934, publié une revue assez complète de la tuberculose des bronches souches, d'en avoir indiqué les formes cliniques et d'avoir exposé le traitement de la sclérose bronchique en cours de tuberculose pulmonaire.

Fréquence

Tous les tuberculeux pulmonaires ne sont pas susceptibles de faire une complication bacillaire de leurs bronches. Ophus (7) déclare

que sur 3,000 autopsies pratiquées chez des phtisiques, il n'a noté d'infection secondaire endobronchique que dans 10% des cas. Plus récemment, en 1945, Norman J. Wilson (8) rapportait que 5 à 15% seulement des pulmonaires présentaient, à une phase ou à l'autre de leur maladie, des lésions tuberculeuses de leurs bronches. Celles-ci se rencontrent aussi bien chez l'homme que chez la femme, mais cette dernière est cependant plus souvent atteinte.

Pathogénie

William A. Meissner (9) déclare que cette complication apparaît chez des personnes touchées par une tuberculose pulmonaire récente aussi bien que chez d'anciens phtisiques. On ne peut jamais prévoir la tuberculose endobronchique. Le foyer parenchymateux primitif peut être petit ou grand, il n'est pas nécessairement une caverne. Nous savons toutefois que les lésions de la trachée et des grosses bronches sont plus fréquentes et généralement plus étendues chez le malade porteur de larges cavités pulmonaires.

Les auteurs semblent d'accord sur la pathogénie de l'infection tuberculeuse de la trachée et des bronches. Celle-ci atteindrait la muqueuse endoscopique par contiguïté, après avoir traversé le réseau lymphatique péribronchique et avoir envahi les glandes muqueuses situées dans les interstices musculaires des anneaux cartilagineux. Elle se propage par implantation, lorsqu'à l'occasion d'expectorations considérables, et par suite d'une stase prolongée dans les bronches, celles-ci neutralisent l'action protectrice des cils vibratiles, du mucus et du péristaltisme bronchique. Elle s'étend par continuité, lorsque les tissus s'infiltrent les uns après les autres (10) ; Silverman (11) insiste sur cette marche progressive et ascendante de l'infection. Après avoir touché les bronchioles, elle s'attaquerait aux bronches lobaires et plus tard seulement aux bronches souches et à la trachée. Il n'est pas rare pourtant de trouver une seule lésion et celle-ci dans les grosses bronches. La pathogénie de ces lésions uniques s'explique mieux alors par le premier processus, celui du passage de l'infection du réseau lymphatique aux glandes muqueuses intrabronchiques.

Symptomatologie

Il n'existe pas de signes pathognomoniques de l'atteinte tuberculeuse des voies respiratoires supérieures. Celle-ci doit être redoutée dès qu'un diagnostic du tuberculose pulmonaire est établi. Elle a déjà été constatée à l'occasion de l'extraction d'un corps étranger des bronches. Les services hospitaliers antituberculeux, où l'examen bronchoscopique est de règle à l'admission de chaque malade, témoignent aussi de l'absence de manifestations cliniques chez un grand nombre de porteurs de lésions endobronchiques. L'infection pulmonaire en masque tous les signes.

Lorsqu'ils existent, ils peuvent se manifester par une respiration courte, difficile au moindre effort. Le malade se plaint quelquefois d'oppression rétro-sternale. Sa respiration est sifflante et l'auscultation permettra de déceler des râles toujours au même endroit, tant au moment de l'inspiration que de l'expiration. Quelquefois le malade ne se plaint d'aucun malaise, mais des poussées thermiques intermittentes, sans relation avec l'activité de la lésion pulmonaire, feront penser à un syndrome de rétention ou d'obstruction bronchique. L'irrégularité quantitative et qualitative des expectorations, leur apparence, attireront aussi l'attention de ce côté. La persistance du bacille de Koch dans les crachats d'un malade chez qui tous les examens cliniques et radiographiques du poumon se sont montrés négatifs, permet de redouter une localisation bronchique. A un stage plus avancé, des paroxysmes de toux violente, de véritables attaques asthmatiformes, de l'atélectasie pulmonaire et de la cyanose constitueront un tableau presque certain de tuberculose trachéo-bronchique.

La bronchoscopie pourra poser le diagnostic de façon plus exacte dans ces cas, où il semble hasardeux d'affirmer la nature spécifique de

la lésion. Une scrupuleuse observation du malade et la répétition des examens endobronchiques permettront toujours de poser un diagnostic certain.

Les lésions trachéo-bronchiques apparaîtront au bronchoscope sous différents aspects. Nous pouvons les résumer en deux grandes classes, suivant qu'il s'agit de proliférations (tuberculomes, hyperplasies, fibrose) ou de pertes de substance (ulcérations et destruction de cartilage). C'est cette classification que nous avons adoptée à l'hôpital Laval, en tenant compte des précisions indiquées par Wilson (8).

1) Lésions sous-muqueuses.
2) Ulcères.
3) Forme hyperplasique:
   a) avec ulcère;
   b) sans ulcère;
   c) tuberculome;
   d) avec destruction du cartilage.
4) Sténose:
   a) avec ulcère;
   b) sans ulcère.
5) Ouverture d'un ganglion lymphatique dans la bronche.

Il arrive que des lésions de type différent coexistent. La forme ulcéro-granulomateuse est la plus souvent rencontrée.

Traitement

Le traitement de la tuberculose bronchique est sous la dépendance de l'amélioration de l'état général et du degré de contrôle des lésions parenchymateuses. La bronchite tuberculeuse primitive sans localisation pulmonaire reste généralement soumise aux mêmes règles: repos absolu au lit, dans un sanatorium, avec cure hygiéno-diététique appropriée.

L'amélioration du parenchyme pulmonaire donnera souvent, à elle seule, un excellent résultat sur la lésion bronchique, particulièrement lorsque le parenchyme est la source d'abondantes sécrétions qui créent à leur passage une irritation continue des bronches. Il arrive parfois que la cure des lésions bronchiques ne suit pas une courbe identique à celle du tissu pulmonaire. Conséquemment, il reste très difficile de déclarer un malade guéri de sa tuberculose pulmonaire s'il existe encore quelques ulcérations bacillaires des bronches.

En instituant le traitement il faut tenir compte de la durée et de l'étendue du processus morbide. Il est évident que le traitement d'une tuberculose trachéo-bronchique aura plus de chances de succès s'il est commencé à bonne heure. De là l'importance du diagnostic précoce de la tuberculose et de son dépistage bronchique.

Pour ce qui est du traitement local, il consiste surtout à aspirer les sécrétions avec l'aide du bronchoscope, à cautériser au nitrate d'argent à 30% et à appliquer des antibiotiques.

L'aspiration des sécrétions présente l'avantage de soulager considérablement le malade, de permettre une meilleure ventilation pulmonaire et de diminuer l'irritation et le danger d'implantation du bacille tuberculeux sur la muqueuse bronchique.

La cautérisation au nitrate d'argent à 30% doit être pratiquée toutes les deux semaines. Les attouchements seront faits avec minutie sur les granulations ou les ulcérations. Il faut éviter les cautérisations à l'aveugle parce qu'elles détruisent la muqueuse saine. Certains auteurs se sont élevés contre l'usage du nitrate d'argent, sous prétexte que ces cautérisations ne traitent que la couche superficielle de la lésion, ne peuvent atteindre le processus morbide dans les bronchioles, et favorisent à la longue la production de sténose bronchique (12 et 13). Il est aujourd'hui démontré que les attouchements par le nitrate d'argent ont un excellent effet. La destruction se limite à une mince couche cellulaire et la coagulation protoplasmique sous l'action du topique constitue une barrière à l'envahissement des tissus voisins. Wilson (8), dans un article récent, déclare que les attouchements au nitrate d'argent favorisent une guérison plus rapide, font disparaître les granulations et luttent contre l'infection secondaire. Il se fait une néoformation d'épithélium qui recouvre entièrement l'ulcère. Robert Davies (17) a pour sa part

établi un tableau comparatif entre malades traités et ceux non traités localement. 39% des patients traités au nitrate d'argent furent déclarés guéris après quelques mois contre 13% de décès. Chez les non-traités, il a enregistré 11% de guérison et 26% de décès. L'auteur conclut qu'il n'y a qu'une chance sur deux mille qu'une pareille différence dans les résultats soit attribuable au hasard.

Chez seize de nos malades, nous avons cautérisé au nitrate d'argent des lésions ulcéreuses ou hyperplasiques de l'arbre bronchique. Nous les avons revus dans la suite à des intervalles réguliers. Dans quatre cas, les lésions endo-bronchiques semblent tout à fait disparues. Nous ne pouvons les déclarer guéris parce que le début du traitement ne remonte qu'à sept mois et ces malades exigent une surveillance de deux ans. Six autres accusent une amélioration notable.

Quelques malades ont reçu en plus, tous les deux jours, entre leur bronchoscopie, une injection intratrachéale de 10,000 unités de pénicilline. Nous avons préconisé ces injections parce qu'il existe une symbiose microbienne dans l'arbre bronchique et les expectorations contiennent généralement, outre le bacille de Koch, une flore de cocci très sensible à la pénicilline. Nous sommes d'opinion que l'action locale de cet antibiotique au niveau de la trachée agit en synergie avec le nitrate d'argent. De plus, la solution de pénicilline fluidifie les sécrétions et en favorise considérablement l'expectoration.

La biopsie des granulations bronchiques n'est pas recommandable. Elle est susceptible de provoquer des ulcérations de guérison lente, ulcérations qui peuvent aller jusqu'à la perforation. La dilatation des sténoses bronchiques n'est pas davantage à conseiller. L'expérience a démontré qu'il est impossible d'obtenir des dilatations permanentes. Tout au plus peut-elle être pratiquée pour favoriser une aspiration endo-bronchique.

Quand aucune amélioration n'est constatée après quelques mois, et lorsque les lésions parenchymateuses le permettent, la chirurgie peut nous venir en aide. Il y aura parfois indication d'une lobectomie, d'une pneumectomie ou d'une thoracoplastie. Les traitements locaux endo-bronchiques pourront être continués par la suite, avec plus de chances de succès.

Les principales contre-indications d'une bronchoscopie chez un tuberculeux pulmonaire sont les suivantes:

1) la période terminale de la maladie;
2) une hémorragie pulmonaire récente;
3) une infection aiguë de l'arbre respiratoire;
4) une laryngite tuberculeuse.

On peut parfois supprimer cette dernière contre-indication en plaçant le malade dans de bonnes conditions. La laryngite tuberculeuse mérite d'être traitée. On assurera souvent la régression d'un œdème considérable du larynx si on place le malade dans une chambre aux fenêtres fermées, à une température de 75 degrés F., avec un jet de vapeur d'eau provenant d'un inhalateur placé à la tête du lit. Nous suggérons pour ces malades une alimentation surtout liquide, des expectorants sous la forme de sirop d'ipéca et des antispasmodiques, particulièrement de l'éphédrine, à raison de ¼ à ¾ de grain trois ou quatre fois par jour.

Généralement après cinq ou six jours de ce traitement, nous voyons disparaître presque complètement l'œdème laryngé, la dyspnée et la cyanose. Le malade se sent mieux et nous pouvons tenter avec succès, à ce moment, une bronchoscopie suivie, s'il y a lieu, d'un traitement local.

Nous avons voulu résumer dans cette communication la pathogénie, la symptomatologie et le traitement de la tuberculose trachéo-bronchique. Nous espérons pouvoir, dans un avenir rapproché, reprendre l'étude détaillée de ce problème. Qu'il nous suffise pour le moment:

1° de reconnaître que la tuberculose trachéo-bronchique est difficile à prévoir;
2° de distinguer ses voies de propagation;

3° de reconnaître la forme primitive ou secondaire des lésions;
4° d'identifier le type lésionnel;
5° de se souvenir des contre-indications.

BIBLIOGRAPHIE

1) C. JACKSON: *Bronchoscopy and Œsophagoscopy.* W. B. Saunders & Co., Philadelphie, 1927, p. 309.
2) M. C. MYERSON: *Amer. Rev. Tuberc.*, **21**: 201, 1929.
3) E. A. GRAHAM: *Surgical Diseases of the Chest.* Lea & Febiger, Philadelphie, 1935 p. 542.
4) P. P. VINSON et H. C. HABEIN: *Surg. Gyn. and Obst.*, **46**: 562, 1928.
5) C. SCHONWALD: *Amer. Rev. Tuberc.*, **18**: 425, 1928.
6) L. ELOESSER: *Amer. Rev. Tuberc.*, **30**: 123, 1934.
7) Wm. OPHUS: *Stanford Univ. Public Univ. Series. Med. Sci.*, **1**: 175, 1926.
8) Norman J. WILSON: « Bronchoscopy observations in Tuberculous Tracheobronchitis. Clinical and Pathological Correlation. » *Diseases of the Chest*, **11**: 36, 1945.
9) Wm. A. MEISSNER: « Surgical Pathology of endobronchical Tuberculosis. *Diseases of the Chest.*
10) H. S. REICHLE et T. T. FROSST: *Amer. J. Path.*, **10**: 651, 1934.
11) Gertrude SILVERMAN: « Tuberculosis of the traches and Major Bronchie. *Diseases of the Chest.*
12) L. H. CLERF: « Tuberculous traches bronchitis. » *Dis. of Chest*, **8**: 356, 1942.
13) J. D. KERNAN: « Treatment of tuberculosis of the traches and bronchi. » *Ann. Otol., Rhin. and Laryng.*, **47**: 306, 1938.
14) Robert DAVIES: « Treatment of Tuberculous tracheobronchitis. » *Ann. Rev. Tuberc.*, **48**: 94, 1943.

PÉRICARDITES TUBERCULEUSES AVEC ÉPANCHEMENT

J.-Napoléon TREMBLAY (Roberval).

Pendant les quelques minutes qui sont à ma disposition, je me propose de vous présenter trois cas de *péricardite tuberculeuse* qui ont été observés dans notre Sanatorium.

Je ne m'étendrai pas sur la description des péricardites, mais j'essaierai plutôt de faire ressortir les points indicateurs qui ont présidé au diagnostic, à l'évolution et au traitement.

* * *

Observation 1.

Dans un premier cas, il s'agit d'un enfant de 12 ans dirigé chez nous par le Département des Affaires indiennes. A son entrée, sa température était de 104 degrés, son pouls de 120, sa tension artérielle de 108/76, il toussait et avait des expectorations purulentes qui contenaient des B.K.; il se plaignait en plus de douleurs au creux épigastrique. A l'examen physique, rien ne fut observé, si ce n'est une augmentation de l'aire de matité cardiaque. Une première radiographie (Fig. 1) a été prise le 23 juillet 1945. C'est sur cette image que le docteur Michaud a posé un diagnostic de péricardite avec épanchement. Une seconde radiographie (Fig. 2), prise le 4 septembre 1945, nous indique une diminution de l'ombre cardiaque; une troisième nous fait voir une ombre cardiaque qui correspond à peu

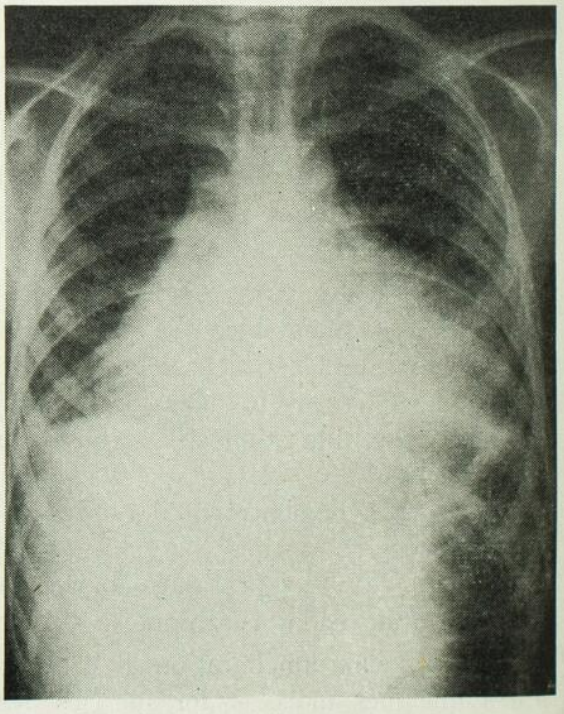


Fig. 1.

près à l'image précédente. Enfin une dernière radiographie prise en juin 1946 nous montre une ombre cardiaque sensiblement moins étendue, si on la compare avec la première.

Quelques jours après l'entrée du malade, sa température est tombée à la normale et rien de spécial ne s'est produit depuis. J'ai ausculté cet enfant dernièrement et tout ce que j'ai pu déceler est un assourdissement des bruits cardiaques. Le patient semble guéri de sa péricardite, mais il continue à être un tuberculeux actif.

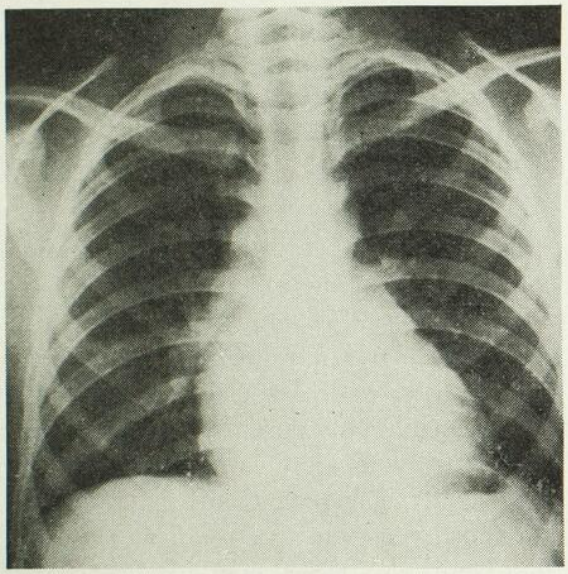


Fig. 2.

Observation 2.

Bill, Indien de 20 ans, est aussi dirigé chez nous par le Ministère des Affaires indiennes. L'histoire est impossible à faire étant donné que le patient ne parle ni le français ni l'anglais. Les seuls renseignements que nous possédons sont les suivants: hémoptysie en janvier 1944 et une douleur rétrosternale depuis le 18 juin 1944. Il entre dans le service des Indiens le 26 juin 1944. Sa température est de 101° F; son pouls de 120; sa sédimentation globulaire de 87 mm., après une heure. Sur la radiographie (Fig. 3), j'émets l'hypothèse de péricardite avec épanchement. On me demande alors de voir le malade et l'examen clinique confirme l'hypothèse émise. En effet, l'aire de matité cardiaque est légèrement augmentée; les bruits du cœur, qui sont rapides, sont assourdis quoique bien entendus; la pointe du cœur bat en-dessus de la ligne inférieure de matité; et surtout, on entend nettement des frottements péricardiques qui sont captés à la partie médiane de la base cardiaque, le malade étant en position demi-assise.

Nous nous proposons de suivre avec attention et intérêt l'évolution de la maladie, lorsque le patient, qui est Montagnais, décide. lui, d'aller évoluer ailleurs; et habitué qu'il est aux vastes horizons et à la belle nature, il

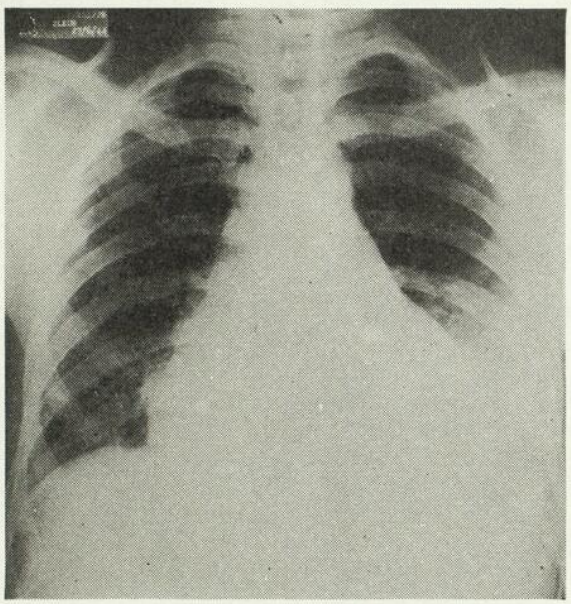


Fig. 3.

retourne à la Pointe-Bleue le 3 juillet 1944, préférant son wigam au confort moderne.

C'est le 8 novembre 1944 qu'il nous revient, incapable de se coucher horizontalement; la position demi-assise est la seule qui lui convient. Sa température est de 101° Far., son pouls de 120, sa respiration est très difficile et superficielle; il est anxieux et tendu; ses expectorations sont positives.

A l'examen physique on trouve une plus grande augmentation de l'aire de matité cardiaque; les bruits du cœur sont lointains; aucun frottement péricardique n'est entendu. La poitrine est remplie de sibilants et ronflants; son ventre est ballonné et il y a présence de liquide dans les flancs (Fig. 4).

En raison de sa grande dyspnée et d'un début de défaillance cardiaque, une ponction péricardique est décidée et faite le 10 novembre 1944. Je réussis à retirer 5 cc. de liquide citrin, ce qui nous permet de confirmer sans aucun doute la présence de liquide dans le péricarde. Malheureusement nous avons l'impression d'avoir pénétré dans une logette et, comme le malade ne comprend pas bien ce qu'on veut lui faire et qu'il ne coopère pas, nous décidons de remettre la partie à un autre jour. Mais la condition du malade ne nous permet pas d'intervenir de nouveau; et il décède emportant avec lui son liquide péricardique.

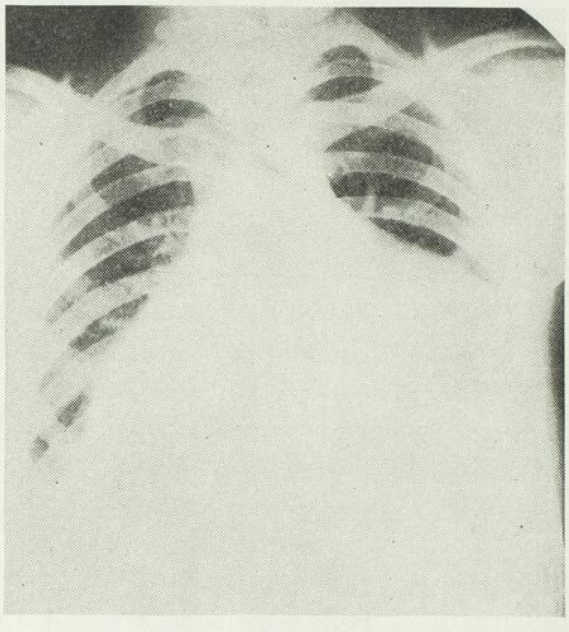


Fig. 4.

Observation 3.

M. A. P., 21 ans.

1. Antécédents familiaux: un frère tuberculeux dont il a partagé le lit pendant plusieurs années.

2. Antécédents personnels: appendicectomie à 12 ans.

3. Maladie actuelle: en juillet 1944 A. P. fait un abcès dans la fosse ischio-rectale, qui se termine par une fistule anale. Après cet épisode, ce qui prédomine chez notre malade, c'est la fatigue. Il se sent las au début, et devient vite épuisé, exténué; il se sent, selon son expression qui fait image, « comme l'individu qui se prépare à monter sur la table d'opération ». Il doit finalement discontinuer de travailler en janvier 1945. Il constate alors qu'il tousse fréquemment et qu'il a des expectorations purulentes. Vers le même temps la dyspnée fait son apparition ainsi qu'une légère douleur rétro-sternale. Ses amis lui font observer qu'il marche courbé, la face vers le sol. Il n'attache pas d'importance à cette observation; mais, un jour, il réalise qu'ils ont raison; l'inclinaison augmente de plus en plus. Il tente de se redresser, mais, malgré des efforts répétés, il n'y parvient pas. Quand nous l'avons vu pour la première fois, lors de son entrée au Sanatorium Saint-Michel, le 16 avril 1945, nous avons été surpris de constater combien il était courbé, la tête faisant avec la partie inférieure du tronc un angle de 90 degrés.

Sa température était de 101° Far., son pouls de 130 et il y avait présence de B.K. dans ses expectorations. A l'examen, nous avons observé une dyspnée très marquée, de la tachycardie, des bruits du cœur assourdis, et une augmentation considérable de l'aire de matité cardiaque. Nous avons alors émis l'hypothèse de péricardite avec épanchement. La radiographie que nous avons vue après cadrait avec l'hypothèse émise. Nous avons décidé de voir le patient en radioscopie, et nous avons eu alors l'avantage d'observer un signe décrit par L. Wallden en 1942 et reproduit en mars 1946 par l'*American Review of Tuberculosis*.

Ce signe consiste en un changement de l'ombre cardiaque pendant la respiration; le diamètre ortho-diaphragmatique diminue pendant l'inspiration et augmente avec l'expiration. Deux conditions sont nécessaires: il faut, d'abord, une quantité modérée de liquide dans le péricarde et, en second lieu, une mobilité suffisante du diaphragme. Dans le seul cas cité par Wallden, et d'après lequel il a décrit son signe, pendant l'inspiration le diamètre de l'ombre cardiaque était de 12.5 centimètres et de 15 centimètres pendant l'expiration, soit une différence de 2.5 centimètres.

Chez notre malade nous avons constaté le même phénomène; à tel point que nous nous

sommes demandé s'il s'agissait de battements cardiaques; mais nous avons vite réalisé que ces mouvements étaient synchrones aux mouvements respiratoires, le diamètre de l'ombre cardiaque diminuant avec l'inspiration, et augmentant avec l'expiration.

Considérant que notre malade se fatiguait beaucoup à cause de sa dyspnée et d'une toux quinteuse qui se répétait plusieurs fois par heure, associée à des signes de défaillance cardiaque, une première ponction fut proposée au patient à qui nous avons exposé parfaitement en quoi la manœuvre consistait, et les inconvénients que cela pouvait comporter; il s'est prêté de bonne grâce, dans l'espoir d'être soulagé. J'ai procédé par la méthode classique, en faisant pénétrer l'aiguille sous l'appendice xyphoïde après une anesthésie à la novocaïne. 375 c.c. de liquide citrin furent retirés; et dans l'échantillon envoyé au laboratoire, la technicienne a pu mettre en évidence la présence de bacilles de Koch. Ce qui démontrait de façon indiscutable que nous avions affaire à une péricardite tuberculeuse avec épanchement.

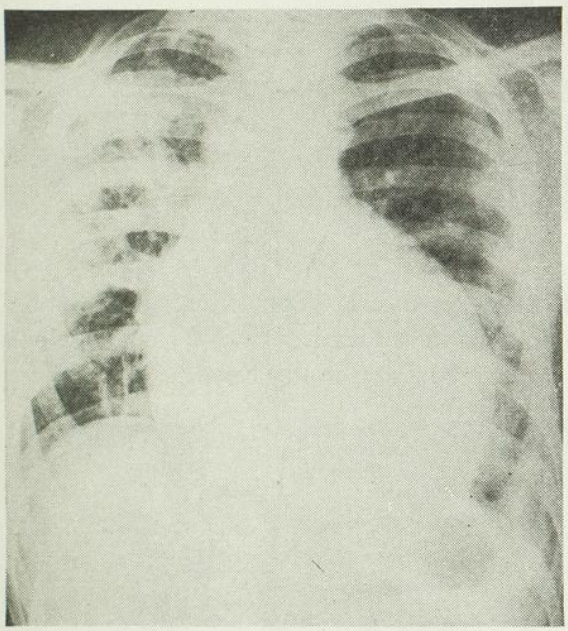


Fig. 5.

Après cette ponction, notre malade se sentait beaucoup mieux; il y eut surtout une diminution considérable de la dyspnée et de la toux pour une période de plusieurs jours. De plus, nous avons constaté que notre patient pouvait se redresser comme avant le début de sa péricardite, ce qui nous amène à croire que son inclinaison était en rapport avec la quantité relativement importante de liquide contenue dans son péricarde.

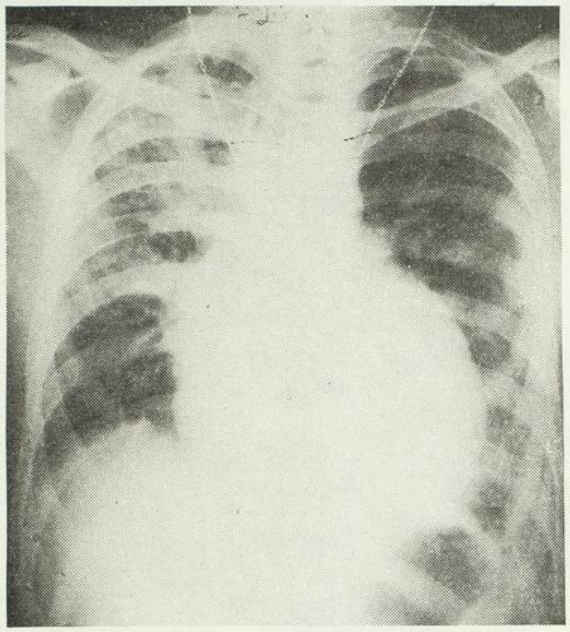


Fig. 6.

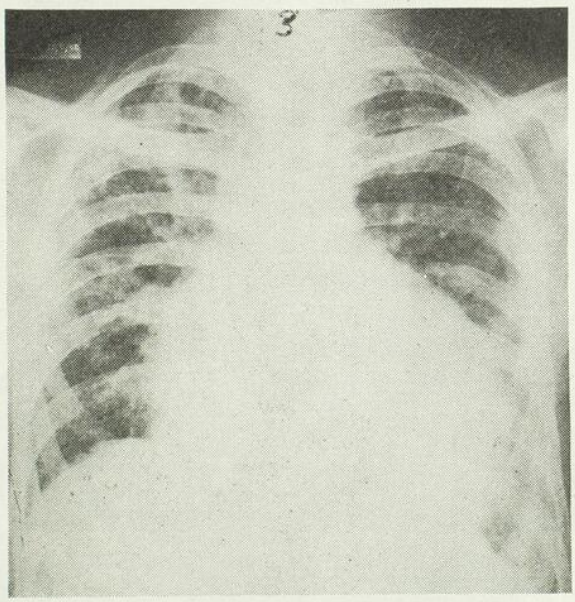


Fig. 7.

Sur la demande du malade lui-même, qui s'était senti soulagé après la ponction, trois

autres paracentèses péricardiques furent pratiquées.

Voici les films radiographiques qui ont été tirés avant et après chaque ponction. Vous

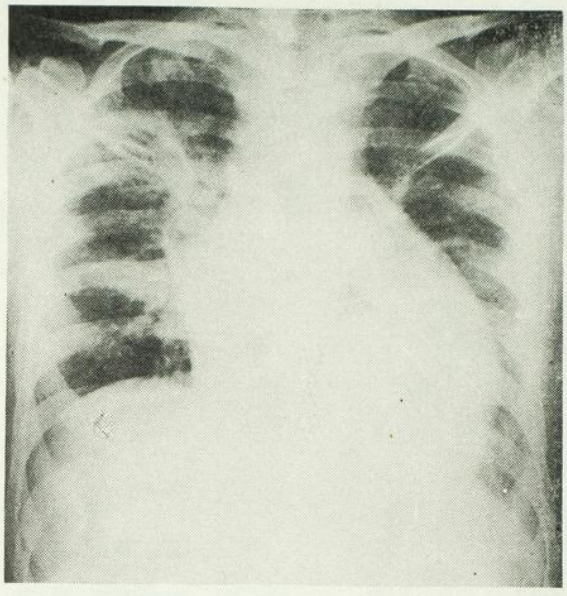


Fig. 8.

voudrez bien, au cours de la présentation des films, vous rendre compte de l'aggravation graduelle des lésions pulmonaires.

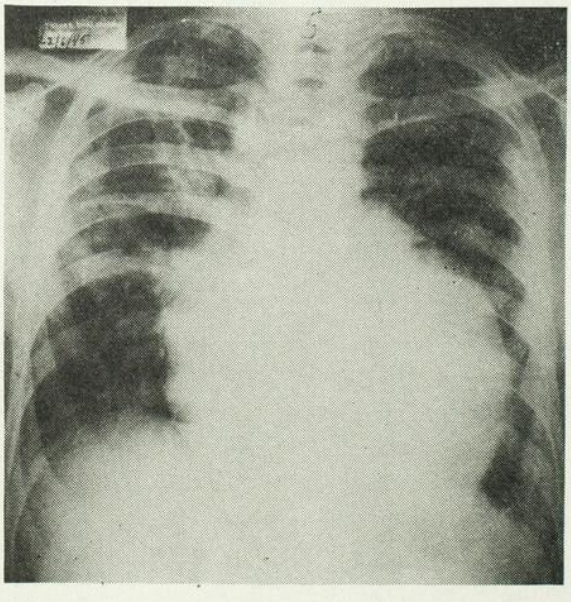


Fig. 9.

La première radiographie (Fig. 5), prise à l'entrée du patient, nous montre un élargissement de l'ombre cardiaque, qui, dans son diamètre horizontal le plus long, mesure 16.5 centimètres. La première ponction fut faite le 3 mai, et 375 centimètres cubes de liquide furent retirés.

Après la ponction, le diamètre est de 14.7 centimètres, soit une différence de 1.8 centi-

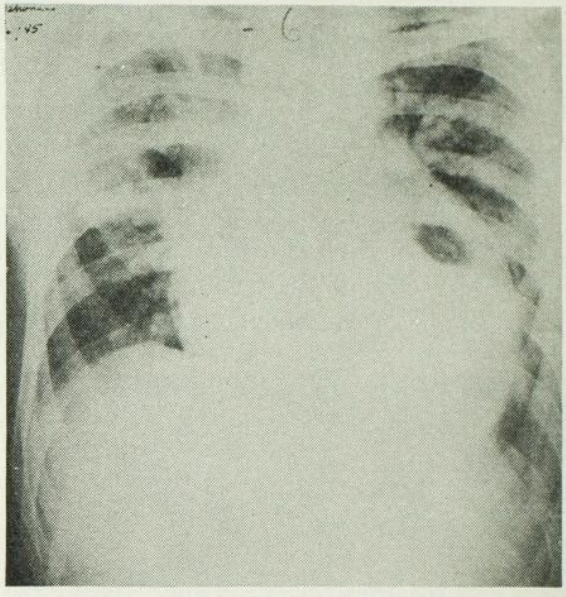


Fig. 10.

mètre; et comme il s'agit d'une masse sphérique, vous avez l'idée de la différence que cela peut faire dans le thorax (Fig. 6).

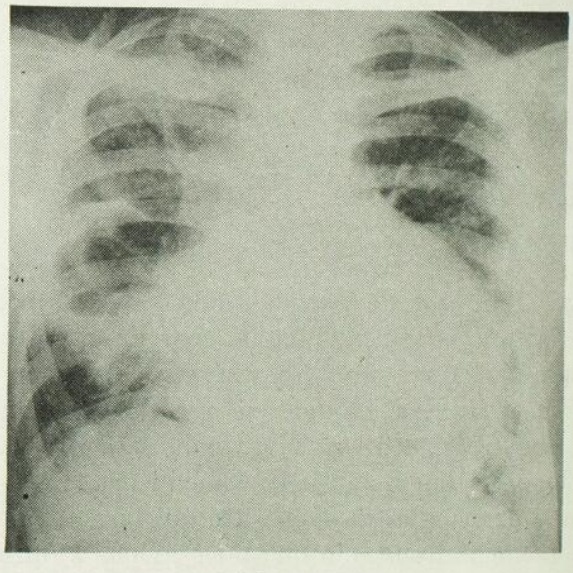


Fig. 11.

Voici une troisième radiographie (Fig. 7) prise le 15 mai 45. Le diamètre de l'ombre cardiaque mesure 16.7 centimètres. Après avoir retiré 425 c.c., le diamètre tombe à 15 cms.

Ici la radiographie (Fig. 8) de contrôle a été prise dans une orientation différente, ce qui rend la comparaison moins juste.

Une cinquième radiographie (Fig. 9) est prise le 22 juin. Le diamètre de l'ombre cardiaque mesure 16.5 centimètres; et après avoir retiré 340 c.c. de liquide, j'insuffle 50 c.c. d'air dans le péricarde, ce qui donne l'image suivante (Fig. 10), le diamètre restant à 16 centimètres à cause de l'air insufflé qui tend les parois péricardiques.

Une septième radiographie (Fig. 11), prise le 2 septembre, nous fait voir un diamètre de 16.5 centimètres. Après une quatrième ponction, où je retire 575 c.c. de liquide louche,

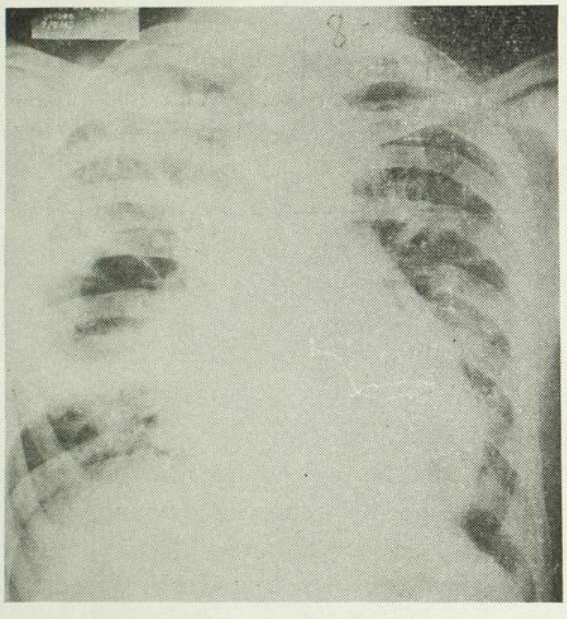


Fig. 12.

une dernière radiographie (Fig. 12) nous indique que le diamètre de l'ombre cardiaque est de 14 centimètres seulement, soit une diminution de 2.5 centimètres.

Dans ce cas-ci, il est à noter que, malgré des examens répétés avant et après les ponctions, il nous a été impossible de capter des frottements péricardiques. Notre malade décédait le 4 octobre 1945, soit près de six mois après son entrée.

* * *

Si j'ai négligé le côté pulmonaire et l'état général des patients dans ces présentations, c'est que je ne veux pas allonger cet exposé.

Conclusion

Chez l'enfant la péricardite a évolué de façon favorable sans incommoder sensiblement le patient. Dans ce cas, il n'y a pas eu de ponction, mais tout porte à croire qu'il s'agit bien d'une péricardite tuberculeuse avec épanchement.

Dans les trois cas, des bacilles tuberculeux furent mis en évidence par le laboratoire, dans les expectorations; dans deux cas, des ponctions péricardiques furent faites, ce qui confirme sans aucun doute la présence de liquide dans le péricarde; dans un cas, la présence de bacilles de Koch fut signalée dans le liquide retiré par ponction et ce, à trois reprises différentes. Dans un cas, nous avons constaté la variation du diamètre de l'ombre cardiaque pendant l'inspiration et l'expiration.

Dans un cas, le dernier présenté, nous avons pratiqué quatre ponctions évacuatrices, et retiré une quantité totale supérieure à 1,700 centimètres cubes de liquide péricardique, ce qui, nous le croyons du moins, a aidé notre malade et a prolongé sa vie de quelques mois.

J'ai pensé que ces présentations pourraient intéresser vu que ce sont les seules observations étiquetées péricardites tuberculeuses avec épanchement chez les 2,000 patients qui sont passés par notre Sanatorium. Je fais abstraction des cas où une quantité minime de liquide fut observée dans le péricarde, soit sur la radiographie ou à l'autopsie.

Il semble bien que nous ne sommes pas les seuls à rencontrer rarement des péricardites tuberculeuses, puisque dans un article intéressant, publié dans le *Laval Médical* d'octobre 1943, le docteur Desmeules déclarait: « Pendant quinze années de travail dans notre hôpital-sanatorium (l'hôpital Laval) les médecins de cette maison n'ont observé que deux cas de péricardite tuberculeuse. »

Je n'ai pas l'illusion de vous avoir appris des choses nouvelles, ni d'avoir contribué à votre avancement scientifique. Je me suis efforcé simplement de vous présenter un travail pratique sur des cas que, tous, nous avons l'occasion de rencontrer de temps à autre au cours de notre travail sanatorial.

UROLOGIE

LES MALFORMATIONS CONGÉNITALES DE L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE

Auguste HEBERT,
Chargé du service d'Urologie, hôpital Saint-Luc (Montréal).

Dans un travail aussi restreint, il m'est nécessairement impossible de m'étendre longuement sur chacune des malformations congénitales de l'appareil urinaire. Je ne ferai donc qu'énumérer quelques-unes pour m'attarder un peu plus sur celles rencontrées plus couramment dans la spécialité et par conséquent plus susceptibles d'intéresser le médecin praticien.

Si nous commençons par le rein, nous rencontrons des anomalies de forme, de nombre, de position, de structure, et enfin les anomalies dites vasculaires. Il peut y avoir absence complète de rein, ce qui en fait un enfant non viable; mais, généralement, l'absence d'un rein, à condition que le rein opposé soit en santé, est compatible avec une existence normale. Et à moins que l'autre rein ne devienne malade, le patient ne se doutera pas de cette anomalie. Seulement, dans le cas d'un rein unique, il y a généralement hypertrophie de ce rein, ce qui peut prédisposer un malade à certains accidents graves. Ainsi, j'ai rencontré à New-York un cas de traumatisme rénal où l'urgence de l'opération ne permettait même pas une exploration au préalable. Le rein était rupturé complètement au hile et le patient se saignait à blanc. Donc néphrectomie d'urgence, mais au bout de deux ou trois jours, comme l'état du patient allait s'aggravant et qu'au cathétérisme vésical, nous n'avons pu trouver une goutte d'urine, nous avons décidé d'aller faire la décapsulation du rein opposé, mais à notre grande surprise nous n'avons trouvé qu'un petit rein de la grosseur d'une fève avec un uretère assez normalement constitué. Issue donc fatale à la suite d'un traumatisme sur un rein unique.

D'un autre côté, nous pouvons trouver un rein surnuméraire, ce qui est une des anomalies les plus rares. Mais ce que nous trouvons habituellement, ce sont les reins fusionnés avec deux uretères et deux bassinets, les deux uretères s'ouvrant dans la vessie ou bien se fusionnant dans leurs parties descendantes.

Dans les anomalies de forme, nous avons les reins en fer à cheval ainsi appelés parce qu'ils sont réunis soit par le pôle supérieur, soit par le pôle inférieur, généralement en avant de l'aorte et de la veine cave. C'est l'anomalie la plus fréquente. Le rein en fer à cheval peut ne pas donner de symptômes à moins qu'un des reins ne devienne malade, mais la position anormale du rein en fer à cheval peut amener le patient à consulter pour certains troubles: c'est la pyélographie qui nous fera faire le diagnostic en dernier ressort.

Il y a aussi le rein en gâteau qui a une forme annulaire, mais il peut y avoir aussi différentes autres formes de fusions, soit entre le pôle supérieur d'un rein et le pôle inférieur de l'autre.

Dans les anomalies de position, il faut mentionner le rein ectopique qu'il ne faut pas confondre avec un rein ptosé. Dans le rein ectopique généralement retrouvé dans le bassin soit d'un côté ou de l'autre, l'uretère est beaucoup plus court et les attaches peuvent être plus basses. Le rein ectopié est générale-

1. Série de communications au XVIIIe Congrès de l'A.M.L.F.C., Québec, juin 1946.

ment petit et de forme irrégulière. Il peut être aussi situé du côté du rein sain avec un croisement de l'uretère. Dans le cas d'un rein ptosé, les attaches sont normales mais allongées.

Dans les anomalies de structure, nous pouvons mentionner les reins polykystiques. Dans ces cas les reins sont très hypertrophiés et, à la pyélographie, nous voyons une élongation anormale des calices et souvent une irrégularité dans le contour rénal. La plupart du temps, nous trouvons les reins polykystiques des deux côtés. Le premier symptôme est généralement une douleur sourde qui a une tendance à s'aggraver à mesure que le poids des kystes augmente. Souvent il y a présence d'hématurie.

Dans un rein polykystique on peut avoir toutes les autres maladies ordinaires du rein telles que calculs, tuberculose, hydronéphrose, etc..., mais le rein polykystique presque toujours bilatéral empêche toute intervention chirurgicale. On peut toujours enlever les kystes de la surface ou les ponctionner pour amoindrir la douleur. Mais une néphrectomie, à moins que le rein polykystique ne soit que d'un côté, sera le plus souvent mortelle.

Il y a aussi des anomalies de vaisseau; ces vaisseaux surnuméraires qui peuvent être au pôle inférieur ou supérieur sont en réalité des artères rénales qui se divisent en sortant de l'aorte ou qui même proviennent directement de l'aorte. Certaines de ces artères aberrantes peuvent donner un peu de trouble au moment d'une néphrectomie. Mais ceci est secondaire comparé à ce que peut donner une artère surnuméraire venant comprimer l'uretère à la jonction du bassinet. Et j'en profite pour vous montrer une pyélographie prise il y a à peine un mois chez une jeune fille de vingt ans qui fait des troubles abdominaux depuis l'âge de trois ans à intervalles plus ou moins rapprochés. Les crises de coliques néphrétiques étaient accompagnées de vomissements, de céphalée, et quelquefois de pollakiurie. Elle avait été traitée pour tout, excepté pour son rein. Ce n'est que tout récemment à son entrée dans notre service d'urologie que nous décidons de faire une pyélographie. Elle va illustrer mieux que les mots les dommages causés par une simple artère anormale.

Maintenant que nous avons vu ensemble les différentes malformations propres aux reins, nous allons passer brièvement en revue les anomalies de l'uretère. D'ailleurs beaucoup d'anomalies rénales s'accompagnent d'anomalie de l'uretère. Ainsi nous rencontrons souvent un uretère double, soit d'un côté, soit des deux côtés. C'est une des anomalies les plus fréquentes de l'arbre urinaire. Mais, comme nous l'avons déjà mentionné, les uretères doubles appartiennent à deux bassinets, mais il arrive assez rarement cependant que deux uretères appartiennent à un seul et même bassinet. Les deux uretères cheminent parallèlement et peuvent s'aboucher en un seul n'importe où, à partir du bassinet, et même être complètement séparés pour se croiser à la région pelvienne et donner naissance à deux orifices urétéraux dans la vessie. La pyélographie est souvent le seul moyen de diagnostic surtout si les deux orifices n'apparaissent pas dans la vessie.

Les anomalies de position de l'uretère vont encore de pair avec les anomalies de position rencontrées dans les reins. Mais nous avons des rétrécissements de l'uretère qui peuvent être congénitaux; dans ces cas il est souvent difficile de trouver la cause de ces dits rétrécissements. Ils peuvent être attribuables à des vaisseaux surnuméraires ou encore à certaines valves qui se sont formées à une partie ou à une autre de l'uretère et que nous rencontrons surtout lorsqu'il y a déjà malformation rénale. Ces valves et ces rétrécissements peuvent être la cause d'hydronéphrose, etc.

L'uretère normal se termine dans la vessie, mais il y a des cas rapportés dans la littérature où l'uretère se termine dans la vésicule séminale. Desmas en rapporte quatre cas, Schwartz en rapporte six. Il y en a d'autres qui aboutissent directement dans l'urètre prostatique près du vérumontanum chez

l'homme. Mais, chez la femme, l'uretère peut s'ouvrir dans l'urètre, entre le méat et le col de la vessie, ou encore directement dans le vagin, ce qui donne naissance à de l'incontinence.

Arrivés aux malformations de la vessie, nous voyons qu'une des plus rares anomalies est l'absence de vessie. Quelques cas seulement sont rapportés où les orifices urétéraux s'ouvrent directement dans l'urètre. Mais, encore là, d'autres anomalies étaient rencontrées chez ces mêmes patients.

Les vieux auteurs ont souvent décrit les vessies doubles, mais plus récemment on s'accorde plutôt à dire que ces vessies doubles étaient des diverticules de la vessie que nous rencontrons si souvent en pratique. Aussi, en parlant de diverticules, il peut s'en rencontrer de franchement congénitaux, mais les autres qui sont acquis à la suite de rétention prolongée ne nous intéressent qu'en autant que la muqueuse vésicale était peut-être déficiente à la naissance.

En tout ce qui a rapport à la vessie, c'est bien l'exstrophie de la vessie qui peut surprendre le plus le médecin praticien. C'est une malformation qui se rencontre très rarement heureusement. En quinze ans de pratique urologique j'ai eu la chance d'en voir deux cas. Certains urologues n'en ont pas vu dans toute une vie. Chez ces petits malades infortunés, la partie antérieure de la vessie et une partie du mur abdominal manquent complètement; alors nous apercevons en-dessous de l'ombilic ce qui est en réalité le fond, je dirais le dedans de la vessie plus ou moins extériorisée. La surface peut être lisse, mais elle est souvent rugueuse ou même ulcérée, d'un rouge sombre et suintant l'urine par le bas. Le tout est accompagné d'un pénis très petit avec épispadias; les os du pubis sont écartés, le scrotum est plus petit. Chez les petites filles, il y a aussi un épispadias et les lèvres sont très écartées. C'est une des pires malformations congénitales parce qu'elle est une des plus pénibles à supporter. Souvent l'opération n'est pas praticable ou, si elle l'est, elle n'est pas souvent satisfaisante, les patients meurent de septicémie ou encore font de l'incontinence le reste de leur vie.

Nous passons maintenant à l'urètre. Quelques cas seulement sont rapportés d'absence totale d'urètre. Mais on peut rencontrer des urètres doubles où souvent ce ne sont que de simples fistules. On peut aussi rencontrer un urètre double avec un double pénis, ce qui est très rare. Une des formes de malformation de l'urètre assez fréquente est celle de la valve qui se forme près du col vésical, dans l'urètre prostatique, ou à n'importe quelle portion de l'urètre. Aujourd'hui, avec l'appareil à résection transurétrale, il est très facile de réséquer ces valves ou ces hypertrophies congénitales du col.

Nous avons encore l'hypospadias, rencontré assez fréquemment, et où l'orifice urétral s'ouvre à la partie ventrale de la verge. Cette ouverture anormale peut être située à n'importe quelle distance du gland et demande une opération plastique, car elle est très incommode pour le patient à plus forte raison si elle est située près du périnée.

L'épispadias, au contraire, s'ouvre à la partie dorsale de la verge. Comme nous l'avons vu précédemment dans les cas d'exstrophie de la vessie, nous avons toujours présence d'épispadias. L'épispadias est beaucoup plus rare que l'hypospadias, mais il est souvent accompagné d'incontinence d'urine due à une anomalie du sphincter.

Nous en venons maintenant aux testicules. Ce qui nous intéresse surtout, c'est l'ectopie testiculaire, car il n'y a que quelques cas de rapportés où il y avait absence complète de testicules d'un côté: ce qu'il ne faut pas confondre avec l'ectopie ou un arrêt dans la descente des testicules.

Souvent, à l'examen de l'enfant, on constate l'absence d'un ou des deux testicules dans le scrotum. Parfois on pourra les palper dans l'aine, près de l'anneau interne ou externe, mais souvent il n'y en a pas trace; c'est que

les testicules n'ont pas accompli leur descente normale et sont restés dans la cavité abdominale. Il ne faut pas trop s'alarmer de cette condition anormale quand l'enfant est très jeune, mais, lorsqu'il arrive à l'âge de la puberté, nous constatons souvent des signes manifestes d'adipose génitale. L'enfant ne progresse pas au point de vue intellectuel, il est trop gras pour son âge, il reste petit, il a un pénis infantile, etc..., mais aujourd'hui, avec les traitements glandulaires, nous avons fait un progrès immense et souvent nous n'avons pas à intervenir chirurgicalement si le traitement est institué à temps.

Permettez-moi de vous citer le cas d'un enfant de onze ans traité en octobre 1945 pendant trois mois avec des injections de pérandren trois fois par semaine. A son arrivée à l'hôpital, il présentait tous les symptômes d'un adiposo-génital très gros, court, peu éveillé et avec un pénis infantile. Aucune trace des testicules ni dans le scrotum ni dans les aines. A la fin du traitement l'enfant était plus éveillé intellectuellement, ses testicules étaient palpables à certains moments, mais étaient de la grosseur d'un pois seulement. Nous renvoyons l'enfant dans sa famille et il nous revient en mai 1946. Il n'était plus reconnaissable, il était grand, élancé, très éveillé, il avait un pénis qui aurait fait honte à plusieurs adultes et enfin deux testicules très gros un peu en haut de la jonction inguino-scrotale. Nous avons décidé une intervention pour faciliter la descente de ces testicules au bas du scrotum, car ils étaient réellement trop gros pour finir le voyage seuls. Pour les maintenir en place dans le scrotum, nous avons pratiqué l'opération de Thorek modifiée, c'est-à-dire qu'au lieu d'attacher le testicule directement au fascia de la cuisse pour faire une traction, nous employons un fil de lin qui relie le testicule à la cuisse et est fixé par un diachylon; ainsi nous pouvons varier la traction à volonté.

Je crois que cette étude rapide des différentes malformations de l'appareil urinaire ne serait pas complète si, avant de terminer, je ne disais pas quelques mots sur l'hermaphrodisme. L'hermaphrodisme, comme vous le savez tous, est une malformation où à première vue, à l'examen du patient, nous ne pouvons dire de quel sexe il est. Il peut y avoir différentes formes d'hermaphrodisme ou de pseudo-hermaphrodisme, mais il n'y a jamais les deux sexes au complet, il y en a toujours un de plus accentué que l'autre. Ainsi quelques-uns auront un semblant de pénis avec un vagin assez bien constitué; d'un côté un testicule et de l'autre un ovaire, etc... Il y a plusieurs cas de rapportés dans la littérature et parfois ces cas peuvent être la source de problèmes légaux d'importance et souvent le seul moyen de trancher la question dans certains cas, pour savoir à quel sexe ils appartiennent réellement, est de faire une laparotomie pour s'enquérir s'il existe des ovaires et un utérus ou bien si ce sont les glandes mâles qui prédominent.

Quelques-uns de ces cas ont l'apparence physique d'un mâle avec les organes féminins, un clitoris hypertrophié, etc... Dans d'autres cas, c'est vice versa.

Enfin, pour terminer, j'ai eu l'occasion de voir un cas qui avait un pénis assez développé et un vagin de quatre pouces de profondeur, pas de traces de scrotum ou de testicules en dehors. Et, si l'on se fie à ses dires, il pouvait avoir des rapports sexuels avec l'un ou l'autre sexe. Je vous laisse le soin de tirer vos conclusions.

TRAITEMENT DE L'HYPERTROPHIE BÉNIGNE DE LA PROSTATE

Roland CAUCHON (Québec).

L'expérience de nos prédécesseurs a démontré indubitablement que l'hypertrophie bénigne de la prostate relève du traitement chirurgical si on veut une guérison complète et définitive. Tous les moyens physiques ou chimiques ont dû forcément céder la place à la thérapeutique chirurgicale. Il resterait encore en ligne de compte la radiothérapie et le traitement hormonal, dont les adeptes sont peu nombreux et dont les succès sont relatifs à la qualité de l'hypertrophie. Je veux dire par là que l'hyperplasie simple de la glande répondra assez bien à ce genre de traitement tandis que la forme scléreuse n'accusera que peu ou pas de diminution. L'hormonothérapie, qui a de plus en plus tendance à se diriger vers les substances œstrogéniques, n'est pas sans inconvénient par l'augmentation de volume des glandes mammaires et les douleurs qui y sont provoquées et aussi par les troubles digestifs fréquents que les malades accusent.

Nous avons depuis longtemps reconnu qu'il faut de plus en plus se tourner vers la chirurgie pour un traitement complet et radical. Trois méthodes opératoires se sont partagé jusqu'à aujourd'hui les honneurs de la prostatectomie. Ce sont, par ordre chronologique, la technique sus-pubienne de Freyer modifiée de plusieurs façons depuis sa naissance, la technique périnéale de Young et la technique transurétrale inventée par Mercier et Bottini, modifiée par Young, McCarthy, Braasch, Thomson, Nesbit et autres.

Qu'il me soit permis, avant d'aller plus loin, de dire que ces trois méthodes ont suffisamment fait leurs preuves pour affirmer qu'elles sont toutes trois très bonnes mais que leur valeur réelle ne réside que dans la main du chirurgien qui les utilise en sachant mettre à profit son habileté mise au service de son expérience dans le choix particulier de la méthode opératoire.

La phrase de Stratte est tellement juste que je m'en voudrais de ne pas la rappeler: « La discussion entre les urologues à savoir quelle procédure est la seule et unique porte le praticien qui est forcé de se servir des trois méthodes dans le cours d'une année à trouver que leur enthousiasme a troublé leur jugement. » Admettant donc que ces trois techniques opératoires sont bonnes; nous allons les étudier non pas de la manière habituelle, mais en examinant de près les complications dont chacune peut être l'origine, le pourcentage admis de mortalité de chacune, et nous tirerons nos conclusions.

Commençons donc par la plus ancienne, la prostatectomie sus-pubienne. Il a été pendant longtemps d'usage, et il l'est encore en maints endroits, de procéder d'abord à une cystotomie de dérivation comme premier temps opératoire. Deux raisons militent en faveur de cette procédure: un taux d'urée sanguine souvent au-dessus de la normale et une fréquence non moins grande de l'infection vésicale chez les vieillards, qui attendent, dans une forte proportion, d'avoir un résidu post-mictionnel important avant de consulter.

La gravité de cette première intervention n'est pas nulle puisqu'on la redoute parfois plus que le deuxième temps.

En effet, nous savons tous les poussées d'azotémie imprévues qui se développent chez ces malades dans les 24 à 48 heures suivant l'ouverture simple de la vessie, poussées si difficiles à faire céder par l'apport de sérums salés et glucosés, et d'alcalins. Une fois cette période dangereuse passée, le malade est orienté, dans un laps de temps qui varie de une à deux semaines, vers le second temps opératoire, pendant et après lequel il sera susceptible de développer les complications suivantes: hémorragies immédiates, choc, infection, hémor-

ragies tardives, rétrécissements du col et récidives.

Il faut dire qu'avec les soins préopératoires et les techniques actuelles, les hémorragies immédiates sont rarement mortelles; elles n'en sont pas moins sérieuses.

Combien de malades demandent une surveillance de tout instant au cours des premières 24 heures suivant la prostatectomie, exigeant des lavages ou des instillations continues.

La transfusion sanguine s'avère parfois d'absolue nécessité. Le choc opératoire chez des vieillards le plus souvent septuagénaires, porteurs de troubles cardio-vasculaires, à système nerveux irrité et irritable par une sclérose cérébrale sénile, peut être redoutable; stimulants, injections de plasma et de sérums artificiels ne réussiront pas toujours à le combattre victorieusement.

Nous avons tous connu de ces malades, qui devenant infectés à la suite d'une prostatectomie sus-pubienne, ont fait le désespoir de services d'urologie par la longueur de leur séjour hospitalier.

La plaie de cystotomie ne voit plus le jour de se fermer, les urines restent chargées, on dirait qu'un cercle vicieux s'établit chez eux, ils deviennent anémiques et dans un état d'apathie voisin de la torpeur, conséquence, disons-nous, de l'état d'infection qui elle-même retarde la guérison de la plaie et la clarification des urines et tient les opérés en langueur.

Les états d'orchiépididymite aiguë ne sont pas rares non plus, malgré que la tendance de plus en plus universelle à faire la vasectomie préventive ait réussi à combattre ce fléau. Quant aux hémorragies tardives, on les rencontre le jour ou on enlève les mèches-tampon ou le ballon hémostatique: elles sont rarement mortelles, mais facilitent l'infection et retardent la guérison. Je ne soulignerai qu'en passant les infections pulmonaires graves compliquant la prostatectomie.

Une période de bien-être et de rajeunissement sera retrouvée par le prostatectomisé quand il sera suffisamment rétabli pour quitter l'hôpital. Deux complications peuvent encore le guetter: il peut arriver qu'il commence à se plaindre de dysurie et de diminution du jet d'urine, un peu comme avant son opération; ceci peut survenir de trois mois à cinq ans après son intervention. Une cysto-urétroscopie montrera ou bien qu'il est porteur d'un rétrécissement ou d'une contracture du col ou bien d'une récidive de son hypertrophie prostatique: le premier survenant habituellement quand la prostatectomie s'est faite difficilement et que la plaie est restée irrégulière avec des languettes de tissus déchirés à même la muqueuse et les muscles, surtout au niveau du trigone; la seconde laissant supposer que l'opération a été incomplète, qu'un petit adénome est resté écarté, inaperçu.

Il serait probablement superflu d'ajouter qu'il faut s'attendre, du côté sexuel, à voir les opérés se plaindre, dans la majorité des cas, qu'ils n'ont plus d'éjaculation, celle-ci se faisant dans la vessie.

* * *

La prostatectomie périnéale n'a jamais joui d'une popularité aussi grande que la méthode de Freyer. Il faut avouer que cette technique est plus difficile que la première, mais il faut aussi reconnaître que dans des mains expertes elle a donné à certains chirurgiens des résultats absolument remarquables. Young, son inventeur, a déjà opéré près de deux cents malades consécutifs sans mortalité.

Des urologistes habiles ont repris cette technique, l'ont modifiée et ont réussi à avoir de magnifiques succès. Il faut dire cependant que cette opération n'a jamais été rendue populaire comme les deux autres probablement par les difficultés techniques qu'elle présente mais aussi par les complications auxquelles elle préside en certains cas.

Le choc opératoire est grand chez quelques opérés et nécessite parfois une thérapeutique des plus vigilantes. L'infection est fréquente, peut être de longue durée et prolonge le séjour hospitalier.

Deux complications ont cependant pris le pas sur les autres, de ces complications qui font qu'un opéré nous semble un accusateur pendant des années, chaque fois qu'on le rencontre: je veux dire l'incontinence et la fistule urétrale ou urétro-rectale.

L'incontinence, de toutes les complications qui peuvent survenir après une prostatectomie, est certainement la plus pénible en regard du chirurgien, pire que la mort du malade, car un décès sera la plupart du temps vite oublié, mais jamais un opéré incontinent ne pardonnera au chirurgien de l'avoir rendu définitivement infirme; lui seul sait d'ailleurs mesurer la profondeur du désastre. Cette triste éventualité peut survenir dans 5 à 9% des cas.

Les fistules urétrales ne sont pas dues à des défauts techniques, mais sont quand même assez fréquentes: 2 à 5%. Par bonheur, elles peuvent être fermées dans un temps ultérieur et guérir parfaitement.

On ne peut en dire autant des fistules urétro-rectales. Même en admettant les difficultés opératoires, si on procède avec soin, la dissection des plans anatomiques doit se faire aisément. Il ne saurait y avoir de nécrose de la paroi rectale. S'il se produit une fistule, il faut s'en prendre à une technique opératoire défectueuse.

Enfin, l'impuissance sexuelle est fréquente après une périnéale. Même si on comprend qu'il doit en être ainsi après une opération de cette sorte, on aura le verbe amer quand on mentionnera le nom du chirurgien qui a présidé à l'intervention.

* * *

Nous en arrivons maintenant à parler de la résection transurétrale. Née péniblement des efforts soutenus d'urologistes inventeurs et intelligents, elle eut des hausses et des baisses dues à l'imperfection des instruments et des machines génératrices de courant jusqu'à ce que T. M. Davis, ayant modifié l'appareil de Stern, eut rapporté des résultats éclatants.

Aujourd'hui, quinze ans plus tard, au moyen d'appareils de plus en plus perfectionnés, nous pouvons affirmer sans crainte que cette méthode est la plus vulgarisée dans les cliniques urologiques. Empressons-nous de dire que, de toutes, c'est la plus difficile, la plus dépendante de la qualité de l'opérateur et aussi, la plus mal interprétée.

A cause de sa grande popularité et d'une réclame à haute pression, le nombre des « résectoscopistes » est très grand, plus grand que le nombre de ceux qui peuvent opérer complètement et proprement. Aussi, les complications de la résection sont-elles nombreuses. En tout premier lieu, l'opération incomplète. Dans les techniques précédentes, on mentionnait comme rare la récidive. La fréquence de celle-ci avec la transurétrale est grande, due au fait qu'une bonne partie des chirurgiens se contentent de faire un canal à même le lobe médian et un peu des lobes latéraux, laissant une grande portion de ceux-ci intacte. Le résultat immédiat n'est pas mauvais, mais quelques années plus tard l'adénome a repris sa place et ses droits, et l'on se trouve en face d'un malade désemparé et incompréhensif.

La faute n'est pas imputable à la technique mais à l'opérateur. L'urologue qui fait des résections doit s'attendre à rencontrer fréquemment l'ennemi no 1, l'hémorragie. Elle est évidemment dépendante la plupart du temps de la grosseur de la prostate, mais il peut aussi se faire que même dans un cas facile on soit en butte à des hémorragies massives. Car, il suffit d'une prise faite un peu trop profondément, dépassant légèrement la capsule chirurgicale au point où les artères prostatiques principales siègent, pour être immédiatement en face d'une situation excessivement sérieuse. La rétraction spontanée de l'artère empêche l'électrode de l'atteindre et un excès de coagulation à cet endroit peut augmenter les difficultés. La grosseur du jet artériel dans d'autres cas peut être telle qu'il obstrue complètement la vision. Il faut une grande expérience et se servir de trucs habiles pour arriver à coaguler le vaisseau qui saigne. De tels malades peuvent perdre en quelques

heures d'énormes quantités de sang et mourir rapidement d'anémie aiguë.

Même si on a réussi à coaguler les vaisseaux principaux, il persiste toujours pendant un ou deux jours après l'opération un suintement assez important pour donner des caillots dans la vessie et bloquer la sonde. C'est à ce moment que la surveillance d'un infirmier intelligent est nécessaire pour aspirer les caillots et faire des lavages fréquents.

Il faut dire malgré tout qu'avec l'amélioration des soins postopératoires, l'adjonction de transfusions et surtout l'emploi dans la loge prostatique de substances coagulantes, l'éventualité fatale est beaucoup moins inquiétante qu'autrefois. L'hémorragie secondaire une à trois semaines après l'intervention est plutôt rare, et si elle est traitée immédiatement par le sondage à demeure et l'évacuation des caillots, elle est généralement d'un contrôle facile.

L'infection postopératoire depuis l'emploi des sulfamidés est une complication qui tend à disparaître sauf pour quelques cas infectés d'avance.

Si l'opérateur n'a pas la précaution de faire une révision complète de la vessie après la résection, un ou plusieurs copeaux prostatiques pourront y séjourner et être la cause d'une infection persistante avec la possibilité de formation future de calculs.

Un abcès urineux, toujours d'une gravité exceptionnelle, peut se développer facilement quand au cours des manœuvres opératoires on a dépassé les limites de la capsule prostatique et qu'on a causé un décollement de la muqueuse vésicale. Ces infections urineuses sont souvent mortelles. On a déjà mentionné dans la littérature des perforations de la vessie ou de l'urètre. Il faut nécessairement de grands défauts de technique pour aboutir à de telles avaries.

Il pourra arriver, même à un opérateur habile et prudent, qu'en espérant faire une résection complète, un excès de zèle lui fasse pousser son électrode plus loin que les points de repère anatomiques. Du côté vésical, il pourra réséquer un méat urétéral ou le coaguler, deux éventualités qui peuvent forcément conduire à des complications rénales graves, du côté de l'urètre, il pourra faire une prise qui dépasse le sphincter externe et il aura une chance certaine de revoir son malade qui lui parlera de son manque de retenue des urines qui ne semble pas vouloir s'améliorer. Ici encore, le désespoir du malade n'aura d'égal que celui de son chirurgien.

Enfin, il reste les rétrécissements postopératoires de l'urètre. Faciles à provoquer, ils sont la conséquence d'une hyperagressivité de la part d'un chirurgien enthousiaste et souvent pressé qui n'a pas calibré l'urètre avant l'opération et qui force un peu le passage de son instrument. Définitifs, ils deviennent la plaie d'un bureau de médecin obligé de faire fréquemment des dilatations qu'un opéré s'explique mal, car ils ont souvent le malheur de donner les mêmes symptômes que le prostatisme. Mentionnons seulement la coagulation intempestive du verumontanum. Nous en connaissons tous les conséquences sur l'état moral du sujet.

* * *

Quels sont maintenant les chiffres du taux de mortalité de chaque méthode? Je voudrais qu'avant de les publier on comprenne bien cependant que je ne puis citer seulement ceux qui sont publiés à chaque année par les grandes cliniques urologiques où les malades sont opérés par plusieurs centaines annuellement.

Habituellement, dans les cliniques, les spécialistes affectés à ce genre de travail sont assez employés pour ne s'occuper que d'une ou de quelques variétés d'opération à l'exclusion des autres interventions. Loin de moi l'idée de minimiser leur habileté et leur génie chirurgical; je crois cependant que ces spécialistes ne peuvent pas ne pas avoir des résultats supérieurs aux autres, mais il serait erroné d'accepter pour tous des données qui ne conviennent qu'à un petit nombre d'hyper-spécialisés.

Ainsi certains services urologiques citeront moins de 2% de mortalité due à la sus-pubienne en un ou deux temps.

On peut sûrement affirmer que dans l'ensemble le taux de mortalité de cette opération est d'environ 5 à 8%.

Il semblerait que la périnéale a un taux de fatalité un peu plus élevé que la sus-pubienne.

L'autorité qu'est Hugh Young rapportait en 1943, 6% de mortalité pour tous les cas opérés dans son service par les médecins-assistants ou résidents.

On peut conclure qu'en certains milieux, sous une surveillance moins experte, elle doit être plus élevée.

La transurétrale réclame, elle, un taux plus bas dont la moyenne peut être fixée à 3 ou 4%.

Vous voyez qu'avec tout ceci, il est difficile de tirer des conclusions favorables à une méthode plutôt qu'à une autre.

Si je puis en terminant exprimer une opinion personnelle, la voici. Dans tous les cas où la valeur fonctionnelle du rein est inférieure à la normale, et où l'état général du malade ne peut supporter de choc sérieux, il est mieux de faire une ou plusieurs résections. Dans les hypertrophies énormes, alors qu'une habileté extrême serait demandée pour faire une transurétrale complète dans un temps limité, il vaut mieux recourir à la méthode ouverte.

Quant aux cas ordinaires, la résection bien faite sera moins traumatisante, moins choquante et moins douloureuse qu'aucune autre méthode avec un temps d'hospitalisation infiniment plus court.

Cependant, pour le bénéfice de tous, il faut revenir sagement à l'axiome suivant: « Mieux vaut guérir son malade avec une vieille méthode que l'on connaît, que de le faire mourir avec un bel instrument dont on sait mal se servir. »

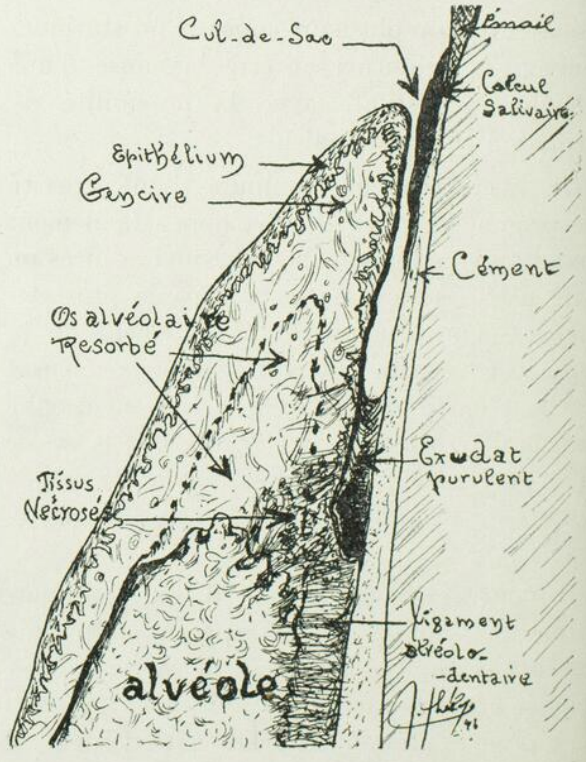
BIBLIOGRAPHIE

1. R. W. BARNES: *Eudoscopic prostatic Surgery.*
2. W. T. BRIGGS: *Jour. of Urology,* **52**: 158, 1944.
3. MARION: *Traité d'Urologie.*
4. O. MERCIER: *Journ. of Urology,* **49**: 665, 1943.
5. R. M. NESBIT: *Transurethral Prostatectomy.*
6. W. STEGMAN: *Journ. of Urology,* **53**: 408, 1945.
7. G. J. THOMPSON: *Proc. of the Staff Meeting Mayo Clinic,* **15**: 780, 1940.
8. G. J. THOMPSON: *Ibidem,* **14**: 401, 1939.
9. H. H. YOUNG: *Surg., Gyn. and Obst.,* **77**: 1, 1943.

Addendum

Cette figure devait accompagner l'article de M. Jules Thébaud: *Quand la suppuration et la résorption osseuse dans l'évolution de la pyorrhée alvéolaire sont considérées en marge de l'opinion médicale scientifique* paru à la page 455 de la livraison d'avril 1947.

Le traumatisme occlusal des dents, la présence constante de calculs salivaires, l'état de malpropreté habituelle de la bouche, toutes ces causes aidant, il se produit une résorption, une sorte d'ostéolyse des bords alvéolaires et même une dégénérescence du cément qui entraîne le relâchement des fibres d'attache de la dent et, conséquemment, le décollement de la gencive et du ligament dentaire. Au milieu de cette désintégration profonde apparaissent, aux dépens du ligament alvéolo-dentaire, entre l'os et la dent, de petites pochettes ou culs-de-sac.



LE TRAITEMENT DU CANCER DE LA PROSTATE [1]

J.-P. BOURQUE,
Professeur agrégé d'Urologie à la Faculté de Médecine,
Chargé du service d'Urologie à l'Hôtel-Dieu (Montréal).

Depuis les débuts de la chirurgie urinaire, le problème du traitement du cancer de la prostate a toujours été et est toujours à l'ordre du jour dans notre spécialité. En effet, le pourcentage des cancers de la prostate est assez élevé, puisque les statistiques mondiales nous démontrent qu'entre 14% et 21% des prostatiques sont porteurs de cancers.

Voici, sur ce sujet, l'opinion de quelques-uns de nos grands maîtres de l'urologie moderne: Young a trouvé du cancer chez 20% de ses prostatiques; Rich, chez 14% de ses cas; Moore, chez 21%; Marion, chez 14%; et Mercier, notre maître, chez 15%.

Ces statistiques varient légèrement selon les auteurs, mais à quelques chiffres près seulement, et elles nous démontrent bien que le cancer de la prostate n'est pas rare et à quel point le problème thérapeutique qu'il pose est important et sérieux. Aussi tous les urologues se sont attaqués et s'attaquent encore à ce problème pour tâcher de le résoudre; ce qui fait qu'aujourd'hui, avec les moyens dont nous disposons, il nous est possible de guérir plusieurs cas de cancers de la prostate, et nous pouvons espérer que, dans quelques années, le problème du cancer de la prostate sera, sinon complètement résolu, du moins en bonne voie de l'être.

Le traitement du cancer de la prostate est passé par plusieurs stades, mais ce qui nous intéresse tout particulièrement, c'est l'état actuel du problème; et c'est ce que nous allons étudier dans les quelques paragraphes qui vont suivre.

Nous avons actuellement trois moyens d'attaquer le cancer de la prostate: ce sont la chirurgie, la radio ou la radiumthérapie et le traitement hormonal, le dernier en date.

Que peut la chirurgie contre le cancer de la prostate? Beaucoup. En effet, tous les urologues s'accordent à affirmer que c'est la meilleure arme que nous ayons actuellement pour la cure du cancer de la prostate. Cependant les idées se partagent sur la technique à employer. Trois interventions se pratiquent actuellement: la prostatectomie périnéale, la prostatectomie sus-pubienne et la résection transurétrale de la prostate, qu'on devrait appeler la prostatectomie transurétrale. Ces trois techniques ont leurs adeptes et les trois ont leurs avantages et leurs désavantages réciproques.

La prostatectomie périnéale est une excellente intervention, mais ce n'est pas une intervention de tout repos, car ses suites peuvent être très ennuyeuses. Cette technique est excellente, mais à condition qu'elle soit pratiquée par un chirurgien très bien entraîné dans cette chirurgie périnéale, car lui seul peut réaliser une prostatectomie radicale, c'est-à-dire l'ablation complète de la glande prostatique elle-même, des vésicules séminales et de l'urètre prostatique. Ce serait, sans aucun doute, l'opération de choix, mais, malheureusement, le pourcentage des fistules urinaires périnéales observées après cette intervention est trop élevé et, de ce fait, lui enlève beaucoup de sa valeur. Ceci n'est pas une affirmation gratuite, car si on consulte les statistiques de l'école américaine, qui est sans aucun doute l'école qui pratique cette intervention sur la plus haute échelle, on constate que près de 10% des opérés gardent une fistule urinaire périnéale, qui est une infirmité extrêmement pénible à tous les points de vue. Trop fréquemment aussi, avec cette technique, les sphincters sont touchés et il en résulte une incontinence quasi incorrigible et extrêmement ennuyeuse pour le malade, qui perd ses urines

1. Travail du service d'Urologie à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

continuellement ou au moindre effort; en plus, la mortalité opératoire est environ de 10%.

La prostatectomie sus-pubienne est, à notre avis, une technique qui donne de très bons résultats, des résultats pour le moins aussi encourageants que la prostatectomie périnéale, à condition qu'il n'y ait pas de diffusion ou d'infiltration des tissus voisins. Cette technique, beaucoup plus simple, beaucoup plus facile à réaliser que la précédente, permet aussi d'enlever la prostate en entier avec les vésicules séminales et l'urètre prostatique et elle a, en plus, l'avantage de ne pas exposer le malade à la fistule urinaire. La mortalité opératoire, dans ce cas, n'est pas plus élevée que dans la prostatectomie périnéale, c'est-à-dire qu'elle est aussi aux environs de 10%; la guérison est peut-être plus lente que dans le premier cas, mais ne risque pas de laisser le malade infirme.

Enfin, nous avons la résection transurétrale; méthode tant discutée dans le monde urologique. Cette technique est aussi une opération difficile à réaliser, mais, quand elle est exécutée comme elle doit l'être, c'est-à-dire quand l'opérateur fait une résection complète de la prostate jusqu'à la capsule, elle donne de très bons résultats. Bien entendu, elle ne permet pas d'enlever les vésicules séminales, mais, par contre, c'est la méthode où la mortalité opératoire est la moindre, puisqu'elle est à peine de 1% à 2%; c'est aussi la méthode qui permet d'attaquer tous les cas de cancers de la prostate, qu'il y ait diffusion ou non; c'est encore l'intervention la moins choquante et, enfin, c'est l'intervention qui permet un lever vraiment précoce et un stage à l'hôpital réduit au minimum.

Le deuxième procédé utilisé pour le traitement du cancer de la prostate, c'est l'irradiation, soit par les rayons X ou par le radium ou le radon. Dans le premier cas, c'est tout simplement la radiothérapie profonde de la prostate et de son voisinage; dans le second, c'est l'application locale dans la prostate d'aiguilles de radium ou de radon. Comme dans le traitement de tous les cancers, on a espéré beaucoup de l'irradiation. Malheureusement, il n'y a qu'entre 10% à 20% des cancers de la prostate qui soient radio-sensibles; aussi les résultats ne peuvent être brillants.

La troisième méthode appliquée au traitement du cancer de la prostate, c'est la thérapeutique hormonale, qui, tout en étant très récente, semble vouloir donner les meilleures résultats et les plus prometteurs pour l'avenir. C'est à Dodds et à Huggins que nous devons cette grande innovation qui nous permet d'espérer beaucoup.

Le traitement hormonal s'applique de deux façons: soit par la neutralisation de la sécrétion interne du testicule, c'est-à-dire le testostérone, soit par la suppression de cette sécrétion par l'ablation de la glande elle-même.

Dans le premier cas, on administre le stilbestrol. Le stilbestrol est une substance chimique œstrogénique synthétique qui ne contient que deux noyaux carbures, tandis que la folliculine naturelle, substance œstrogénique, en contient quatre. La folliculine a une action cancérigène sur la prostate, et ceci est connu depuis longtemps, car Lacassagne et beaucoup d'autres auteurs, ont pu produire des cancers de la prostate chez la souris, par l'administration de la folliculine à haute dose. Le stilbestrol a, par contre, une action anticancérigène prouvée expérimentalement par Dodds et beaucoup d'autres dès 1938. Ces auteurs ont observé un ramollissement, une diminution et dans certains cas la disparition complète des noyaux néoplasiques dans la prostate après administration de stilbestrol. Cette différence d'action serait-elle due à la présence dans un cas de deux noyaux carbures et dans l'autre de quatre? C'est vraisemblablement le cas et les biologistes nous donneront sous peu — ou, du moins, espérons-le — une réponse certaine à ce sujet.

La deuxième façon d'appliquer le traitement hormonal, c'est la suppression de la sécrétion interne du testicule. Cette suppression peut se faire par la radiothérapie, par l'évidement testiculaire ou par la castration. La radiothérapie est-elle sure? Nous ne le savons

pas d'une façon catégorique, car, si nous ne sommes pas sans ignorer que la radiothérapie stérilise, nous ne pouvons affirmer qu'elle supprime complètement la sécrétion interne du testicule. Donc, jusqu'à plus amples informations, la méthode n'a pas de preuves à son appui. Que penser de l'évidement testiculaire? Il n'y a pas l'ombre d'un doute que cette pratique a de très gros avantages sur la radiothérapie, mais elle n'est pas radicale comme la castration, car son seul avantage sur celle-ci, c'est un avantage moral, qui laisse croire au malade qu'il n'est pas complètement réduit à l'état d'eunuque, puisque son scrotum contient encore des vestiges de sa virilité. A notre avis, cet avantage peut être considéré dans quelques rares cas, mais l'idéal thérapeutique, c'est la castration radicale et complète, qui ne laisse aucun vestige, mais qui est sûre et certaine quant aux résultats. Nous avons pratiqué cette intervention depuis 1942 et nous n'avons rencontré qu'exceptionnellement des des malades qui s'y sont opposés.

Voici donc les moyens que nous avons à notre disposition pour combattre le cancer de la prostate. Doit-on adopter une méthode seulement? Evidemment non, car ce serait manquer de jugement d'abord, et agir contre l'intérêt du malade ensuite. A notre avis, il faut appliquer un traitement combiné, chirurgical et hormonal d'abord, et, dans quelques cas, avoir recours aux irradiations quand la cure chirurgicale est impraticable.

Quelle technique chirurgicale doit-on suivre?

Après avoir étudié les résultats obtenus avec la prostatectomie périnéale, la prostatectomie sus-pubienne et la résection trans-urétrale, après avoir pris en considération les suites opératoires et la mortalité opératoire dans chaque cas, nous croyons sincèrement, et, avec preuves à l'appui, que c'est la résection trans-urétrale qui l'emporte, en y adjoignant la castration bilatérale; aussi, c'est la façon de procéder que nous avons adoptée dans notre service à l'Hôtel-Dieu.

En effet, depuis le 29 juin 1942 jusqu'au 31 décembre 1945, nous avons eu à traiter 120 cas de cancers de la prostate. Nous en avons traité plusieurs autres depuis le 1er janvier 1946, mais comme ces cas sont trop récents pour nous permettre de tirer une conclusion quelconque, nous n'en parlerons pas dans la statistique que nous apportons ici. A tous nos malades rapportés ici, nous avons prescrit, après la résection et la castration, du stilbestrol à la dose moyenne de 5 milligrammes à 10 milligrammes par jour selon la tolérance du malade vis-à-vis du médicament et ce, *ad infinitum*. Chez certains de ces malades nous avons dû suspendre momentanément l'administration du médicament, soit à cause de l'intolérance gastrique de certains sujets, soit à cause des douleurs aux seins que le médicament provoque chez certains autres.

Donc, au cours de la période précitée, nous avons opéré 120 malades.[1] Sur ce nombre, nous avons pu en retracer 95. De ce nombre, 23 sont morts, soit 24.2%, et 72, soit 75.8%, ont pu répondre au questionnaire que nous leur avons adressé.

Voici le détail de cette statistique:

Du 29 juin au 31 décembre 1942:

Opérés	8 cas.	
Retracés	6 cas.	
Morts	3 cas,	soit 50%.
Vivants	3 cas,	soit 50%.

Du 1er janvier 1943 au 31 décembre 1943:

Opérés	29 cas.	
Retracés	22 cas.	
Morts	11 cas,	soit 50%.
Vivants	11 cas,	soit 50%.

Du 1er janvier 1944 au 31 décembre 1944:

Opérés	26 cas.	
Retracés	19 cas.	
Morts	4 cas,	soit 21%.
Vivants	15 cas,	soit 79%.

Du 1er janvier 1945 au 31 décembre 1945:

Opérés	57 cas.	
Retracés	48 cas.	
Morts	5 cas,	soit 10.4%.
Vivants	43 cas,	soit 89.6%.

1. De ces 120 cas que nous avons suivis, 38 sont des cas personnels et 82 furent opérés par notre regretté maître, le Dr Oscar Mercier.

Voici maintenant les réponses, au nombre de 72, que nous avons reçues aux questionnaires que nous avons adressées à ces patients et qui se lisent comme suit:

1. Avez-vous repris des forces?
   55 patients ont répondu: Oui, soit 76.4%.
   17 patients ont répondu: Non, soit 23.6%.
2. Avez-vous engraissé?
   55 patients ont répondu: Oui, soit 76.4%.
   17 patients ont répondu: Non, soit 23.6%.
3. Souffrez-vous?
   49 patients ont répondu: Non, soit 68%.
   23 patients ont répondu: Oui, soit 32%.
4. Avez-vous de la difficulté à uriner?
   59 patients ont répondu: Non, soit 83.2%.
   13 patients ont répondu: Oui, soit 16.8%.

Donc, sur 95 opérés, nous avons:

76.4% qui ont repris des forces.
76.4% qui ont engraissé.
68% qui ne souffrent pas.
83.2% qui n'ont aucune diffciulté à uriner.

Ce sont pour le moins des résultats intéressants, car, si entre 16.8% et 32% de ces patients n'ont que peu ou pas bénéficié du traitement, nous en avons entre 68% et 83.2% qui ont sans aucun doute grandement bénéficié du traitement et peuvent vivre une vie normale. Bien entendu, il est beaucoup trop tôt pour parler de guérison, car nous n'avons pas, dans cette série de cas, des malades opérés depuis plus de quatre ans. Tout de même, ces résultats nous permettent d'espérer beaucoup. Plusieurs de ces malades sont revus périodiquement et, en étant conservateur, on peut dire que, dans les deux tiers des cas, nous pouvons constater les bienfaits réels de cette façon de procéder. Dans plusieurs cas même, nous avons pu constater une régression complète de la diffusion néoplasique et même une régression des métastases osseuses du petit bassin et du rachis, contrôlée par la radiographie et par le dosage des phosphatases.

Quoi conclure de tout ce qui précède?

Il n'y a pas l'ombre d'un doute qu'avec les moyens dont nous disposons, le pronostic dans le cancer de la prostate est complètement changé et nous pouvons aujourd'hui parler de traitement curatif et penser de moins en moins au traitement palliatif, qui hélas! a trop longtemps été le seul secours que nous pouvions apporter aux malades porteurs d'un cancer prostatique. En effet, depuis ces quelques dernières années, les progrès réalisés dans le traitement du cancer de la prostate sont tellement grands, qu'ils nous permettent d'espérer que, dans un avenir rapproché, le problème du cancer prosatique sera tout à fait résolu, et ce pour le plus grand bien de l'humanité et à la gloire de notre spécialité.

BIBLIOGRAPHIE

BARNES, R. N.: « Carcinoma of the Prostate. A comparative study of modes of treatment. » *J. Urol.*, **44**: 169, 1940.

BAUINGER, B. S.: « Treatment of prostatic carcinoma. » *Surg. Gyn. and Obst.*, **62**: 410, 1936.

BUGBEE, G. G.: « Total perineal prostatectomy for carcinoma of the prostate. » *J. Urol.*, **35**: 110, 1936.

COLSTON, C. J. A.: « The surgical treatment of carcinoma of the prostate. » *New Engl. J. Med.*, **223**: 205, 1940.

CURTIS, Mark S.: « New developments in the treatment of prostatic carcinoma. » *N. S. Naval Med. Bull.*, **41**: 1022, 1943.

HECKEL, N. J. et KRETSCHNER, H. L.: « Carcinoma of the prostate treated with diethyl-stilbestrol. » *J. A. M. A.*, **119**: 1087, 1942.

HENLINE, R. B.: « Carcinoma of the Prostate and its adequate treatment. » *Med. Rec. and An.*, septembre 1943; « The diagnosis and treatment of early carcinoma of the prostate. » *J. A. M. A.*, **122**: 785, 1943.

HERBST, W. P.: « The effect of estradiol dipropionate and diethyl-stilbestrol on malignant prostatic tissue. » *Trans. Am. Assoc. Genito-Urin. Surgeons*, **34**: 195, 1941.

HUGGINS, C.: « Effect of orchidectomy and irradiation on cancer of the prostate. » *Ann. Surg.*, **115**: 1192, 1942.

HUGGINS, C. et HODGES, C. V.: « Studies on prostatic cancer: I. The effects of castration, of estrogen and androgen injection on serum phosphatases in metastacic carcinoma of the prostate. » *Cancer Research*, **1**: 293, 1941.

HUGGINS, C., SCOTT, W. W. et HODKES C. V.: « Studies on prostatic cancer: III. The effects of fever, of desoxycorticosterone and estrogen on

clinical patients with metastatic carcinoma of the prostate.» *J. Urol.*, **46**: 997, 1941.

HUGGINS, C., STEVENS, R. E. jr. et HODGES, C. V.: «Studies on prostatic cancer: II. The effects of castration on advanced carcinoma of the prostate gland.» *Arch. Surg.*, **43**: 513, 1941.

JACOBS, Arthur: «Transurethral resection of the malignant prostate with a review of 15 cases.» *Brit. J. Urol.*, **7**: 321, 1935.

KAHLE, P. J., OGDEN H. D. et GETZOFF, P. L.: «The effect of diethyl-stilbestrol and diethyl-stilbestrol dipropionate on carcinoma of the prostate gland: I. Clinical observations.» *J. Urol.*, **48**: 83, 1942.

KEARNS, W. N.: «Treatment of carcinoma of the prostate with estrogens.» *Wisconsin N. J.*, **41**: 559, 1942.

LOWLEY, O. S. et KIRWIN, T. J.: *Clinical Urology*. Williams & Wilkins C., 1944.

MARION, G.: «A propos du traitement du cancer de la prostate.» *Journ. d'Urol.*, **21**: 386, 1926.
Traité d'urologie. Masson, 1940.

MARQUARDT, C. R. et FLAHERTY, W. A.: «Carcinoma of the prostate gland, with special reference to endocrine treatment.» *Urol. and Cutan. Rev.*, **46**: 343, 1943.

MUNGER A. D.: «Experiences in the treatment of carcinoma of the prostate with irradiation of the testicles.» *J. Urol.*, **46**: 1907, 1941.

PASTEAU et DEGRAIS: «De l'emploi du radium dans le traitement des cancers de la prostate.» *Journ. d'Urol.*, **2**: 341, 1913.

PLAYER, L. P.: «Carcinoma of the prostate; treatment.» *Calif. and West. Med.*, **44**: 229, 1936.

PROUST: «Une modification de la technique de la prostatectomie périnéale dans les cancers de la prostate.» *Journ. d'Urol.*, **15**: 61, 1914.

SCHENKEN, J. R., BURNS, E. L. et KAHLE, P. J.: «The effect of diethyl-stilbestrol and diethyl-stilbestrol dipropionate on carcinoma of the prostate gland: II. Cytologic changes.» *Journ. Urol.*, **45**: 99, 1942.

SMITH, G. G.: «Total perineal prostatectomy for carcinoma of the prostate.» *J. Urol.*, **25**: 610, 1936.

YOUNG, H. H.: «Carcinoma of the Prostate: radical cure.» *Ann. J. Surg.*, **28**: 32, 1936.

NÉPHROPTOSE ET NÉPHROPEXIE

J.-N. LAVERGNE,
Chef du service d'Urologie, hôpital du Saint-Sacrement (Québec).

La ptose rénale et son traitement constituent un chapitre aux aspects si vastes et si variés qu'il serait téméraire de vouloir les envisager tous dans un court exposé; en conséquence et délibérément, nous avons mis de côté toute discussion sur l'étiologie, l'anatomo-pathologie et la symptomatologie de l'affection, pour restreindre nos réflexions et considérations à certains points de diagnostic, au traitement tant médical que chirurgical et aux résultats qu'on est en droit d'attendre de la thérapeutique mise en œuvre.

Diagnostic positif

Dans la grande majorité des cas, le diagnostic du rein mobile se pose facilement par les procédés courants de palpation lombaire, à savoir les procédés de Guyon, de Glénard et d'Israël: la perception dans le flanc d'une tumeur dont le volume, la consistance et les contours rappellent ceux du rein, tumeur indolore, mobile, qui suit les mouvements diaphragmatiques, que l'on peut faire glisser entre ses doigts à volonté, surtout tumeur que l'on peut facilement refouler dans la loge rénale où une simple pression suffit à la maintenir à discrétion, tout ceci, disons-nous, rend souvent indiscutable le diagnostic d'une néphroptose.

Il s'en faut, toutefois, que les choses se présentent invariablement avec autant d'évidence; certaines ptoses, en particulier les ptoses du premier degré, ont parfois le don de se montrer capricieuses et inconstantes; sous l'effet de causes incontrôlables, on voit alors le rein s'obstiner à ne pas quitter sa loge malgré l'inspiration profonde et demeurer de ce fait impalpable par les procédés habituels d'exploration lombaire en décubitus dorsal ou latéral. Ces cas peuvent donner lieu à des erreurs regrettables de diagnostic si on limite

là son examen et si on ne prend pas la peine de se souvenir qu'il existe un autre procédé pour apprécier la mobilité anormale d'un rein, procédé dont l'importance mérite qu'on s'y arrête et qui consiste dans la palpation lombaire en position assise et surtout en position debout. Ce procédé, trop souvent négligé, est bien à tort relégué dans le cadre des procédés d'exception: son emploi systématique, chaque fois que des symptômes peuvent faire soupçonner une néphroptose, rendra maintes fois l'appréciable service de nous révéler une ptose d'importance là où les autres méthodes de palpation avaient échoué ou n'avaient abouti qu'à un diagnostic incertain et hésitant.

Pour notre part, nous utilisons constamment ce procédé et nous n'avons qu'à nous en féliciter: en plus de fournir parfois la solution à certains problèmes cliniques embarrassants, il apporte toujours, dans toutes les variétés de ptoses, soit une confirmation du diagnostic, soit des renseignements utiles sur le degré de mobilité et de descente du rein.

Certaines conditions locales peuvent empêcher un rein mobile d'être senti par palpation lombaire: c'est ainsi que l'épaisseur trop considérable de la paroi abdominale, l'impossibilité pour le malade de relâcher ses muscles, ou encore la contracture musculaire localisée lorsque l'examen se pratique au moment d'une crise d'uronéphrose intermittente ou de pyélo-néphrite aiguë, rendent impossible la palpation précise du rein déplacé, quelle que soit la position donnée au malade, horizontale, latérale ou verticale.

Dans ces cas, il faudra recourir à d'autres moyens de diagnostic et celui qui s'impose tout naturellement est l'examen aux rayons X: la radiographie simple ne donnant en général que des renseignements imprécis et incomplets, c'est à l'urographie intraveineuse qu'il faudra s'adresser comme méthode de choix. Toutefois, comme il s'agit de ptose rénale, cette urographie intraveineuse, si on veut qu'elle donne les résultats désirés, devra remplir une condition essentielle, à savoir qu'au moins une des radiographies devra être prise en position debout après l'injection intraveineuse et une fois la compression abdominale enlevée. On comprend aisément, en effet, qu'il serait illogique et illusoire de vouloir, par ce moyen, démontrer de façon péremptoire l'existence d'une néphroptose, si on se contente de faire des radiographies en décubitus dorsal sur un malade qui subit en outre une forte compression abdominale dont l'effet est de refouler le rein dans sa loge et de l'y maintenir solidement.

Voici la technique que personnellement nous suivons: une radiographie simple est d'abord prise, puis suivent, après forte compression abdominale et injection intraveineuse de la substance opaque, deux autres radiographies en décubitus dorsal; enfin, on enlève la compression, on met le malade debout pour obtenir la position de descente maxima du rein et on fait une dernière radiographie. Si ce dernier temps est exécuté avec assez de rapidité — et il doit l'être — il reste assez de substance opaque dans les cavités rénales pour permettre de situer très exactement la position des bassinets en regard des vertèbres et de leurs apophyses transverses et de poser ainsi un diagnostic précis de la ptose et du degré maximum du déplacement du rein.

Lorsqu'un néphroptosé se présente en crise d'uronéphrose intermittente ou de pyélonéphrite aiguë, un autre problème se pose du fait que ces crises déterminent, au niveau du rein touché, une diminution considérable, sinon une abolition de la fonction rénale. Une urographie intraveineuse faite dans ces conditions risquerait fort, à cause de l'hypofonctionnement rénal, de ne pas donner de pyélogramme du rein intéressé et de constituer ainsi une manœuvre totalement inutile. Il vaudra donc mieux ne pas se presser et attendre que la crise soit terminée depuis quelques jours avant de demander à l'urographie intraveineuse de poser ou de confirmer le diagnostic.

L'urographie intraveineuse est une méthode de grande valeur que nous croyons nécessaire

d'utiliser non seulement dans les cas spéciaux, mais systématiquement dans tous les cas de néphroptose: en plus d'être parfois le seul moyen de diagnostic sûr, elle fournit toujours, même dans les ptoses les plus évidentes, nombre de renseignements utiles ou pour le moins intéressants. C'est ainsi qu'elle nous dira l'existence d'un calcul ou d'une uronéphrose; elle pourra nous faire voir la présence d'une coudure de l'uretère, même nous donner une idée de la fixité de cette coudure en nous montrant par exemple un bassinet à direction ascendante, dont le sommet semble accroché à un point fixe; elle pourra nous signaler un trouble d'évacuation pyélique lorsque le bassinet apparaîtra encore rempli sur la radiographie prise en position debout; elle nous permettra d'observer le rein à son degré maximum de chute; elle nous fera parfois découvrir une anomalie ou une affection coexistante et insoupçonnée; enfin elle nous fournira sur le rein congénère tous les renseignements désirables concernant son existence, sa valeur fonctionnelle apparente, sa situation normale ou anormale, son intégrité morphologique. Ces différentes notions sont très utiles à connaître et elles peuvent prendre, dans certains cas, une importance capitale et influant profondément sur la conduite à tenir, comme nous le verrons plus loin.

Diagnostic différentiel

Les affections que l'on est exposé à confondre le plus souvent avec le rein mobile et sa principale complication, la crise d'uronéphrose intermittente, sont:

1° la cholécystite chronique et la crise de coliques hépatiques;

2° la crise de coliques néphrétiques;

3° l'appendicite, soit aiguë, soit chronique.

1° Les douleurs du rein mobile peuvent aisément être attribuées à la cholécystite chronique, de même que la crise d'uronéphrose intermittente peut être confondue avec la crise de coliques biliaires: en fait, il n'est pas rare de voir des malades porteurs d'une néphroptose chez lesquels on a pratiqué — sans résultat, cela va sans dire — une cholécystectomie. Le diagnostic différentiel de ces deux affections se basera surtout sur le siège et le caractère des douleurs: douleur antérieure, au point cystique, avec irradiation vers l'omoplate ou vers l'épaule dans la cholécystite; douleur plus latérale ou plus basse, mais surtout lombaire, avec irradiation vers les organes génitaux externes ou la cuisse, douleur s'accompagnant souvent de troubles urinaires, dans la néphroptose; les troubles urinaires, représentés en général par une pollakiurie indolore, diurne et nocturne, constituent à notre sens un symptôme important en faveur d'un rein mobile.

Dans les cas discutables, il sera nécessaire d'avoir recours aux examens radiologiques, lesquels, par la radiographie simple, la cholécystographie et l'urographie intraveineuse, fourniront tous les éléments voulus pour bien étayer le diagnostic. De toute façon, il ne faut jamais oublier que cholécystite et néphroptose peuvent très bien coexister chez un malade et, en fait, il n'est pas rare, au cours d'une urographie intraveineuse par exemple, de voir se dessiner, au-dessus d'un pyélogramme de rein ptosé, l'image très nette d'une vésicule bourrée de concrétions biliaires.

2° Rien ne ressemble autant à une crise d'uronéphrose intermittente qu'une crise de coliques néphrétiques par migration d'un calcul. A peine quelques détails peuvent-ils nous aider à diriger le diagnostic: c'est ainsi que la crise par calcul est en général plus intense et surtout plus difficile à calmer (un demi-grain de morphine est le plus souvent nécessaire pour soulager un calculeux rénal en crise); de plus, l'hématurie est beaucoup plus rarement observée dans la crise uronéphrotique que dans la crise calculeuse et cette hématurie devra être recherchée avec soin, même sous la forme d'hématurie microscopique; enfin la radiographie peut révéler la présence d'un calcul et c'est cette radiographie qui constitue, sans contredit, l'élément capital du diagnostic différentiel. Cependant, il ne

faudra jamais oublier que nombre de petits calculs urinaires ne sont pas visibles aux rayons X, surtout si la radiographie est prise au moment d'une crise alors que de nombreux gaz intestinaux viennent gêner considérablement la technique radiologique; d'un autre côté, on se souviendra également que la présence d'un calcul n'exclut pas, loin de là, la possibilité d'une néphroptose, le calcul n'étant souvent qu'une complication de celle-ci. En définitive, une fois la crise terminée, il sera presque toujours nécessaire de compléter le diagnostic par une urographie intraveineuse.

3° L'appendicite constitue peut-être la cause la plus fréquente d'erreur de diagnostic avec le rein mobile. Nous nous permettons d'attirer particulièrement l'attention sur ce point, car nous avons été frappés par le pourcentage relativement élevé de malades porteurs de ptose rénale, à qui antérieurement on a fait subir une appendicectomie ou qui sont envoyés à l'hôpital avec un diagnostic d'appendicite aiguë ou chronique. Ces erreurs de diagnostic sont si répétées qu'on éprouve nettement l'impression que bon nombre d'entre elles pourraient être évitées si on s'appliquait à faire un examen plus soigneux et plus détaillé.

Sans doute, dans l'appendicite aiguë le problème est souvent délicat, étant donné la question d'urgence qui se pose toujours; tout de même, l'étude attentive de la température, du pouls, de la leucocytose, de l'état général pourra nous guider favorablement, si on veut bien se rappeler que la crise d'uronéphrose ne s'accompagne en général ni d'hyperthermie, ni de tachycardie notable, ni d'atteinte marquée de l'état général; avec une douleur à siège plutôt lombaire et quelques troubles urinaires pour compléter le tableau, on pourra, si on est averti, limiter au minimum les possibilités d'erreur.

Confondre une ptose rénale avec une appendicite chronique est peut-être moins excusable: ici, rien ne presse, on a tout le temps pour réfléchir, et on a le droit de s'étonner chaque fois que l'on observe sur le ventre d'un néphroptosé la cicatrice d'une appendicectomie qui n'a pas apporté de soulagement. Indiscutablement, les symptômes du rein mobile et de l'appendicite chronique peuvent se ressembler étrangement, mais, à un examen approfondi, on découvrira toujours certains détails tels que douleurs lombaires franches, troubles urinaires, petites crises d'uronéphrose, qui ne pourront manquer d'attirer l'attention du côté du rein; une fois aiguillé dans ce sens, il sera facile de compléter le diagnostic. Quoi qu'il en soit, le danger d'errer nous paraît si réel que nous n'hésitons pas à conseiller, comme ligne de conduite générale, de ne jamais porter le diagnostic d'appendicite chronique sans avoir au préalable éliminé toute possibilité de la présence d'un rein mobile. Dans les cas difficiles on aura toujours la ressource de l'urographie intraveineuse et, enfin, n'oublions pas que l'appendicite chronique, tout comme la cholécystite, peut exister et évoluer en même temps qu'une néphroptose.

Traitement

Exception faite de la thérapeutique symptomatique dirigée contre les douleurs, les troubles digestifs, le nervosisme et les phénomènes généraux, nous avons à notre disposition deux méthodes de traitement du rein mobile: 1° le port d'un appareil de soutien; 2° la fixation chirurgicale du rein ou néphropexie. Peut-être pourrait-on ajouter la cure d'engraissement pour certains cas de ptose légère chez des malades particulièrement amaigris.

Le port d'un appareil de soutien n'est pas, dans l'ensemble, recommandable: en plus d'être peu effectif, il est pénible pour le malade, souvent très mal supporté, et nombreux sont ceux qui, de guerre lasse, le mettent définitivement de côté.

Dans la ptose simple au premier degré, on peut en faire un essai loyal, mais dans les autres ptoses ses indications ne se présentent que de façon exceptionnelle.

Une fois qu'on a décidé de conseiller le port d'un coussinet de soutien, il faut bien expliquer au malade de mettre son corset en posi-

tion couchée, avec le siège surélevé par des coussins: c'est la seule position qui permette au rein de réintégrer sa loge et au coussinet d'avoir des chances de maintenir l'organe en place; l'application du coussinet en position debout est irrationnelle, ineffective, voire même nuisible.

Doit-on conclure de ceci que toute ptose rénale doit être livrée au bistouri? Evidemment non. Il y a des ptoses qu'il faut opérer et il y a des ptoses qu'il faut savoir respecter.

Les ptoses à respecter sont surtout les formes latentes où la symptomatologie est à peu près inexistante et les formes graves où l'intensité des douleurs et des troubles neuro-digestifs ont fini par réduire l'organisme à une véritable déchéance; de même on respectera celles qui s'accompagnent d'affection organique grave telle que cardiopathie avancée, cancer, etc.; on s'abstiendra également en général chez ceux qui souffrent de viscéroptose généralisée et de nervosisme intense, surtout si la ptose est peu marquée et n'est pas compliquée d'uronéphrose.

Par contre, s'il existe de l'uronéphrose, nous considérons qu'il peut être indiqué d'opérer même chez des malades particulièrement névrosés: la fixation du rein ne pourra qu'améliorer la situation et surtout elle mettra à l'abri de la perte de l'organe par distension exagérée.

Dans la forme dyspeptique pure, un examen complet de l'appareil digestif et de ses glandes annexes s'impose avant de prendre une décision. Si cet examen est négatif, on se souviendra que le rein mobile peut représenter à lui seul toute l'étiologie du syndrome digestif et que sa correction aura pour effet d'amener la disparition définitive de tous les troubles.

En résumé, les formes latente et grave étant exceptées, la ptose rénale est une affection susceptible de relever de l'intervention chirurgicale à n'importe quel moment de son évolution.

Résultats de la néphropexie

La néphropexie est une intervention qui donne d'excellents résultats à condition qu'elle soit bien faite et nous considérons que pour être bien faite elle doit remplir les trois conditions suivantes:

1° *Première condition*: le rein ne doit pas être seulement fixé — aux bords de la plaie, par exemple — mais il doit être aussi relevé, remonté, de façon qu'il réoccupe, autant que faire se peut, son habitat normal.

2° *Deuxième condition*: il ne faut pas s'occuper uniquement du rein, mais aussi de l'uretère, dont les coudures, surtout si elles sont fixées, ont une importance primordiale dans l'étiologie des troubles de l'évacuation pyélique et conséquemment dans la pathogénie de l'uronéphrose: négliger ces coudures serait s'exposer à des échecs plus ou moins graves, même si, par ailleurs, le rein a été bien relevé et bien fixé.

3° *Troisième condition*: c'est une condition postopératoire; elle comporte pour le malade la nécessité de demeurer couché horizontalement pendant une période de 21 jours; il lui sera strictement défendu de s'asseoir, mais on pourra lui permettre, après 2 ou 3 jours, de changer de position en se tournant sur les côtés, à condition toutefois que les mouvements se fassent sans heurt et sans secousse. Cette période de trois semaines semble nécessaire pour permettre aux adhérences d'acquérir une solidité suffisante et tout lever plus précoce ne saurait qu'exposer à un pourcentage important de rechutes.

Personnellement nous utilisons la technique capsulaire de la néphropexie, laquelle nous donne toute satisfaction, et nous apportons, au cours de l'intervention, une attention particulière aux deux points principaux suivants:

1° libération soignée du bassinet et de la portion supérieure de l'uretère, de manière à les débarrasser de toute bride fibreuse ou tassement de tissu cellulaire qui pourrait constituer un obstacle à une bonne évacuation pyélique;

2° relèvement du rein le plus haut possible et fixation par des fils passés à la hauteur du dixième espace intercostal.

Ainsi comprise et exécutée, la néphropexie donne des résultats à peu près parfaits dans la ptose ordinaire, c'est-à-dire lorsqu'il y a peu ou pas d'uronéphrose et que les troubles nerveux et digestifs ne présentent pas d'acuité particulière.

Dans les autres formes où l'état névropathique et les troubles gastro-intestinaux sont intenses, il faudra s'attendre à des échecs partiels, mais il serait excessif de faire de ces troubles une contre-indication absolue à la néphropexie. Du moment que le rein mobile peut être tenu responsable d'au moins une partie des troubles et surtout s'il y a coexistence d'un état uronéphrotique, la néphropexie amènera toujours une amélioration appréciable et en particulier elle permettra d'éviter des accidents plus graves pouvant survenir ultérieurement.

Ces échecs partiels pourraient d'ailleurs être en grande partie évités si on adoptait comme ligne de conduite de faire opérer de bonne heure les néphroptosés qui souffrent et cela dès qu'il devient évident que les symptômes observés sont rattachables à l'hypermobilité rénale, sans attendre que les troubles neuro-digestifs ou que l'uronéphrose ait atteint des proportions telles qu'un succès opératoire complet devienne presque une illusion. Nous croyons qu'on ne saurait trop s'élever contre l'impression fausse qui existe en certains milieux, même médicaux, et qui veut que la néphropexie soit une opération à déconseiller parce que la ptose est destinée à se reproduire à peu près fatalement; cette croyance erronée a pour conséquence néfaste de faire temporiser longuement les malades et de les amener au chirurgien à une période où souvent on ne peut qu'envisager une amélioration là où, plus tôt, on aurait pu se payer le luxe d'une guérison radicale.

Il faudra être bien convaincu qu'une fixation rénale bien faite n'aboutit qu'exceptionnellement à la rechute, que la mortalité opératoire est à peu près inexistante et que, en définitive, bien peu d'interventions chirurgicales majeures sont en mesure de présenter un bilan de résultats aussi complets, aussi constants et aussi consolants que la néphropexie.

OPHTALMOLOGIE -- O. R. L.[1]

PARALYSIE DES DILATATEURS DES CORDES VOCALES

V. LATRAVERSE,
Broncho-œsophagologiste à l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

La paralysie de la dilatation est le syndrome dit de Gerhardt. Elle est marquée par la perte de la fonction d'ouverture de la glotte (1-2), en même temps que par la conservation de l'adduction. Cliniquement trois éléments caractérisent ce syndrome:

1. la dyspnée inspiratoire, se manifestant par du cornage et des accès intermittents de suffocation;
2. la conservation de la voix;
3. l'intégrité anatomique du larynx (Lermoyez). Le syndrome peut se présenter même avec une modification pathologique locale comme a réussi à le démontrer l'Ecole américaine (6).

ETIOLOGIE.

On peut partager en 3 groupes les causes qui entretiennent une paralysie de la dilatation de la glotte ou son absence d'abduction.

1er groupe. Causes nerveuses. La syphilis nerveuse et le tabes comptent rarement comme cause efficiente depuis la campagne antivénérienne. Kelly (6) mentionne le laryngospasme de l'adulte.

2e groupe. Causes traumatiques. Séquelle d'une thyroïdectomie ou de blessure de la boîte laryngée (14). A notre avis, cette complication de la thyroïdectomie ne signifie pas la section du récurrent; car, dans ce cas, nous aurions la position cadavérique de la glotte. Il s'agirait plutôt d'une compression inhibitrice de l'abduction par processus cicatriciel postopératoire. Aussi faut-il attendre environ 6 mois avant d'exécuter l'aryténoïdectomie. L'ankylose de l'aryténoïde peut être la complication éloignée d'une brûlure (7), d'un phlegmon (14) ou d'un rhumatisme, du port prolongé d'un tube de Levine.

3e groupe. Causes infectieuses et toxiques. La typhoïde, l'infection grippale chronique (J. N. Roy, 4) et le saturnisme peuvent parfois engendrer le syndrome.

Nous rapporterons trois courtes observations illustrant les deux derniers groupes. Le but de cette communication est d'attirer votre attention sur les indications du traitement chirurgical de cette affection.

Observation 1.

Séquelle de thyroïdectomie.

Mme M. S..., patiente des Drs A. Paquet et R. Turcot, est âgée de 44 ans, mère d'une nombreuse famille. En 1942, elle subit une thyroïdectomie à l'Hôtel-Dieu de Québec. Depuis cette époque, elle accuse de la dysphonie légère. La dyspnée inspiratoire plus ou moins continue provoque du tirage la menaçant parfois d'asphyxie. La position couchée devient rapidement intolérable. Le docteur Turcot posa le diagnostic de paralysie des dilatateurs des cordes vocales.

Hospitalisée à l'hôpital Notre-Dame le 29 janvier 1946, la malade présente subjectivement et objectivement les constatations de ses médecins. Voici le résultat de notre examen endoscopique:

A. *Laryngoscopie au miroir laryngé.*

Vestibule laryngé et sinus piriformes présentent un aspect normal. Les bandes ventriculaires ne sont pas hypertrophiées. Glotte: de rares vaisseaux parcourent les cordes vo-

1. Série de communications au XVIIIe Congrès de l'A.M.L.F.C., Québec, juin 1946.

cales. En inspiration: les cordes se maintiennent en position paramédiane; la lumière glottique présente une fente d'à peine 2 mm. Il y a absence bilatérale d'abduction. En expiration: assez bonne sonorité de la voix. Il existe des mouvements d'adduction qui ressemblent à des contractions spasmodiques accompagnées de cornage. Il y a donc persistance du jeu des constricteurs et des tenseurs des cordes vocales.

B. *Laryngoscopie directe.*

L'application du laryngoscope au niveau du vestibule laryngé provoque un spasme de la glotte qui nous empêche de bien observer le jeu des cordes. L'absence de dilatation semble confirmer l'existence d'une paralysie des dilatateurs des cordes vocales.

Le 7 février 1946, nous pratiquons une trachéotomie basse palliative comme premier temps de l'aryténoïdopexie ou de la cordopexie après aryténoïdectomie.

Observation 2.

Séquelle de fracture du larynx.

Il s'agit d'un enfant de 13 ans qui, en octobre 1944, subissait un violent traumatisme du larynx. La menace d'asphyxie poussa le médecin de famille à pratiquer habilement une trachéotomie à travers la membrane crico-thyroïdienne.

A notre premier examen du 12 décembre 1944, nous constatons une sténose laryngée importante par infiltration de l'hémilarynx gauche avec immobilisation paramédiane de

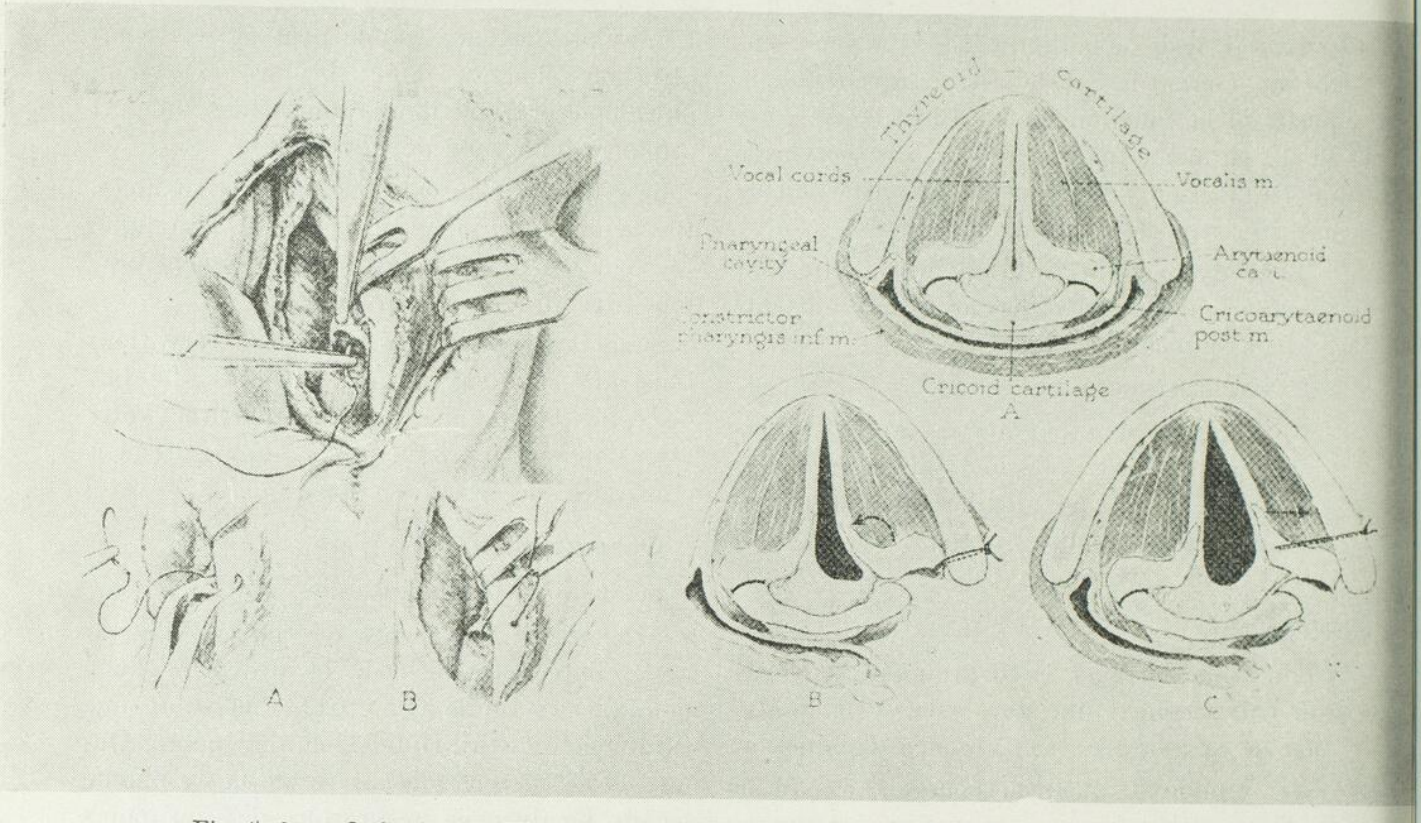


Fig. 1-2. — Opération de King selon la description de Seed (*Annals of Otology, Rhinology and Laryngology*, mars 1942).

Fig. 1. Voie d'accès passant en avant du st-cl-mastoïdien à travers une boutonnière du constricteur inf. du pharynx. La traction en avant et en dehors du bord postérieur de la lame thyroïdienne permet l'ouverture de l'articulation crico-aryténoïdienne et la mise en place du point de suture A, B.

Fig. 2. A, fermeture spasmodique de la glotte en adduction par paralysie des dilatateurs des cordes vocales. B, C, mode d'action de la suture de l'aryténoïde désarticulé au bord postérieur du cartilage thyroïde.

la corde et luxation probable de l'aryténoïde du même côté; d'autre part, il y a une fracture verticale complète à ½ cm. à gauche de la ligne médiane du cartilage thyroïde. Le malade porte une canule.

Or, le 19 décembre 1944, nous pratiquons la trachéotomie basse recommandée par Jackson dans ces cas.

Le 25 janvier 1945, la tuméfaction ayant beaucoup régressé, nous constatons la présence d'un polype de granulation ou bourgeon charnu qui fait clapet au niveau de la commissure antérieure. Dans la suite, nous parvenons à l'enlever partiellement tant par voie endo qu'extralaryngée.

Le malade retourne chez lui, portant sa canule, pour nous revenir en mars dernier afin de décider de son avenir de canulard. Le 26 de ce mois, nous consentions à enlever la canule trachéale après les constatations et la réserve suivantes:

Il existe une sorte d'empâtement de l'hémilarynx gauche accompagné de paralysie d'abduction de la corde et de luxation de l'aryténoïde; à son ⅓ moyen, la bande ventriculaire porte un bourgeon charnu polypoïde de ½ cm. de diamètre, proéminent quelque peu dans la lumière laryngée; le ventricule de Morgagni est comblé. L'hémilarynx droit est normal.

Comme la ventilation laryngo-trachéale nous paraissait suffisante et la voix convenable, nous avons enlevé la canule et laissé fermer la stomie trachéale.

Si, toutefois, la perméabilité glottique devient fonctionnellement inadéquate, ici encore, nous sommes d'avis qu'il sera indiqué d'exécuter l'aryténoïdectomie, plus justement l'aryténoïdopexie, pour éviter au malade de devenir un porteur perpétuel de canule trachéale.

Observation 3.

Complication d'infection grippale chronique.

Monsieur A. G.., ayant maintenant 52 ans, souffre depuis plus de 10 ans de dysphonie chronique et de dyspnée inspiratoire. Déjà en juin 1938, le Dr Jules Brault, traitant le malade dans le service d'O.-R.-L. de l'hôpital Notre-Dame, avait porté le diagnostic de laryngite diffuse et de paralysie de la dilatation de la glotte. Plus tard, il pratiqua une trachéotomie. Nous croyons qu'il s'agit du même cas rapporté par le Dr J. N. Roy (4).

A notre tour, nous voyons le malade en janvier 1945. Les antécédents ne révèlent rien autre chose qu'une infection grippale chronique. Croyant à une déficience de son métabolisme général, son médecin, le Dr Chs Nadeau, administra deux séries d'injections d'histamine et d'acides aminés, mais sans résultat probant.

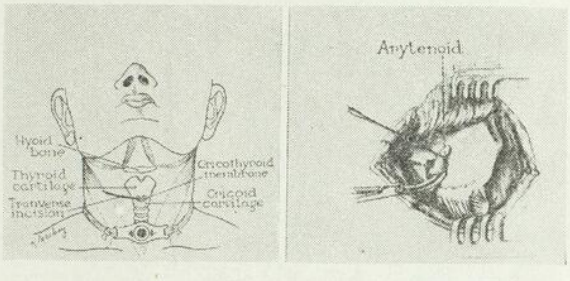


Fig. 3. — Technique de Kelly. Le tracé de l'incision intéresse à la fois les plans cutanéo-aponévrotique et musculaire. On pratique une petite fenêtre à l'emporte-pièce par où on exécute la désinsertion de l'aryténoïde en vue de la cordopexie. (*Arch. of Otolaryngology,* **33**: février 1941.)

A l'examen, le patient présente sa cicatrice d'ancienne trachéotomie, une sonorité vocale assez bonne mais entrecoupée de raucité croupale.

Le miroir laryngé nous fait voir des aryténoïdes hypertrophiés, congestionnés, un peu mobiles. Les bandes ventriculaires très hypertrophiées sont rouge foncé, surplombant les cordes vocales qui sont rouges aussi et tuméfiées quoique lisses. A la sténose partielle de la fente interventriculaire et glottique s'ajoute une hyperexcitabilité spasmodique de la glotte associée à l'absence d'abduction.

Comme le malade présente du tirage marqué le menaçant d'asphyxie, le 7 février 1945, nous pratiquons une trachéotomie plus basse que la première. La pénicillinothérapie se montre inefficace pour améliorer sa laryngite grippale. Le malade se sent incommodé de sa

canule qui provoque des quintes de toux lorsqu'il se penche ou qu'il veut se livrer à un travail manuel.

Après un long repos du larynx, le 15 janvier 1946, les aryténoïdes et les bandes ventriculaires ne nous paraissent presque plus hypertrophiés; ils nous laissent mieux voir la glotte dont les mouvements d'adduction sont normaux. La voix est bonne.

laryngo-trachéale nous paraissait convenable, en mars dernier, nous consentions à enlever la canule et à laisser bourgeonner la stomie trachéale.

Ici encore, nous avons averti le malade que l'aryténoïdectomie complétée de la cordopexie demeure le traitement de choix à appliquer malgré la trachéotomie palliative.

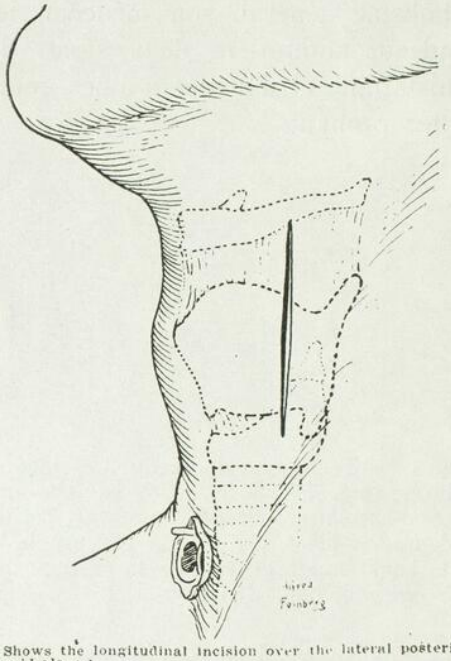


Fig. 1. Shows the longitudinal incision over the lateral posterior third of the thyroid ala.

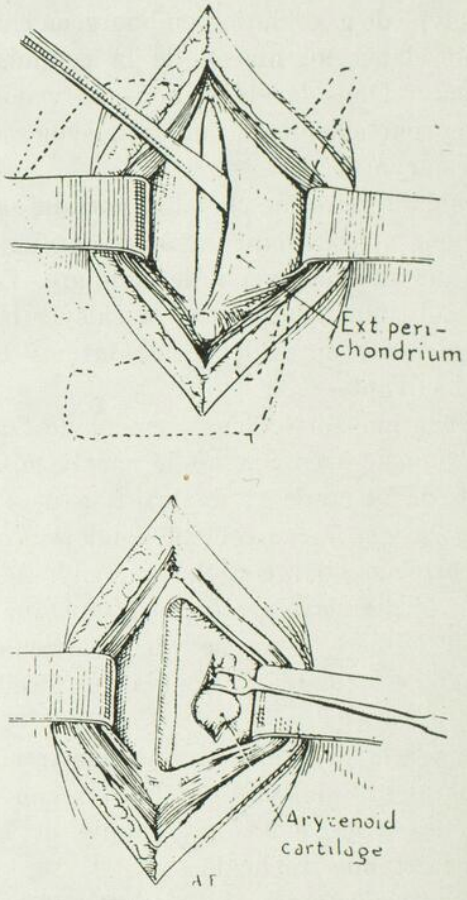


Fig. 4. Technique d'Orton. Décollement sous-périchondral et large fenêtre exécutée aux dépens du 1/3 postérieur de la lame thyroïdienne. Boutonnière du périchondre interne permettant l'aryténoïdectomie. (*The Laryngoscope,* **53**: novembre 1943.)

La corde vocale droite présente un mouvement limité d'abduction et un écartement prononcé de la portion aryténoïdienne correspondant à l'apophyse vocale.

La corde vocale gauche demeure sur la ligne paramédiane, l'adduction se produisant quelque peu, mais l'écartement reste nul.

En un mot, la paralysie bilatérale persiste toujours plus ou moins. Comme la ventilation

Conclusion.

Nous appuyant sur l'opinion de Kelly, nous rattachons toutes les indications de l'aryténoïdectomie ou de l'aryténoïdopexie au jeu de l'aryténoïde fixé ou retenu sur place par le défaut fonctionnel des muscles dilatateurs ou par l'ankylose de l'articulation crico-aryténoïdienne.

Technique opératoire.

Depuis les travaux de King, en 1939, trois procédés, à savoir, ceux de King (5), de Kelly (6) et d'Orton (7), se partagent les préférences des laryngologistes intéressés à cette délicate opération qu'est l'aryténoïdectomie par voie externe.

Les illustrations démontrent les caractères essentiels de chacune de ces techniques.

Dans la lettre personnelle qu'il nous adressait le 18 octobre 1943, le Dr King lui-même nous avoue que le succès de cette opération n'est le résultat que d'un très grand nombre de répétitions sur le cadavre frais.

Depuis que nous nous sommes mis à l'œuvre, nous réalisons le bien-fondé de cet avis.

Electrothérapie.

Dans la paralysie récurrentielle post-thyroïdectomique, la valeur de l'électrothérapie mérite quelque attention.

Laszlo et Fiertz appliquent aux récurrents les principes de l'électro-diagnostic utilisés pour les autres nerfs périphériques. On place l'électrode indifférente sur le sternum et l'électrode active sur la face latérale de la pomme d'Adam. La puissance suffisante de courant doit produire la contraction des muscles superficiels antérieurs du cou. Pendant que le laryngologiste pratique la laryngoscopie au miroir, un aide fait fonctionner l'appareil à électro-diagnostic. Les auteurs cités considèrent qu'une réponse au courant faradique signifie une lésion minime devant guérir dans 2 ou 3 mois. En l'absence de réaction faradique, si la contraction cathodique (pole négatif) est plus forte que la contraction anodique (pole positif), la récupération fonctionnelle neuro-musculaire se rétablira dans moins de 10 mois. La formule inverse représente une réaction de dégénérescence complète, par conséquent, révèle la paralysie récurrentielle définitive.

BIBLIOGRAPHIE

Paralysie des dilatateurs des cordes vocales

1) P. TRUFFERT et G. CANUYT: *Les maladies du larynx.* Masson et Cie, Paris, 1939.

2) Chevalier JACKSON et Chevalier L. JACKSON: *Diseases and Injuries of the Larynx,* 2e éd. The Macmillan Co., New-York, 1942.

3) Chevalier JACKSON, Chevalier L. JACKSON et Al.: *Diseases of the Nose, Throat and Ear.* W. B. Saunders Co. Philadelphie, 1945, pp. 525-541.

4) J. N. ROY: « Thyphoid Neuritis of the Recurrent Nerves with Consequent Para'ysis of the Laryngeal Dilators. » *Arch. Otolaryng.,* **10**: 513 (nov.) 1929. « Para'ysie des dilatateurs laryngés, de nature grippale. » *Les Ann. d'otolaryngologie,* no 11, 1936. « Bilateral Paralysis of the Laryngeal Abductors of Influenzal Origin. » *Ann. of Otol. Rhinol. and Laryngol.,* **45**: 282 (mars) 1936.

5) B. T. KING: « A new and Function-Restoring Operation for Bilateral Abductor Cord Paralysis. » *J. A. M. A.,* **112**: 814 (4 mars) 1939.

6) J. D. KELLY: « Surgical Treatment of Bilateral Paralysis of the Abductor Muscles. » *Arch. Otolaryng.,* **33**: 293 (fév.) 1941.

7) H. B. ORTON: « Surgical Approach for Arytenoidectomy in Bilateral Abductor Paralysis of the Larynx. » *The Laryngoscope,* **53**: 709 (nov.) 1943.

8) J. W. McCALL et F. S. GARDNER (Cleveland): « A Simplified Operation for Bilateral Abductor Paralysis. » *The Laryngoscope,* **53**: 307 (mars) 1943.

9) L. F. MORRISON: « Bilateral Paralysis of Abductor Muscles of the Larynx: 7 cases treated by the Brien T. King Operation. » *Arch. Otolaryng.,* **37**: 541 (janv.) 1943.

10) Lindon SEED: « The King Operation for Bilateral Abductor Paralysis of the Vocal Cords. » *Annals Otol., Rhinol. and Laryngol.,* **51**: 66 (mars) 1942.

11) E. S. WRIGHT: « The Kelly Operation for restoration of Laryngeal Function following Bilateral Paralysis of the Vocal Cords. » *Ann. Otol., Rhinol. and Laryng.,* **52**: 346, 1943.

12) P. H. HOLINGER: « Post-Thyroidectomy Laryngeal Paralysis (Bilateral). » *South M. J.,* **37**: 169, 1944.

13) T. C. GALLOWAY: « Modified Kelly Operation for Abductor Paralysis.» Travail présenté devant la « Chicago Laryngological and Otological Society », 7 avril 1941.

14) M. C. MYERSON: « Fixation of Cricoarytenoid Joints due to Streptococcic Infection. Improvement with King Operation. » *Arch. Otolaryngol.*, **38**: 169 (août) 1943.

15) J. N. LORE (New York): « Stripping of the Vocal Cords. » *Arch. Otolaryngol.*, **42**: 378 (nov.-déc.) 1945.

16) De Graaf WOODMAN: « A Modification of the Extralaryngeal Approach to Arytenoidectomy for Bilateral Abductor Paralysis. » *Arch. Otolaryng.*, **43**: 63 (janv.) 1946.

17) A. F. LASZLO et C. O. FIERTZ (New York): « Prognosis of the Recurrent Nerve Paralysis following Thyroidectomy. » *Arch. Otolaryng.*, **42**: 372 (nov.-déc.) 1945.

CINQUANTE CAS DE CORPS ÉTRANGERS EXTRAITS DES VOIES RESPIRATOIRES INFÉRIEURES. - CONSIDÉRATIONS

Maurice BONNIER, F.C.C.P.,
Chef du service de Broncho-œsophagologie de l'hôpital Sainte-Justine,
Chef du service de Bronchoscopie de l'hôpital du Sacré-Cœur,
Consultant broncho-œsophagologiste à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Les méthodes spéciales de diagnostic et de traitement appliquées dans cette série de corps étrangers du larynx, de la trachée et des bronches sont identiques ou se rattachent de près à celles que m'ont apprises les deux grands maîtres endoscopistes, les professeurs Chevalier et Chevalier L. Jackson. Mes observations statistiques sur les cas intéressants que je vais vous présenter ne peuvent être qu'un humble corollaire de celles développées et exposées par ces deux grands chefs d'école en 1945, portant sur l'analyse de 3,112 cas de corps étrangers sur un total de 4,259 déjà sériés à cette époque, et que j'ai eu l'honneur d'augmenter d'une modeste part lors de mon séjour à Philadelphie il y a une décade.

J'ai en collection présentement 250 spécimens de corps étrangers enlevés des voies respiratoires inférieures et digestives supérieures depuis 8 ans. La première série comprend les 218 premiers corps étrangers de cette collection; de ce nombre, cinquante, soit 22%, ont été extraits des voies respiratoires inférieures. Ils étaient logés comme suit: 4 dans le larynx (8%); 4 dans la trachée (8%); 42 dans les bronches, soit 84% du total des voies respiratoires inférieures. Autrement dit, lorsque le corps étranger a été inhalé par l'un de nos malades, dans près de 85% des cas, il est tombé et s'est ancré dans une bronche, et deux fois sur trois dans une bronche droite. La nature des corps étrangers a été assez variée: 21 cacahuètes, soit 42% du total; 10 autres corps végétaux ou organiques (20%); 16 corps métalliques (32%). Quarante-quatre de ces patients étaient des enfants (88%); 6 seulement des adultes (12%), ce qui représente une marge considérable que nous pouvons facilement expliquer par la tendance naturelle qu'ont les enfants de tout porter à la bouche et d'y mettre les menus objets. Une de nos adultes avait inhalé le corps étranger 14 ans auparavant alors qu'elle était enfant. Les âges s'échelonnent entre 8 mois et 46 ans et surtout entre un an et 3 ans vraisemblablement à cause d'une inaptitude de cet âge à manger ou à mastiquer des cacahuètes. La guérison fut complète sauf dans deux cas où la mort était humainement inévitable à cause de leur condition déplorable à leur arrivée. Seuls ces deux malades ont dû être trachéotomisés afin de leur accorder toutes les chances possibles de manipulation et de survie.

Nous avons pu observer tous les genres

possibles d'obstruction bronchique, complète ou incomplète, déterminée par la présence de ces corps étrangers et des troubles secondaires de suppuration, d'emphysème et d'atélectasie par obstruction. Dans une dizaine de cas il n'y avait pas d'histoire de corps étranger; chez plusieurs de ces derniers de même que chez quelques autres l'examen radiologique était négatif ou peu suggestif de la présence d'un corps étranger comme élément causal. Les autres s'étaient présentés avec une histoire vague d'étouffement survenu après qu'ils eussent mis un corps étranger dans leur bouche. La moitié seulement des patients ont consulté ou ont été dirigés dans les douze premiers jours qui ont suivi l'accident. Au moins vingt-cinq ont été admis à l'hôpital après une période de temps variant de 12 jours à 14 ans après la pénétration du corps étranger dans les voies aériennes. Le plus grand nombre à cause d'un diagnostic tardivement posé.

La nature des corps étrangers a été assez diverse:

I. *30 corps végétaux ou organiques* (60% du total) dont 21 cacahuètes (42% du total), les fragments d'une fève longue, un épi de mil, un fragment de coquille de noisette, deux fragments d'os, deux dents, un fragment de bois, un segment de péricarpe de pomme.

II. *16 corps métalliques* ou 32% du total:
- 4 épingles de sûreté ou de fantaisie ouvertes.
- 2 épingles droites.
- 1 morceau de douille de crayon.
- La portion tubulée d'une canule de trachéotomie.
- La douille d'une balle de calibre no 22.
- Un morceau d'une vis.
- La portion vertébrée flexible d'un aspirateur.
- Un morceau de tôle triangulaire.
- Un clou de ¾ de pouce.
- 2 clous tapissiers.
- La douille d'un fusible.
- L'agraffe d'un fermoir éclair.

III. *Autres corps étrangers particuliers.*
- Un grain ovalaire en bois, d'un chapelet.
- Une grosse perle en verre, d'un collier de perles.
- Un morceau de celluloïde, d'un jouet d'enfant.

D'après les Jackson, 99% des cacahuètes sont enlevées chez des enfants; aussi je n'ai découvert de cacahuète que chez un adulte, une femme de 46 ans. Si je fais exception de cette personne, les âges s'échelonnent de 15 mois à 10 ans, et surtout de 1 à 3 ans; ces deux années fournissent notre plus grand contingent pour ce genre de corps étrangers, soit 76% des cas de cacahuètes, à savoir 16 cas sur 21.

Temps de séjour:
- 10 mois chez cette adulte.
- 2 jours à 2 mois chez ces enfants.

Localisation:
- 9 dans la grosse bronche droite (42%);
- 4 dans la grosse bronche gauche (19%);
- 2 dans la bronche du lobe inférieur droit (9%);
- 2 dans la bronche du lobe inférieur gauche (9%);
- 3 dans la trachée (14%);
- 1 dans la bronche du lobe supérieur gauche.

Signes cliniques chez les enfants:

Respiration asthmatoïde, sibilances et emphysème d'obstruction dans le plus grand nombre des cas; tirage, dyspnée, cyanose dans 3 cas.

Données radiologiques:

Dans environ 50% des cas, à l'expiration, emphysème du poumon obstrué avec déplacement du médiastin vers le côté opposé non obstrué. Dans un petit nombre de cas, atélectasie du lobe ou du poumon obstrué avec déplacement du médiastin de ce côté.

Dans un certain nombre de cas: données entièrement négatives.

Chez l'adulte que je cite pour comparaison et qui a gardé son corps étranger pendant



Fig. 1. — 40 spécimens de corps étrangers des voies respiratoires inférieures avec légendes; 16 seulement étaient opaques aux rayons X. Le fragment de coquille de noisette, l'épi de mil et plusieurs cacahuètes ont été de pures trouvailles de la bronchoscopie.

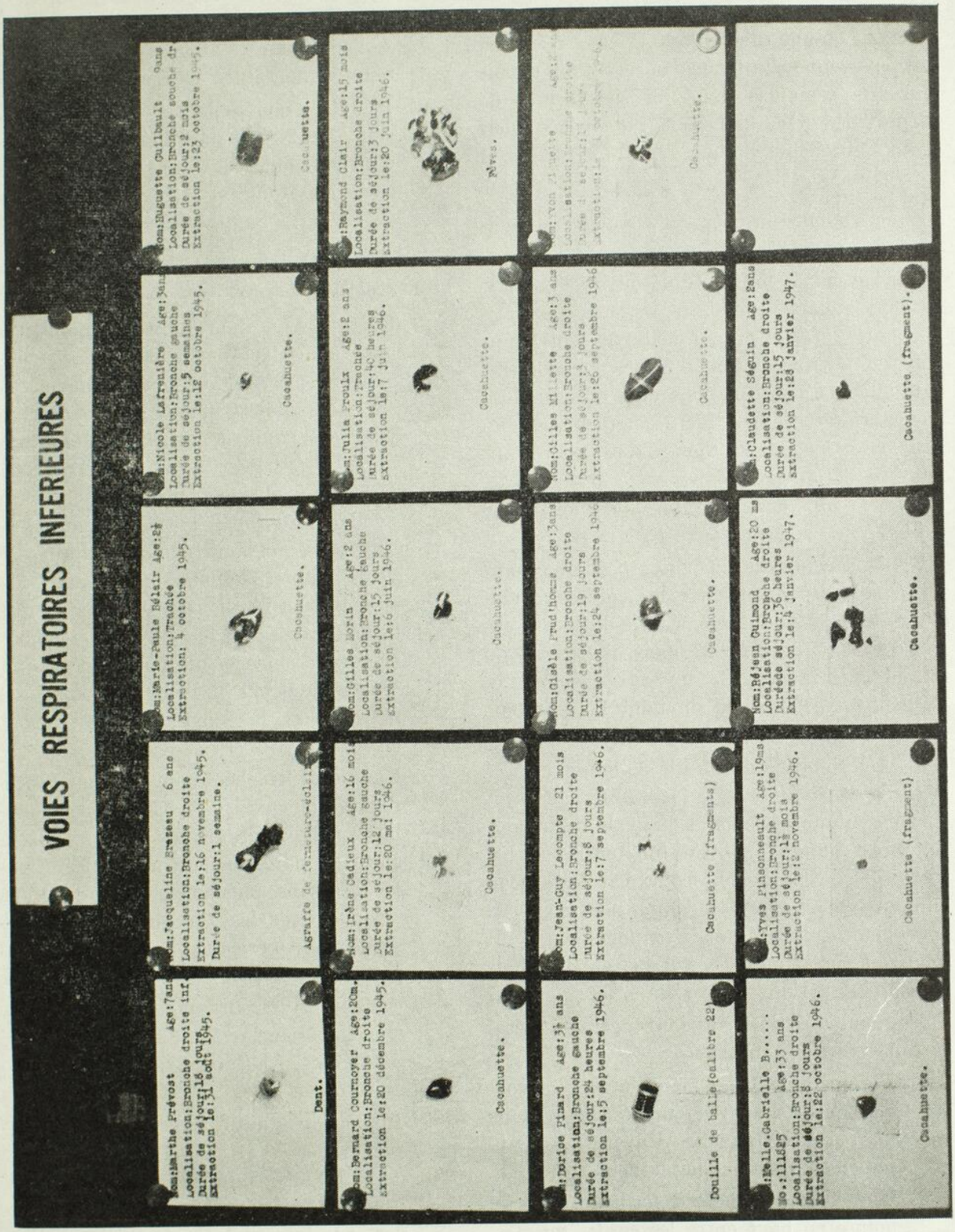


Fig. 2. — Autre série de 19 spécimens de corps étrangers enlevés des bronches, avec légendes: 15 sont des fragments de cacahuète, soit près de 75%. La présence de plusieurs de ces « peanuts » n'était même pas soupçonnée. Les patients étaient traités soit pour de l'asthme, soit pour de la bronchite ou de la broncho-pneumonie.

10 mois, il y avait une suppuration chronique qui pouvait en imposer pour une bronchectasie ou une tuberculose. Pour cette raison cette personne était sous observation depuis plusieurs semaines dans un sanatorium de la province d'où elle nous fut dirigée pour examen bronchoscopique.

* * *

Voici résumée brièvement l'histoire de quelques cas particulièrement intéressants.

1. Un épi de mil a été découvert dans une bronche gauche secondaire (bronche du lobe inf. gauche), chez un enfant de 20 mois. Suppuration putride du lobe inférieur gauche pendant 3 mois avec mauvais état général dont on ignorait l'origine. L'épi complet avait un bout assez long de sa tige. Ce cas a été rapporté et décrit dans les *Annales Médico-Chirurgicales de l'hôpital Sainte-Justine* (année 1941).

2. La membrane du péricarpe d'une pomme a été suspendue entre les cordes vocales d'une enfant pendant une période de deux mois. Cette enfant, âgée de 22 mois, présentait du stridor inspiratoire, de la toux croupale et de la dyspnée, le tout simulant le syndrome d'une laryngite infectieuse ou contagieuse.

3. Une moitié de coquille de noisette a été soutirée de la bronche du lobe inférieur droit chez un enfant de 8 ans. Elle avait été inhalée six mois auparavant. Ce fut une véritable trouvaille de la bronchoscopie car le tableau clinique en imposait quelque peu pour un épanchement pleural ou une pneumonie. Il s'agissait tout simplement d'atélectasie lobaire par obstruction.

4. Sommaire de 4 corps étrangers en métal extraits chez des enfants:

a) Fragment de bague métallique de crayon. Garçon de 6 ans; séjour de 5 jours dans une bronche gauche. Un peu de toux seulement et quelques roncus.

b) Une longue épingle à fermoir, ouverte, pointe en haut entre les cordes vocales. Séjour de 24 heures. Garçon de 13 ans. Comme symptômes: toux et dysphonie.

c) Corps d'une vis logée dans la bronche gauche depuis 21 jours. Enfant de 3 ans. A l'admission, état général critique, tirage, température élevée, épuisement.

d) Douille d'une balle de calibre 22 logée pendant 12 jours dans l'arbre bronchique d'un garçonnet de 5 ans. (Cas rapporté dans les *Annales Médico-Chirurgicales de l'hôpital Sainte-Justine,* 1940.)

5. Liste de quatre corps étrangers des bronches chez des adultes.

a) Epingle à fermoir, ouverte, pointe en haut, dans la bronche du lobe inférieur gauche, chez une femme de 21 ans. Cette épingle avait été inhalée 14 ans auparavant alors que la patiente n'était âgée que de 7 ans. Emphysème gauche drainé à l'âge de 11 ans; fistule consécutive pendant environ 6 mois. Vomique quotidienne abondante depuis la fermeture de la fistule. Comme signes ceux d'une suppuration fétide avec intoxication. En somme, ressemblance avec une suppuration tuberculeuse, au point qu'en juin, les phtisiologues lui défendent de nourrir un bébé et la séparent même de son enfant.

b) Canule de trachéotomie chez un cancéreux du larynx âgé de 36 ans, logée dans la bronche droite depuis 10 jours. Bronchite suppurée banale avec ulcérations locales sans phénomène d'obstruction. (Publié dans les *Transactions* de l'Association Américaine de Broncho-Œsophagologie, 1941.)

c) Bout d'aspirateur métallique dans le lobe supérieur droit. Ce patient, âgé de 33 ans, souffrait d'un abcès pulmonaire de ce lobe.

d) Epingle de sûreté ouverte chez une patiente âgée de 41 ans. L'objet était logé dans le lobe inférieur droit (bronche principale) depuis 12 ans et fut découvert par la radiologie seulement à l'occasion d'hémoptysies. (Présenté à la Société de Phtisiologie de Montréal en

1941 et publié dans les *Annales Américaines d'Oto-Rhino-Laryngologie.*)

6. Fragment d'os de bœuf chez un ouvrier de 35 ans, logé dans la bronche gauche depuis 15 jours. Toux pénible, température, expectorations fétides. Pas d'ombres radiologiques évidentes autres que celles d'une réaction péribronchique quelconque à ce niveau.

complet nous entendons l'histoire antérieure complète, familiale et personnelle, un examen physique attentif, les recherches radiologiques, les analyses de laboratoire et l'exploration bronchoscopique, suivie, si nécessaire, des études radio-bronchoscopiques complémentaires par instillation de lipiodol ou d'autres substances opaques dans les bronches. La bron-

21 cacahuètes.

Noms	*Age*	*No*	*Corps étranger*	*Localisation*	*Durée du séjour*	*Tableau clinique*
Micheline C.	8 mois		Cacahuète	Grosse bronche droite	15 jours	
Gilles B.	2 ans		Cacahuète	Grosse bronche droite	6 jours	
Lucien C.	6 ans		Cacahuète	Trachée	24 heures	Dyspnée — Tirage cyanose.
Marie-Paule B.	2½ ans		Cacahuète	Trachée		Respiration asthmatoïde, clapet, ronronnements.
Nicole L.	3 ans		Cacahuète	Grosse bronche gauche	5 semaines	
Huguette G.	7 ans		Cacahuète	Grosse bronche droite	2 mois	
Bernard C.	20 mois		Cacahuète	Grosse bronche droite		
Irène C.	16 mois		Cacahuète	Grosse bronche gauche	12 jours	
Gilles M.	2 ans		Cacahuète	Grosse bronche gauche	15 jours	
Julia P.	2 ans		Cacahuète	Trachée	40 heures	Respiration asthmatoïde, clapet.
Gilles C.	2 ans		Cacahuète	Grosse bronche gauche		
Gérard G.	22 mois		Cacahuète	Bronche lobe inf. droit		
Mme W. B.	46 ans		Cacahuète	Bronche lobe inf. droit	10 mois	
Pierrette C.	26 mois		Cacahuète	Grosse bronche droite	3 semaines	
Micheline G.	15 mois		Cacahuète	Grosse bronche droite		
Robert J.	15 mois		Cacahuète	Grosse bronche droite		
Gérard S.	10 ans		Cacahuète	Bronche lobe supérieur Bronche lobe inf. gauche		
Jacqueline L.	19 mois		Cacahuète	Grosse bronche droite	2 jours	
Serge B.	3 ans		Cacahuète	Grosse bronche droite	3 jours	
Yves C. †	18 mois		Cacahuète	Bronche lobe inf. gauche	18 jours	
Louise C.	2 ans		Cacahuète	Bronche lobe inf. gauche	5 jours	

Conclusions.

Dans l'ensemble nous avons observé que les symptômes et les signes broncho-pulmonaires produits par les corps étrangers pouvaient ressembler à ceux d'affections broncho-pulmonaires telles que l'asthme bronchique, la broncho-pneumonie, la pleuro-pneumonie, les tumeurs, les bronchites infectieuses et même la tuberculose.

Il est donc d'une grande importance qu'une étude complète soit faite chaque fois que le diagnostic broncho-pulmonaire n'a pas été fermement établi ou confirmé. Par examen

choscopie, c'est-à-dire l'opération bronchoscopique, est la seule qui permet l'ablation de la cause d'obstruction, c'est-à-dire le corps étranger, et qui offre les moyens d'améliorer la perméabilité d'une bronche obstruée par une muqueuse enflée, des fausses membranes, des débris, des lambeaux de tissu ou de sécrétions épaisses. C'est ainsi que dans ce genre de maladie la mortalité effarante d'autrefois a pu être abaissée au taux respectable de 2%. Seulement 2 à 4% des corps étrangers bronchiques sont expulsés par la toux; environ 99% peuvent être enlevés par bronchoscopie

16 corps étrangers métalliques.

Noms	*Age*	*No*	*Corps étrangers*	*Localisation*	*Durée de séjour*	*Tableau clinique*
Réal M.	6 ans		Bague métallique de crayon	Bronche lobe inf. gc.	5 jours	Toux légère seulement.
Dieudonné B.	36 ans		Portion tubulée d'une canule de trachéotomie	Grosse bronche droite	10 jours	Toux seulement.
Léonce L.	5 ans		Douille de balle calibre 22	Bronche lobe inf. gc.	17 jours	
Yvette V.	3 ans		Morceau de vis	Bronche lobe inf. dr.	21 jours	Tirage, temp. élevée, état critique par épuisement.
Lucien F.	33 ans		Bout d'aspirateur vertébré flexible	Bronche segmentaire du lobe sup. droit	2 jours	Cas d'abcès du poumon.
Annette T.	21 ans		Epingle droite	Bronche lobe inf. dr.	4 jours	Toux, crachats hémoptoïques.
Marcel B.	11 ans		Epingle droite embrochant un morceau de liège	Trachée	2 jours	
Rolland L.	13 ans		Grosse épingle à cravate, ouverte	Larynx et trachée	24 hrs	Toux et dysphonie.
Jacques B.	8 mois		Epinglette de fantaisie, ouverte	Larynx et trachée	24 hrs	Dyspnée, tirarage, aphonie.
Mme Gérard L.	34 ans		Petite épingle de sûreté, ouverte. Calculs de chaux et phosphates.	Bronche du lobe inf. droit.	10 ans	Toux productive, hémoptysies. Episodes grippaux.
Mme Paul B.	21 ans		Epingle à fermoir, sans ressort, ouverte	Bronche du lobe inf. gauche	14 ans	Dyspnée, tirage, cyanose.
Roland M.	2 ans		Morceau de tôle triangulaire	Larynx	12 mois	Dyspnée, tirage, cyanose. Etat moribond.
Jacqueline C.	3 ans		Clou de ¾ de pouce	Grosse bronche gc.		
Jean-Guy D.	21 mois		2 clous tapissiers	Grosse bronche dr.	48 heures	
Jacqueline R.	5 ans		Douille de fusible	Grosse bronche dr.	1 sem.	
Jacqueline B.	6 ans		Agraffe de fermoir éclair 8 à droite: 50%. 7 à gauche: 43%	Grosse bronche dr.	1 sem.	

Autres corps organiques.

Noms	*Age*	*No*	*Corps étrangers*	*Localisation*	*Durée de séjour*	*Tableau clinique*
Noël M.	19 mois		Plus de 4 fragments de fève longue	Trachée, bronches g et bronches droites	3 sem.	Temp., stridor. tirage, cyanose
Denis G.	20 mois		Epi de maïs avec tige	Bronche, lobe inf. gauche	3 mois	Toux grasse, haleine fétide.
Marcel L.	8 ans		Fragment de coquille de noisette	Bronche du lobe inf. droit	6 mois	Grande fièvre toux, septicité. Etat mauvais.
Mme Aimé P.	35 ans		Fragment d'os de bœuf	Bronche du lobe inf. gauche	15 jours	Toux douloureuse, malaise, fièvre.
Claude L.	2 ans		Fragment de bois	Bronche inf. gauche		
Unice S.	7½ ans		Dent molaire	Grosse bronche droite	3 sem.	Toux, température.
Marthe P.	7 ans		Dent incisive	Grosse bronche droite	18 jours	
Mme John C.	43 ans		Os de poulet	Grosse bronche droite	10 jours	Toux quinteuse, fortes douleurs locales, haleine fétide.
Françoise D.	22 mois		Segment de péricarpe de pomme	Larynx	2 mois	Stridor laryngé, tirage, dyspnée, aphonie.

Corps étrangers particuliers.

Noms	*Age*	*No*	*Corps étrangers*	*Localisation*	*Durée de séjour*	*Tableau clinique*
Claude M.	2 ans		Grain de chapelet ovalaire en bois	Grosse bronche droite	24 hrs	Emphysème
Yves L.	4½ ans		Grosse perle ovalaire en verre, d'un collier de perles	Grosse bronche gauche	18 hrs	Emphysème
Aline D.	10 ans		Morceau de celluloïde, d'un jouet	Larynx	24 hrs	Stridor, dyspnée et tirage marqués.

perorale avec, comme résultat, un recouvrement complet dans 98% des cas même si le séjour prolongé du corps étranger a entraîné des modifications pathologiques étendues.

En concluant, signalons que les corps étrangers causent beaucoup de morts par asphyxie avant que leurs victimes n'aient eu le temps de voir le médecin.

BIBLIOGRAPHIE

Chevalier JACKSON et Chevalier L. JACKSON: *Diseases of the Air and Food Passages of Foreign Body Origin.* Philadelphie, W. B. Saunders Company, 1936.

Chevalier JACKSON et Chevalier L. JACKSON: *Diseases of the Nose, Throat and Ear.* Philadelphie, W. B. Saunders Company, 1945.

Maurice BONNIER: « Bronchography as an Aid to the Bronchoscopist. » Transactions of the College of Physicians and Surgeons of Philadelphia, Section of Otolaryngology, 1936.

Maurice BONNIER: « Etude sur le lipiodolage de la trachée et des bronches à l'aide de la sonde opaque, en caoutchouc, flexible ou semi-rigide. » *L'Union Médicale du Canada,* **67**: (avril) 1938.
Communication faite à Montréal, le 8 sept. 1936, au Congrès de l'A.M.L.F.A.N.

Chevalier L. JACKSON et Maurice BONNIER: « Technic of Bronchography. » *Ann. of Otology Rhin. and Laryn.,* **46**: 771 (sept.) 1937; lu devant l'Amer. Broncho. Soc., Atlantic City, 2 juin 1937.

J. M. LeMEE et Maurice BONNIER: « Technique de la bronchographie chez l'enfant — bronchoscopie, œsophagoscopie et gastroscopie. » *Bull Soc. Broncho-œsophagoscopie langue française,* **4**: 285 (octobre) 1937.
Rapport fait au congrès de la Soc. Française de Bronchoscopie, d'Œsophagoscopie et de Gastroscopie, Bruxelles, 1937.

Maurice BONNIER: « Les corps étrangers des voies aériennes et digestives d'origine dentaire. Méthode de leur extraction. » *Le Journal de l'Ass. Dentaire Canadienne,* (février) 1939.
Communication faite à la Société Dentaire de Montréal.

Maurice BONNIER: « Origines, indications et bienfaits de la bronchoscopie dans les maladies des voies respiratoires inférieures. » *L'Union Médicale du Canada,* **68**: (juin) 1939.

Maurice BONNIER: « Les indications de la bronchoscopie en médecine broncho-pulmonaire. Notes sur la tuberculose. » *Pub. Com. Prov. Déf. contre Tub. Qué.,* **2**: (sept.) 1939.

Maurice BONNIER: « Les tumeurs broncho-pulmonaires. » Communication faite à la 2e réunion de la Société de Phtisiologie de Québec, à l'hôpital Laval, octobre 1938.

Maurice BONNIER: « Présentation d'un cas de corps étranger endo-bronchique qui a produit à lui seul en moins de cinq jours, les trois grands jeux de soupape pouvant entraîner l'obstruction partielle ou complète des bronches. » *Les Ann. Méd.-Chir. de l'hôp. Ste-Justine,* **2**: (mai) 1940.

Maurice BONNIER: « Indications et résultats de l'endoscopie perorale chez l'enfant. » *Cours de perfectionnement en pédiatrie.* Hôp. Ste-Justine juin 1940.

Maurice BONNIER: « Quelques considérations pratiques sur les corps étrangers des bronches chez les enfants. Un cas pour illustrer. » *Les Ann. Méd.-Chir. de l'hôp. Ste-Justine,* **3**: (mai) 1941.

Maurice BONNIER: « Extraction, par bronchoscopie, d'une épingle de sûreté ouverte, demeurée 10 ans insoupçonnée, dans la bronche du lobe inférieur droit. » Communication faite à la Soc. de Phtisiologie de Montréal, à l'Institut Bruchési, février 1941.

Maurice BONNIER: « Bronchoscopic Study and Removal of Inhaled Foreign Bodies Acting as Obstructing Valves of the Lungs — Presentation of Eighteen Cases — Differential Diagnosis. » Lu devant la Canadian Tuberculosis Association, hôtel Royal York, Toronto, 7 juin 1941. Rapport annuel de 1941 de la Can. Tub. Ass.

Maurice BONNIER: « Presentation of Three Interesting Endoscopic Foreign Body Cases. » *Ann. of Otol., Rhinol. and Laryngol.*, **50**: 936 (sept.) 1941; Transactions of the American Bronchoscopic Soc., 1941. — Présenté à la 24e assemblée annuelle de l'American Broncho-Œsophagological Ass., Cleveland, Ohio, 3 juin 1941.

Maurice BONNIER: « Activités bronchologiques et œsophagologiques à l'hôpital Ste-Justine depuis quatre ans. » *Ann. Méd.-Chir. de Ste-Justine*, **4**: 57, 1942.

Maurice BONNIER: « Tuberculose bronchique: Notes sur la tuberculose. » *Pub. du Com. Prov. de Déf. contre la Tub.*, **6**: (déc.) 1943.

Maurice BONNIER: « La bronchectasie du point de vue bronchoscopique. » *L'Union Méd. du Can.*, **73**: 1049 (sept.) 1944.

OBSERVATIONS SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DU GLAUCOME

Jean LACERTE,
Chef du service d'Ophtalmologie, Hôtel-Dieu (Québec).

Quoique l'iridectomie de De Graeffe soit consacrée comme l'opération de choix dans le glaucome aigu, il nous a semblé plusieurs fois que nous aurions rendu davantage service à nos patients en pratiquant une sclérectomie.

En présence d'une crise de glaucome aigu, qui nous dit qu'il ne s'agit pas d'une poussée aiguë chez un glaucomateux chronique? Dans ce cas, la simple iridectomie ne paraît pas suffisante pour conjurer définitivement l'état glaucomateux. Dernièrement, nous avons fait cette constatation. Après avoir pratiqué une large iridectomie qui remettait la tension oculaire à la normale, notre malade fait, au bout de dix jours, une crise de glaucome aigu. L'injection orbitaire de novocaïne et d'alcool n'apportant à peu près pas de soulagement, le malade réclame à grands cris l'énucléation. Croyant être en présence d'un glaucome secondaire à une tumeur intra-oculaire, nous enlevons cet œil. L'examen histo-pathologique n'a pas révélé la présence de tumeur.

Aurions-nous pu sauver cet œil? Je crois que oui. Maintenant que nous avons l'action bienfaisante de l'injection de novocaïne et alcool qui donne dans le glaucome aigu un répit avec cessation des symptômes pendant plusieurs heures et quelquefois même pendant quelques jours, pourquoi ne ferions-nous pas une irido-sclérectomie alors que ce glaucome aigu est en quelque sorte transformé en glaucome subaigu? La scléro-iridectomie type Lagrange serait plus indiquée ici, je crois, que la simple trépanation d'Elliott.

Nous devons donc nous rappeler que l'œil atteint de glaucome aigu et opéré avec succès doit être soumis à une surveillance régulière. Morax nous dit bien: « En pratiquant une scléro-iridectomie sur un œil déjà iridectomisé, on pourra retarder le délai de la cécité ou même maintenir définitivement une tension normale. »

Dans le glaucome chronique, prenons pour acquis que, lorsque le traitement médical ne suffit plus à normaliser la tension ni à empêcher une atteinte, si minime soit-elle, de la valeur fonctionnelle de l'œil, il faut opérer et le plus rapidement possible. Pour le glaucome chronique, plusieurs opérations se partagent la faveur des ophtalmologistes. Il s'agit d'obtenir une cicatrice filtrante, « cystoïde », aussi durable que possible. La scléro-iridectomie faite selon le procédé de Lagrange ou selon la technique d'Elliott est l'opération fistulisante la plus utilisée.

Mais avant de nous attarder sur le mérite de ces deux méthodes opératoires, disons un mot de la « cyclodialyse ». C'est une opération que notre maître Bailliart conseillait fortement. Nous devrions pratiquer davantage cette opération dans deux stages du glaucome chronique. Dans le cas de glaucome chronique,

tout au début, où il y a peu ou pas de tension oculaire, la cyclodialyse, qui n'est traumatisante pour l'œil glaucomateux, peut être répétée plusieurs fois sans inconvénient sérieux. Mais la principale indication de la cyclodialyse serait celle du glaucome chronique évoluant depuis longtemps et dont le champ périphérique approche du point de fixation. L'effet décompressif serait moins brutal que celui d'une scléro-iridectomie. Elle préviendrait l'apparition de phénomènes d'oblitération vasculaire, cause de l'envahissement du point de fixation.

Revenons à la scléro-iridectomie. Nous subissons ici quelque peu l'influence du milieu anglo-saxon, malgré notre formation française. Nous pratiquons beaucoup plus souvent la trépanation d'Elliott que l'opération de Lagrange. Je crois que nous avons généralement tort! Il faut être chanceux pour arrêter l'évolution d'un glaucome chronique avec une seule trépanation d'Elliott. Comme le fait remarquer Magitôt: « On ne peut juger du résultat d'une opération d'Elliott que vers le troisième et quatrième mois. » Nous avons bien dès les premiers jours un soulèvement conjonctival, une fistulisation cystoïde, mais elle persiste rarement au bout de quelques mois. Il arrive alors que l'hypertension se reproduise. Il ne faut pas hésiter alors à faire une nouvelle scléro-iridectomie en la situant en dehors ou en dedans du point primitivement opéré. Dans les derniers cas que nous avons eu à suivre, la trépanation d'Elliott, même répétée, s'est montrée insuffisante. Je crois que nous devrions obtenir un bien meilleur résultat dans le traitement chirurgical du glaucome chronique, en faisant dès le début la scléro-iridectomie type Lagrange. Cette opération est plus apte à produire une cicatrice durable, une fistulisation permanente. C'est notre humble opinion.

L'EXOPHTALMIE EN CLINIQUE

Lucien LEFEBVRE
Ophtalmologiste à l'hôpital du Saint-Sacrement (Québec).

L'exophtalmie est une hernie plus ou moins marquée du globe oculaire hors de l'orbite. C'est un symptôme assez fréquent et presque toujours l'indice d'un trouble sérieux.

Son intensité se calcule au moyen d'une petite règle transparente, appliquée au bord externe de l'orbite, dont on mesure la distance avec un plan tangent à la cornée. Une mesure plus précise est obtenue au moyen d'un appareil spécial appelé exophtalmomètre. La hauteur normale du globe oculaire, ainsi calculée, est d'environ 15 mm. chez l'adulte.

L'exophtalmie peut résulter d'un accroissement des diamètres du globe oculaire même ou, plus souvent, être causée par une sortie passive du globe sous la poussée des tissus environnants.

Nous repasserons brièvement toutes les causes d'exophtalmie et nous étudierons ensuite quelques cas de malades qui se sont présentés dernièrement dans le Service du Dr Henri Pichette, à l'hôpital du St-Sacrement.

I. Traumatismes

Ce sont les blessures pénétrantes, contondantes, les coupures, les opérations malheureuses, les fractures des parois osseuses, les corps étrangers.

L'exophtalmie est produite dans ces cas par l'hémorragie ou par l'emphysème intraorbitaires, ou par les deux à la fois. De même, un corps étranger un peu volumineux peut provoquer un aspect d'exophtalmie.

Il y a des cas où le traumatisme est tel qu'il provoque une luxation du globe oculaire

en avant des paupières. Un coup de pouce bien appliqué peut amener ce résultat.

Dans toutes ces éventualités, l'histoire clinique aide grandement au diagnostic.

II. Les infections

1) *Périostite.*

La périostite détermine de l'exophtalmie, plus ou moins marquée, lorsqu'elle siège en arrière du bord orbitaire, dans l'orbite.

Dans les cas aigus, il y a en outre de la rougeur, de la douleur, de la sensibilité, de l'œdème même. Dans les cas chroniques, à étiologie syphilitique ou tuberculeuse, le diagnostic peut être très difficile, à moins que le rebord orbitaire ne soit quelque peu atteint et induré.

2) *Pseudo-tumeurs.*

Ce sont des cas rares d'inflammation chronique, de cause inconnue; elles se développent joliment vite et se résorbent après quelques mois. On les confond habituellement avec une tumeur primitive dont elles sont d'ailleurs difficiles à différencier.

3) *Ténonite.*

Inflammation séreuse avec effusion dans l'espace de ténon et gonflement vésiculaire aux insertions musculaires des muscles extra-oculaires. La tétonite est rare et donne de l'exophtalmie dans les seuls cas marqués. Elle survient à la suite d'une opération de strabisme, ou d'une blessure, ou d'une infection d'ordre général, tel un coryza.

4) *Cellulite orbitaire.*

Cette inflammation du tissu cellulaire de l'orbite se termine habituellement en suppuration, et devient alors le phlegmon orbitaire, ou abcès rétro-bulbaire. Ici, l'exophtalmie prend naissance dans un décor bruyant de symptômes locaux et généraux marqués: gonflement des paupières, chémosis, douleurs, rougeur et fièvre. L'ouverture de l'abcès et la guérison ne restaurent pas souvent la perte habituelle et fréquemment complète de la vision.

5) *Sinusites para-nasales. Mucocèles.*

La sinusite frontale aiguë purulente, de même que l'ethmoïdite aiguë, peuvent donner de l'exophtalmie en distendant les parois de l'orbite. Indirectement, elles arrivent au même résultat, en causant de la périostite ou de la cellulite orbitaire.

Les sinusites peuvent évoluer vers le mucocèle; ce dernier, en envahissant l'orbite, provoque souvent de l'exophtalmie marquée (outre les autres signes de tumeurs orbitaires).

6) *Thrombose du sinus caverneux.*

Les symptômes simulent de bien près ceux de l'abcès de l'orbite, dans bien des cas. L'exophtalmie est parfois très marquée. Mais, il y a davantage de troubles cérébraux, et de troubles du fond d'œil. La distension des veines de la rétine et l'œdème de la papille sont plus intenses. Il y a souvent de l'extension au côté opposé.

III. Tumeurs

A) *Exophtalmie causée par accroissement du globe oculaire même.*

1) *Les tumeurs intra-oculaires.*

Il s'agit du sarcome de la choroïde, qui débute par une masse brunâtre au fond d'œil, et du gliome de la rétine, tumeur maligne également mais survenant dans le bas âge, et qu'on surnomme en anglais « amaurotic cat's eye ».

Dans le troisième stage de leur développement, lorsque l'accroissement est postérieur, ces tumeurs produisent de l'exophtalmie, avant d'en arriver plus tard à la perforation et aux ulcérations.

2) *Glaucome congénital.*

Encore appelé hydrophalmie, ou buphtalmie, le glaucome congénital apparaît à la naissance ou tout au moins dans les semaines ou mois qui suivent. La cause en serait un défaut de filtration au niveau du canal de Schlemm. Le globe oculaire est plus gros que la normale, sa tension habituellement augmentée. La vision est très compromise.

B) *Tumeurs orbitaires.*

Plutôt rares, les tumeurs orbitaires proviennent des parois ou du contenu de l'orbite. L'exophtalmie est ordinairement présente. De même les troubles visuels sérieux.

On rencontre des tumeurs bénignes: kystes dermoïdes, neuro-fibromes, anévrismes, angiomes, ostéomes; des tumeurs malignes: sarcomes (les plus fréquentes) et épithéliomas.

Les tumeurs malignes demandent l'exentération complète de l'orbite, même au sacrifice d'une vision encore bonne, suivie de rayons X, ou de radium.

C) *Aux tumeurs de l'orbite peuvent se rattacher deux causes d'exophtalmie.*

1) *Varices des veines de l'orbite,* causant une exophtalmie dite intermittente, qui apparaît en position couchée, pour disparaître en station debout. Elle est rare.

2) *Anévrisme artérioso-veineux.*

Cause l'exophtalmie pulsatile, avec bruits entendus et par le malade et par l'auscultation. La ligature de la carotide primitive, ou celle de toutes les veines orbitaires plus la veine angulaire, a guéri et sauvé plusieurs cas.

D) *Tumeurs cérébrales à développement orbitaire.*

Aux tumeurs de l'orbite peuvent encore s'identifier les tumeurs cérébrales envahissant l'orbite. Ce sont principalement des gliomes et des méningiomes. Si leur développement est presque complètement orbitaire, ces tumeurs peuvent évoluer dans le cortège habituel des symptômes de tumeur cérébrale, mais en revanche provoquer une forte exophtalmie, outre les troubles du fond d'œil et de la vision.

IV. Exophtalmie causée par des maladies systémiques.

A) *Goitre exophtalmique.*

Au cours du goitre toxique l'exophtalmie est très fréquente quoique non obligatoire. Elle peut aller jusqu'à nécessiter une tarsorrhaphie et parfois une décompression de l'orbite.

Le goitre exophtalmique s'accompagne du signe de Von Graefe, ou retard de la paupière sur le globe oculaire, dans le regard en bas. Le « Dalrymple's sign » est le nom donné à l'agrandissement anormal de la fente palpébrale causant un aspect de regard fixe; c'est en quelque sorte le résultat de l'exophtalmie. La vision n'est pas impliquée habituellement, sauf dans les cas extrêmes, où peut se développer une kératite consécutive au lagophtalmos.

B) *Dans l'acromégalie,* ce qu'on retrouve, ce n'est pas tellement une vraie exophtalmie (rare) mais une apparence voisine, provoquée par l'hypertrophie des bords osseux de l'orbite avec épaississement de la peau des paupières.

Conclusion

Nous constatons que l'exophtalmie est un symptôme relativement rare qui cependant se retrouve dans presque tous les chapitres de l'ophtalmologie.

Soumise aux lois de la pathologie générale, elle a pour cause soit une infection, soit une tumeur, soit un traumatisme, ou soit une maladie d'une autre région de l'économie.

C'est, au demeurant, un signe plutôt rare, en pratique courante, mais presque toujours important, et sérieux, sinon de mauvais augure.

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

(Fondée à Québec en 1902)

L'Union Médicale du Canada

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

Tome 76 — No 5 — Montréal, mai 1947

LES ANESTHÉSISTES SONT-ILS ENDORMIS ?

Cette question, dans la bouche des chirurgiens sérieux de plusieurs hôpitaux, donne une idée de l'esprit progressif qui anime le service d'anesthésie dans ces hôpitaux en même temps qu'une idée de la haute qualité de l'ouvrage qui s'y fait. En d'autres termes, beaucoup de chirurgiens ont l'impression que les anesthésistes de leur hôpital sont inférieurs à la tâche et ne manifestent aucune ambition de se qualifier pour mieux faire: situation pénible pour la chirurgie et question vitale.

En 1947, que les horizons de la chirurgie soient limités par l'anesthésie et, même, que les résultats de la chirurgie soient compromis par une anesthésie de qualité inférieure, cela n'a pas sa raison d'être ici à Montréal, je suis d'accord avec ces chirurgiens. L'anesthésie devrait pouvoir répondre à toutes les exigences de la chirurgie, lui faciliter la tâche dans de nouvelles entreprises, lui servir de tutelle pour marcher vers de nouveaux sommets au lieu d'avoir l'influence paralysante qu'on lui reconnaît. Mais comment expliquer cet état de choses, cette insouciance, ce manque d'idéal, ce manque d'intérêt scientifique de la part de nos confrères? Est-ce que dans cette course vers le progrès, l'allure de la chirurgie est si grande qu'elle déclasse complètement l'anesthésie? Ou bien est-ce que la préparation ou la condition physique du coursier de la chirurgie le rend capable de fournir un effort que l'autre ne peut fournir par manque de préparation? Est-ce que ces coursiers s'entraident pour vaincre les obstacles de la route? Est-ce qu'ils marchent la main dans la main ou s'ils se cantonnent dans un individualisme nuisible et démoralisant? Quelques instants de réflexion sur ces questions pourraient peut-être nous expliquer en partie le pourquoi de la situation actuelle et en même temps nous indiquer les moyens à prendre pour corriger cette situation et entrevoir un avenir plus souriant.

La sélection et l'orientation professionnelle ne sont pas des choses récentes ni des choses négligeables; avant que la pratique de la médecine connût tant de spécialités, au tout début, au temps où il n'existait qu'une spécialité: la chirurgie, on faisait déjà de la sélection : « Si ton fils est intelligent, fais-en un médecin, s'il est adroit, fais-en un chirurgien. » (Malgaigne). Si la spécialité d'anesthésie avait été connue dans le temps, il aurait exigé, sans aucun doute, pour un anesthésiste, ces deux qualités et peut-être davantage. Aujourd'hui, on voit des aspirants chirurgiens s'entendre dire, même après avoir consacré une, deux et trois années à la chirurgie, qu'ils n'ont pas les qualifications voulues pour faire de tels spécialistes et ils se voient fermer sans retour l'accès à la chirurgie. Non seulement on fait un choix méticuleux des candidats, mais on exige une pré-

paration longue et des plus complètes. Est-il surprenant que l'allure soit différente?

Pour préparer un bactériologiste, un pathologiste, un radiologiste, un oto-laryngologiste, un urologue, etc., chacun est d'avis que des études longues, sérieuses, sont nécessaires en plus d'un entraînement tout à fait spécial sous la surveillance de professeurs expérimentés, et cela durant trois ou quatre ans. Pourquoi ces exigences tombent-elles quand il s'agit de préparer un anesthésiste? Est-ce que la somme des connaissances nécessaires est moins considérable et l'expérience plus facile à acquérir? Au contraire. Est-ce que ce bagage de connaissances et cette expérience s'achètent tout ficelés? Du moins on agit comme s'il en était ainsi: pas de professeurs, pas de préparation requise, on peut se ranger au nombre des anesthésistes du soir au lendemain.

Le public a encore l'impression que l'anesthésie se prend comme une dose de médicaments: seulement à la présenter, sans plus de troubles pour celui qui la donne; les conséquences, on n'y pense pas. Certains membres de la faculté et encore quelques chirurgiens conservent apparemment cette impression. Cependant, tous les jours, la vie de leurs clients est entre les mains de ces spécialistes; l'omission d'un geste, une dose mal calculée, une méprise sur la résistance du sujet et le sort en est jeté. Tant de responsabilité attachée à un geste? C'est pourtant la réalité. Non pas à une série de gestes, mais à un seul et la réponse ne se fait pas attendre longtemps.

Précisément, à cause de cette situation où se trouve l'anesthésiste et à cause de la signification d'un insuccès dans son métier et aussi parce qu'il doit se débrouiller seul, même dans les circonstances les plus difficiles, n'ayant pas le temps d'appeler un autre confrère, toute décision devant être prise en un instant, précisément à cause de cela, il a besoin de qualités spéciales de caractère, de tempérament et même de dextérité pour faire cet ouvrage: d'où sélection nécessaire.

Est-il possible de donner un aperçu des connaissances théoriques requises pour exercer ce métier, connaissances ayant leur application quotidienne? J'en doute. En anesthésie, il n'y a pas de cas résolus d'avance, il n'y a pas de conduite dictée d'avance comme dans les autres spécialités; pour faire une amputation, il faut faire telle ou telle chose et toutes les amputations sont pareilles; on trouve toujours les estomacs au même endroit et on les anastomose toujours de la même façon, que le sujet soit âgé de 20 ans ou de 70 ans, qu'il soit cardiaque ou non, bronchitique ou non, hypertendu ou non, etc., mais il n'en est pas ainsi pour l'anesthésie parce qu'il n'y a pas deux malades qui réagissent de la même façon à l'anesthésie et c'est là le commencement des soucis de l'anesthésiste. Chaque cas est un tas de problèmes à résoudre seulement pour choisir l'anesthésique qui convient le mieux au malade et un tas de problèmes encore plus considérable pour administrer convenablement, à la satisfaction du chirurgien, cet anesthésique: si grand est le nombre de facteurs dont il faut tenir compte dans chaque cas et tous les cas sont différents: âge physiolo-

gique, antécédents, réactions individuelles aux médicaments, genre d'opération, exigences des différents chirurgiens, pour ne nommer que quelques facteurs importants.

Du sens clinique, de l'expérience en clinique médicale, voilà ce qui est important pour un anesthésiste. Apprécier la résistance d'un sujet, diagnostiquer un état pathologique et le traiter adéquatement: accident pulmonaire, accident cardio-vasculaire ou accident nerveux, c'est la besogne de tous les jours pour un anesthésiste. Les connaissances en physiologie respiratoire, cardio-vasculaire et nerveuse, je devrais dire physiologie normale et pathologique, trouvent de multiples applications quotidiennes. Que dire de la pharmacologie: sédatifs, analeptiques, action spécifique, durée et intensité d'action de chacun, stimulants cardiaques et respiratoires, antidotes, etc., en plus de la pharmacologie de tous les anesthésiques? L'anatomie topographique au complet et spécialement celle du système nerveux pour les anesthésies rachidiennes et les blocages locorégionaux doit être connue d'une façon parfaite : applications quotidiennes multiples. L'administration de tous les solutés intraveineux, l'oxygénothérapie, les intubations intratrachéales, les aspirations bronchiques sont du ressort de l'anesthésiste et de pratique courante. On ne peut pas apprécier la somme de connaissances nécessaires pour la bonne administration de tous les gaz anesthésiques et les multiples techniques qu'elle exige si l'on tient compte de l'infinité de réactions qu'ils peuvent produire chez différents malades. L'observation d'un grand nombre de malades, l'esprit d'observation, l'expérience pratique d'un grand nombre d'anesthésies ne suffisent pas, il faut une préparation et des professeurs. Tout cela est nécessaire pour faire de façon convenable l'ouvrage quotidien. Mais que penser du progrès et de l'avancement ou de la recherche scientifique dans ce domaine? Comment avancer si chacun doit commencer à zéro et ne peut bénéficier du travail de ses prédécesseurs? Est-ce que, en partie, le manque de sélection des aspirants et leur manque de préparation n'ont pas réalisé la situation actuelle?

Pour expliquer aussi cette situation, il a été question du manque d'idéal, du manque d'intérêt affiché par les anesthésistes. Si l'on tient compte de la somme de connaissances exigées et de l'expérience clinique requise avant de pouvoir conduire une anesthésie convenablement, si l'on tient compte des responsabilités assumées et de la somme de travail fournie auprès de chaque malade, soit à la salle d'opération, soit à son lit avant et après l'opération et si l'on tient compte aussi du traitement tout à fait insuffisant et ridicule que reçoivent les anesthésistes comparé à celui des autres spécialistes: chirurgiens et autres, sans parler du fort pourcentage de cas de l'assistance publique qui absorbent une bonne fraction de leur temps, si l'on tient compte aussi de la collaboration mesquine et de la considération bien limitée que rencontrent les anesthésistes, est-il surprenant que tout candidat sérieux soit détourné de cette spécialité, et que ceux qui s'y trouvent déjà ne soient pas enthousiastes? L'idéal serait: doubler d'efforts pour porter la chirurgie vers de nou-

veaux sommets toujours plus difficiles à atteindre pour ne cueillir que le témoignage d'avoir bien servi en cas de succès et des reproches en cas d'insuccès.

Précisément ceux qui ont à se plaindre de la situation actuelle en anesthésie sont probablement les responsables de cette situation. Dans le passé, ils ont préféré ignorer cette science technique qu'est l'anesthésie, ils ont considéré l'anesthésiste comme un obligé inférieur et lui ont fait la vie la moins douce possible, ils ont minimisé ses services jusqu'auprès des malades et, par le fait même, son traitement. Conséquence logique: manque d'intérêt pour ceux qui pratiquent cette spécialité, puis elle est restée sans attraits pour des aspirants doués et qualifiés surtout si on la compare comme traitement aux autres spécialités.

Si, au lieu de cela, ils avaient collaboré avec l'anesthésiste, l'avaient encouragé de toutes les façons en lui fournissant patiemment l'occasion d'étudier et de se perfectionner, le désignant comme un confrère, un collaborateur, un assistant important pour le chirurgien, responsable en partie des succès remportés et pas seulement des insuccès, et méritant en conséquence une reconnaissance proportionnelle, en dépit du fait qu'il n'y a pas d'école locale et que l'anesthésiste encore aujourd'hui doit se former comme le faisaient les médecins il y a 100 ans: en faisant de la cléricature, la situation ne serait certainement pas aussi alarmante qu'elle ne l'est dans le moment en certains endroits.

De toute façon, on peut présumer que si les membres de la faculté et spécialement les chirurgiens s'efforçaient davantage de rendre cette spécialité intéressante comme travail et comme traitement, ceux qui la pratiquent pourraient y consacrer plus de temps et faire des progrès plus rapides. Aller étudier et s'entraîner à l'étranger durant au moins trois ans pour revenir travailler dans des conditions semblables, n'offre aucun attrait pour un aspirant.

Qu'est-ce que l'avenir réserve à cette spécialité comme encouragement dans les hôpitaux canadiens-français de la région? Des on dit, des actes? Jusqu'à quel point et jusqu'à quand la chirurgie devra limiter ses entreprises et voir ses résultats menacés de déceptions à cause de l'anesthésie? Qui vivra verra. Dans ce domaine, le bénéfice de toute amélioration ira en premier lieu au malade pour qui tous nous travaillons, en deuxième lieu, au chirurgien et à son art et enfin à l'anesthésiste pour mieux servir.

Léon LONGTIN.

VARIÉTÉS

LE CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES PASTORIENNES À PARIS, EN NOVEMBRE 1946

Armand FRAPPIER [1]

« Before him, Egyptian darkness; with his advent a light that brightens more and more as the years give us ever fuller knowledge. » — OSLER.

LE CINQUANTENAIRE DE LA MORT DE PASTEUR.

Sitôt libérés, les intellectuels et les techniciens français ont entrepris de synchroniser le mouvement scientifique de leur patrie avec celui des nations alliées. Ils ont d'abord dirigé de nombreuses missions vers l'étranger. Mais la France n'attendait que le moment propice pour inviter chez elle les savants alliés en vue de reconnaître leur participation à la victoire et d'accélérer en même temps la réintégration scientifique du pays.

La célébration du Cinquantenaire de la mort de Pasteur, à Paris, en novembre dernier, dans le cadre du mois de l'UNESCO, fournit à l'Union nationale des Intellectuels, présidée par le docteur Jacques Tréfouël, découvreur des sulfamidés et directeur de l'Institut Pasteur de Paris, d'organiser un Congrès international des Sciences pastoriennes, sous le haut patronage de MM. les ministres des Affaires étrangères, de l'Education Nationale et de la Santé publique de France, et d'y convier, comme hôtes du Gouvernement français, ceux des disciples de Pasteur qui, dans chaque pays, ont spécialement contribué au prolongement de son œuvre.

De quelque 20 pays, 80 délégués, dont 6 Prix Nobel, répondirent à l'appel. Pour plusieurs, cela signifiait une longue navigation, plus ou moins confortable, et l'incertitude du retour à la date préférée. Mais le désir d'honorer la mémoire du maître, de rendre hommage aux collègues de France si éprouvés et d'échanger avec eux, comme une part d'héritage, les plus récentes données scientifiques, animait tous les Pastoriens, au nombre desquels mon ami, le professeur Edouard Morin, de Québec, et moi-même, avions l'honneur de nous trouver. Nous avions hâte aussi de revoir cette France, ces maîtres et ces amis dont, moi-même, j'étais séparé depuis au moins huit ans.

TRANSPORT DE TROUPES, TRANSPORT D'INTELLECTUELS.

Sur l'*Ile de France* qui nous emporte vers le pays de Pasteur, une pléiade de savants français reviennent de mission, et nous font oublier, par leur commerce agréable, leur sympathie pour les Canadiens, leur conversation extrêmement intéressante, que nous navigons sur un transport de troupes, nu jusqu'à l'acier, véritable caserne avec dortoirs, réfectoire, salles communes. Aucun confort, mais un service convenable et une bonne cuisine, dont les Français font leurs délices avant d'entrer chez eux.

Rare et précieux avantage qu'un contact intime de huit jours avec une élite intellectuelle aussi variée et aussi choisie : ingénieurs navals, mathématiciens, géographes, techniciens, professeurs, hellénistes, médecins, historiens, sans compter des hommes d'affaires, des actrices, des champions, tous de bons Français aux idées claires et saines. Dans mon

1. Directeur de l'Institut de Microbiologie et d'Hygiène et de l'Ecole d'Hygiène de l'Université de Montréal.

journal, je relève, en particulier, les noms des professeurs Justin-Besançon, Viatte, Blanchard, Leprince-Ringuet, Dain, parfaitement connus au Canada français.

Nous avons aussi le plaisir de voyager en compagnie du Juge en chef de la Cour Suprême du Canada, l'honorable Thibaudeau-Rinfret, et de l'honorable Onésime Gagnon, trésorier de la Province de Québec, le premier, invité en France pour une tournée de conférences sur le Canada, le second, représentant l'honorable M. Duplessis, premier ministre de la Province de Québec, aux manifestations franco-canadiennes de Caen. M. Gagnon est accompagné de Madame et de Mlle Gagnon.

Trois de nos anciens élèves de Montréal vont perfectionner leurs études médicales en France: les docteurs J.-Ls Léger, M. Longtin et M. Gervais. Pleins de courage et d'enthousiasme, ils amènent leur petite famille avec eux. Je ne doute pas qu'ils tireront bénéfice de leur séjour en France.

Le commandant Le Huedé, un pur Breton, invite les délégués canadiens à déjeuner et au thé dans ses appartements de la passerelle. Il connaît bien notre pays et nos compatriotes. Son vaisseau en a transporté 50,000 pendant et après la guerre, y compris le Régiment de la Chaudière. Ce brave officier n'oubliera jamais l'obligeance des autorités canadiennes, qui ravitaillèrent son navire, ni la politesse et la discipline de nos militaires.

Dans la nuit du 8 au 9 novembre, après escale à Southampton, et par une Manche en fureur, le paquebot cingle vers les côtes de France. Des feux scintillants en signalent bientôt la proximité.

L'ACCUEIL — PARIS D'APRÈS-GUERRE.

La réalité brutale du martyre de la France m'apparaît dès le port de Cherbourg, jalonné d'épaves émergeantes et de masses de béton renversées, sa magnifique gare maritime crevée de toutes parts, ses installations rasées, exemple des destructions subies par tous les grands ports du pays.

La réfection extraordinairement rapide des réseaux ferroviaires et routier permet déjà de cheminer confortablement dans le pays. Mais quelle étape navrante que celle des côtes de l'Atlantique à Paris, à travers cette Normandie méconnaissable!

Les débris de bataille — canons, chars d'assaut, aéro-glisseurs et avions, démantelés, éventrés, enlisés, — font ça et là taches de rouille sur le vert des haies et des jeunes blés. Des ruines pierreuses parsèment la campagne et découpent tristement les frondaisons jaunies de novembre. Villes, villages et hameaux défilent, hérissés de décombres squelettiques, silhouettes de désolation évoquant et attestant partout l'horreur des combats.

« Et c'est comme ça jusqu'à Moscou! » s'exclame un voyageur.

A Paris, nos amis de l'Institut Pasteur, les Nègre, les Lépine, les Prévôt, les Simonnet, ayant à leur tête M. et Mme Tréfouël, nous attendent à la gare. Mon maître, le docteur Nègre, m'embrasse. Les invitations pleuvent. On nous a désigné un « parrain », M. Prévôt, qui aura l'extrême amabilité de rendre faciles nos déplacements et notre séjour.

A l'Hôtel du Palais d'Orsay, rive gauche de la Seine, face au Jardin des Tuileries, nos chambres sont confortables et chauffées par installation intermittente de vapeur dans un calorifère. Service courtois et rapide. Des fleurs sur la table de travail. Corridors non chauffés. Petit déjeuner au pain brun, beurre (!), confiture indéfinissable, café « national » à l'orge qu'on « sucre » d'une tablette de saccharine effervescente. Je compense par de la marmelade, du vrai café ou du chocolat, du lait et du sucre apportés en prévision. Un repas coûte environ 250 francs ($2.10) : hors-d'œuvre aux légumes verts, soupe maigre au navet, poisson, ragoût de rognons ou langue braisée, ou rarement un petit steak de bœuf ou de sanglier, pommes de terre, pain brun, orange ou poire appétissante, pomme reinette ou raisin, « café national » ou infusion de tilleul. Vin ordinaire en surplus. Et nous

sommes sans doute des privilégiés, puisque invités du Gouvernement.

Au cours de la guerre, cet hôtel abritait le « Canadian Club », organisé pour recevoir nos officiers et nos soldats en permission. Son Excellence le Général Vanier et Mme Vanier s'y dévouaient quotidiennement au bien-être de ces militaires. Nous sommes donc un peu en pays canadien.

La plupart de nos amis et connaissances ont survécu au cataclysme. Les premiers mots de la conversation nous laissent deviner cependant qu'ils ont tous cruellement souffert, du côté moral comme du côté physique. Le pire qu'ils ont enduré et endurent encore, c'est le supplice du froid: j'en ai vu la trace sur les extrémités de leurs membres. Ils sont contraints, comme un bon nombre de leurs collègues, d'interrompre leur vie intellectuelle pendant l'hiver.

Paris garde intacts ses monuments, sa beauté. Et pourtant, on s'est battu partout, comme en témoignent les trous de balles et les éraflures qui criblent murs, fenêtres, balustrades et monuments, comme en témoignent aussi les plaques et épitaphes qui jalonnent les rues, même les plus petites, et le métro.

Les Parisiens n'ont pas le cœur à la joie: à 9 heures du soir, les boulevards sont presque déserts, les cafés presque vides. Quelques rares taxis sont réapparus qui réveillent en nous l'image du Paris brillant et agité de jadis; mais, signe des temps, les chauffeurs ne s'émeuvent pas même pour un pourboire de 10 francs!

Les congressistes.

Bientôt, d'autres congressistes viennent partager le même toit que nous et s'asseoir à une table commune. Nous vivrons quelques semaines en compagnie quotidienne de Fleming, Chain, Florey, découvreurs de la pénicilline, de Félix, Fildes, Knight, Van Heyningen, Galloway et autres immunologues célèbres de Grande-Bretagne; de Heidelberger, l'immunochimiste du pneumocoque, de Stanley, l'homme des virus, et autres savants américains; de Kluyver, autorité hollandaise en fermentation; de Cruz-Coke, bio-chimiste du Chili; de Madsen, autorité danoise bien connue pour sa collaboration aux travaux d'hygiène de la Société des Nations; de Szent-Georgyi, de Hongrie, l'un des plus grands bio-chimistes de notre époque et qui isola, en 1928, le principe actif de la vitamine C; des Bordet, père et fils, de Bruxelles, et de Renaud, de Belgique; de Castex, d'Argentine, de da Fonseca, du Brésil; du vieux pasteurien Navarro et de Saenz, d'Uruguay; de Grasset, de Suisse; de Engelhardt, de l'U.R.S.S.; et d'autres savants, non moins renommés, de divers pays en dehors de la France.

Une vive sympathie s'établit entre tous, les plus savants et les moins savants. Personne ne cherche à pontifier. La modestie caractérise les membres de cette lignée pastorienne. Les sujets scientifiques de conversation dominent. Chacun s'informe aussi des amis, des publications et veut reprendre contact. Dans ces colloques intimes avec des savants de disciplines variées, on recueille des idées lumineuses, on cultive la confiance en soi-même, on acquiert une vue plus unifiée de la Science. Cela agit aussi comme une injection d'ardeur. Des amitiées précieuses se contractent. Mon voisin me confie que, si elles étaient plus fréquentes, ces réunions préviendraient les guerres et constate que ce ne sont pas toujours les plus puissants pays qui produisent les plus grands savants. Enfin, tous aiment la France et le manifestent ouvertement.

Les Français alignent une équipe brillante de microbiologistes: outre le professeur Pasteur Vallery-Radot, petit-fils de Pasteur, qui préside naturellement la plupart des fêtes, je cite à la volée quelques personnalités de l'Institut Pasteur, de l'Ecole Normale, de la Faculté des Sciences et de la Faculté de médecine: M. et Mme Tréfouël, M. Ramon (anatoxines), M. Prévôt et Mlle Guillaumie (anaérobies), MM. Guérin, Boquet, Nègre, Valtis et Bretey (tuberculose), MM. Lépine, Levaditi et Verge (virus), MM. N. Bernard

et Dujarric de la Rivière (sous-directeurs de l'Institut Pasteur), Lemétayer (directeur de l'Annexe de Garches), Aubel, Gastinel, Pochon, Nicole, Fromageot, Urbain, Lavier, Richou, Mlle Delaporte (immunologie), MM. Boivin, Lwoff, Machebeuf, Grabar (immunochimie), et beaucoup d'autres, sans oublier MM. Roussy, recteur de l'Université de Paris, Joliot-Curie, secrétaire général de l'Union nationale des Intellectuels, Teissier, directeur du Centre National de la Recherche scientifique, Rouvillois, président de l'Académie de médecine.

LE MÉRITE À QUI DE DROIT.

Le Congrès, modèle d'organisation, remporte un succès sans précédent.

Le mérite en revient pour une bonne part au personnel de l'Institut Pasteur, à qui incombait la fonction d'accueillir les délégués, de les piloter dans Paris, de régler la marche des séances d'étude, et à M. et Mme Pierre Maucherat, du secrétariat de l'Union nationale des Intellectuels, qui, malgré des difficultés inouies, réussissent à tout ordonner avec ponctualité, sans jamais rien oublier, pas même le tabac ni la collation.

Bref, au Gouvernement français, à M. Joxe, du ministère des Relations culturelles, à l'Union nationale des Intellectuels, au directeur et au personnel de l'Institut Pasteur, à M. et Mme Pierre Maucherat, les congressistes devront non seulement le bien-être et le confort de leur séjour en France ainsi que le déroulement harmonieux de ces fêtes audacieusement organisées, mais aussi l'avantage inestimable de rencontrer, tous à la fois, de si nombreux savants, de prendre connaissance en peu de temps du mouvement microbiologique mondial et d'accomplir un grand et unique pèlerinage au berceau de la Microbiologie.

LE CONGRÈS.

Voici le programme général du Congrès.

LUNDI 18 NOVEMBRE

10 h. — Réception des congressistes à l'Institut Pasteur, 28, rue du Docteur-Roux, Paris (XVe). Visite de l'Institut Pasteur, sous la conduite de M. le professeur Jacques Tréfouël, directeur de l'Institut Pasteur.

15 h. — Visite à l'Ecole Normale Supérieure, 45, rue d'Ulm, Paris (Ve). Allocutions de MM. les professeurs Robert Levy et Aubel.

17 h. 30 — Réception des congressistes dans les salons du Rectorat, à la Sorbonne, 47, rue des Ecoles, Paris (Ve).

MARDI 19 NOVEMBRE

9 h. 30 — Séances de travail au Collège de France. Place Marcellin-Berthelot, Parie (Ve).

1) Les maladies infectieuses, par le professeur Castex (Argentine).
Président: Pr. A. Wright (Grande-Bretagne); vice-prés.: Pr. Ionesco Mihaesti (Roumanie). Pr. Trelles (Pérou); secrétaire: Dr Prévost.

2) L'effet Pasteur et les phénomènes biochimiques, par le professeur Engelhardt (U.R.S.S.).
Président: Pr. Parnas (U.R.S.S.); vice-prés.: Pr. Cori (Etats-Unis), Pr. Lipman (E.-Unis); secrétaire: Pr. Fromageot.

3) Les toxines, par le prof. B. C. J. G. Knight (Grande-Bretagne).
Président d'honneur: Pr. Madsen (Danemark); président: Pr. Frappier (Canada); vice-prés.: Pr. Orskow (Danemark), Pr. Grasset (Suisse); secrétaire: Pr. Machebœuf.

15 h. — Conférence au Collège de France, par le prof. Judine (U.R.S.S.): Antisepsie et asepsie.
Président d'honneur: Pr. Colebrook (Gr.-Bretagne); président: Pr. Navarro (Uruguay); v.-prés.: Prof. Schulte (Pays-Bas), Prof. Patocka (Tchécoslovaquie); secrétaire: Pr. Merle d'Aubigne.

En soirée — A l'Opéra-Comique: « Les Noces de Figaro ».

MERCREDI 20 NOVEMBRE

9 h. 30 — Séances de travail au Collège de France:

1) Les maladies vétérinaires, par le prof. Galloway (Gr.-Bretagne).
Président: Pr. Russel Greig (G.-Bretagne); v.-prés.: Pr. Perin Long (E.-Unis), Pr. Hruska (Tchécoslovaquie); secrétaire: Pr. Urbain.

2) Les levures, par le prof. Winge (Danemark).
Président: Pr. Schopfer (Suisse); vice-prés.: Pr. Hauduroy (Lausanne), Pr. Morin (Canada); secrétaire: Mlle Delaporte.

3) Les microbes du sel, par le prof. Thornton (G.-Bretagne).
Président d'honneur: Pr. Winogradsky; président: Pr. Werkman (E.-Unis); vice-prés.: Miss Bliss (E.-Unis), Prof. Tomasek (Tchécoslovaquie); secrétaire: Dr Pochon.

15 h. — Conférence au Collège de France, par le prof. Kluyver (Hollande): Les fermentations.
Président: Pr. Clark (Etats-Unis); vice-prés.: Mrs. Needham (G.-Bretagne), Prof. Kalckar (Danemark); secrétaire: Pr. Aubel.

21 h. — Séance solennelle au Grand Amphithéâtre de la Sorbonne, 47, rue des Ecoles, Paris (Ve), en présence de M. le Président du Gouvernement et de MM. les membres du Corps Diplomatique et des Corps constitués.

Allocutions de M. Marcel Naegelen, ministre de l'Education nationale; de M. René Arthaud, ministre de la Santé publique; de M. le prof. Gustave Roussy, recteur de l'Académie de Paris; de M. le prof. Pasteur Vallery-Radot.

Programme artistique avec la participation des Chœurs de l'Opéra et de la Musique de la Garde Républicaine.

JEUDI 21 NOVEMBRE

9 h. 30 — Séances de travail au Collège de France:
1) Les maladies tropicales, par le prof. Da Fonseca (Brésil).
Président: Pr. Cruz Coke (Chili); vice-prés.: Pr. Puntoni (Italie), Pr. Chagas (Brésil); secrétaire: Pr. Lavier.
2) Bière et boissons fermentées, par le prof. Van Laer (Belgique).
Président: Pr. Quastel (G.-Bretagne); vice-prés.: Prof. Roskam (Belgique), Prof. Renaux (Belgique); secrétaire: Dr Beurland.
3) Les bactéries, par Miss Stephenson (G.-Bretagne).
Président: Pr. Thunberg (Suède); vice-prés.: Pr. Braunstein (U.R.S.S.), Pr. Gale (G.-Bretagne); secrétaire: Dr Lwoff.

15 h. — Réception à l'Académie de Médecine, 16, rue Bonaparte, Paris (VIe). Allocutions de M. le président Rouvillois; de M. le prof. G. Roussy, recteur de l'Académie de Paris; de M. le prof. Pasteur Vallery-Radot.

17 h. 30 — Conférence au Collège de France, par le prof. Heidelberger (Etats-Unis): Immunité.
Président d'honneur: Pr. Jules Bordet (Belgique); président: Pr. Félix (G.-Bretagne); v.-présidents: Pr. Morgan (G.-Bretagne), Pr. Van Heyningen (G.-Bretagne); sec.: Dr Grabar.

20 h. — Banquet, réunissant tous les congressistes, à la Maison Internationale de la Cité universitaire, 25, boul. Jourdan, Paris (XIVe).

VENDREDI 22 NOVEMBRE

9 h. 30 — Séances de travail au Collège de France:
1) Les maladies des insectes, par le prof. Malenotti (Italie).
Président: Pr. Pavlovsky (U.R.S.S.); vice-présidents: Pr. Gratia (Belgique), Pr. St Hohn Brooks (G.-Bretagne); sec.: Pr. Vayssière.
2) Virus et bactériophages, par le prof. Stanley (Etats-Unis).
Président: Pr. Nicolau (Roumanie); vice-prés.: Pr. Soloview (U.R.S.S.), Pr. Bawden (Grande-Bretagne); secrétaire: Dr Lépine.
3) Les substances antibiotiques, par le prof. Chain (Grande-Bretagne).
Présidents d'honneur: Pr. Fleming (G.-Bretagne), Pr. Florey (G.-Bretagne); président: Pr. Fildes (G.-Bretagne); vice-prés.: Pr. Carlinfanti (Italie); secrétaire: Mme Tréfouël.

15 h. — Conférence au Collège de France, par le prof. Bernal (G.-Bretagne): Dyssymétrie moléculaire.
Président: Pr. Szent-Gyorgyi (Hongrie); vice-prés.: Pr. Marotta (Italie), Pr. Olin (Suède); secrétaire: M. Mathieu.

21 h. — Séance publique au Palais de Chaillot, Place du Trocadéro, Paris (XVIe), sous la présidence de M. le prof. Frédéric Joliot-Curie, Prix Nobel, membre de l'Institut, haut commissaire à l'Energie atomique, secrétaire général de l'U. N. I.

Allocutions de M. le prof. Georges Teissier, dir. du Centre National de la Recherche scientifique, et de M. le prof. Jacques Tréfouë', directeur de l'Institut, président de l'U. N. I.

SAMEDI 23 NOVEMBRE

7 h. 40 — Départ de Paris (gare de Lyon).
12 h. 26 — Arrivée à Dôle.
14 h. 45 — Dépôt d'une gerbe de fleurs au Monument Pasteur, Cours Saint-Mauris.
15 h. — Réception par la Municipalité et visite de la maison natale.
17 h. — Séance solennelle, au théâtre.
20 h. 30 — Dîner officiel salle Wilson.

DIMANCHE 24 NOVEMBRE

7 h. 30 — Service religieux à la Collégiale.
9 h. — Service religieux au Temple Protestant.

8 h. 30 — Réunion au Collège de l'Arc pour la visite des curiosités archéologiques de la ville.
9 h. — Réception à l'hôpital Pasteur, par la Commission administrative.
10 h. — Départ de l'Autorail pour Arbois
10 h. 45 — Arrivée à Ardois. Réception des congressistes, à l'hôtel de ville, par la Municipalité. Discours de MM. les prof. Pasteur Vallery-Radot et Fabre, doyen de la Faculté de Pharmacie de Paris.
11 h. 30 — Départ en cortège pour déposer une gerbe de fleurs devant la statue de Pasteur.
12 h. — Visite de la maison paternelle.
12 h. 45 — Transport en autocar au collège où fut élevé Pasteur.
13 h. — Banquet offert par la Municipalité.
15 h. 45 — Transport en autocar jusqu'à la vigne où Pasteur fit ses premières expériences sur les fermentations. Retour vers 17 h. 30.
18 h. 30 — Départ.
23 h. 45 — Arrivée à Paris (gare de Lyon).

LUNDI 25 NOVEMBRE

Palais de la Découverte, avenue du président Roosevelt: Inauguration de l'exposition sur l'Oeuvre de Pasteur.

MARDI 26 NOVEMBRE.

Maison de l'UNESCO, 19, avenue Kléber. Réception.

* * *

Les séances de travail se tiennent donc au Collège de France, cette illustre institution créée par François 1er, où travaillent et enseignent, dans la plus entière liberté, quarante des plus grands penseurs de la France. Les rapporteurs se limitent à la revue de sujets dominants en microbiologie, et qui pourraient sembler très disparates, — tels que les maladies des insectes, l'immunité, les virus, les antibiotes, les fermentations, la dyssymétrie moléculaire, — si on ignorait la trame qui les rattache les uns aux autres et qui fut révélée à la Science par le génie de Pasteur. Conférences et discussions se poursuivent en français. Comme Canadien, on me fait l'honneur de présider une séance sur les toxines.

Le Congrès est entrecoupé de cérémonies, de visites et de réceptions.

La cérémonie commémorative de la Sorbonne restera à jamais fixée dans notre souvenir. Le déploiement grandiose des forces intellectuelles françaises, académiques et universitaires, l'imposante représentation internationale, diplomatique et scientifique, le programme artistique des chœurs de l'Opéra et de la Garde républicaine, enfin la présence du premier ministre et de ses collègues du Gouvernement français évoquaient la scène solennelle du Jubilé de Pasteur, qui s'était déroulée 73 ans auparavant dans cette même enceinte et dont la fameuse reproduction sur toile dominait la tribune. On sentait véritablement flotter l'âme de Pasteur dans cette atmosphère d'émotion et de confraternité pastorienne internationale. Au cours d'une improvisation à l'emporte-pièce et qui suscite une formidable ovation, le grand immunologue Bordet, seul survivant des élèves de Pasteur, nous fait revivre cette époque, merveilleuse de découvertes, de la fin du XIXe siècle et ranime l'ombre des premiers élèves du Maître. Après les discours, la lecture d'une traduction du long câblogramme de M. MacKenzie King à M. Bidault, premier ministre de France, est soulignée d'applaudissements chaleureux.

VISITES — DÔLE ET ARBOIS — SOUVENIRS DE PASTEUR.

La visite des lieux témoins de la vie intime ou scientifique de Pasteur impressionne profondément ses disciples. Souvent, la Providence fait sortir les savants, comme les saints, des milieux les plus humbles. Pasteur naît dans un atelier de tanneur à Dôle, dans le Jura. On y conserve pieusement les souvenirs de famille de même qu'en Arbois, tout près de Dôle, on a converti la maison paternelle de M. Pasteur en musée. Dôlois et Arboisiens, unanimes jadis à refuser Pasteur comme représentant au Sénat, se disputent aujourd'hui la priorité dans l'affection de ce grand homme. Mais ils rivalisent dans l'hospitalité et dans l'art de la viticulture et de la gastronomie. Du vin d'Arbois, on dit que plus on en boit, plus on se tient droit.

La « micheline » spéciale, que j'ai bien failli manquer, nous mène confortablement, en 5 heures, à Dôle près de la frontière suisse: ce qui complète notre traversée de la France de l'ouest à l'est. Le Jura ressemble un peu à notre pays des Laurentides. Les chaînes de montagnes sont plus abruptes et plus sévères; elles s'écartent pour former des plateaux et des vallées fertiles, où alternent pâturages, emblavures et jardins. La guerre n'a pas laissé de traces ici.

Etagés sur la colline, les toits pointus et moussus de Dôle montent, pressés comme des tuiles, vers l'église et sa tour haute et carrée. L'ensemble se mire dans la rivière du Doubs.

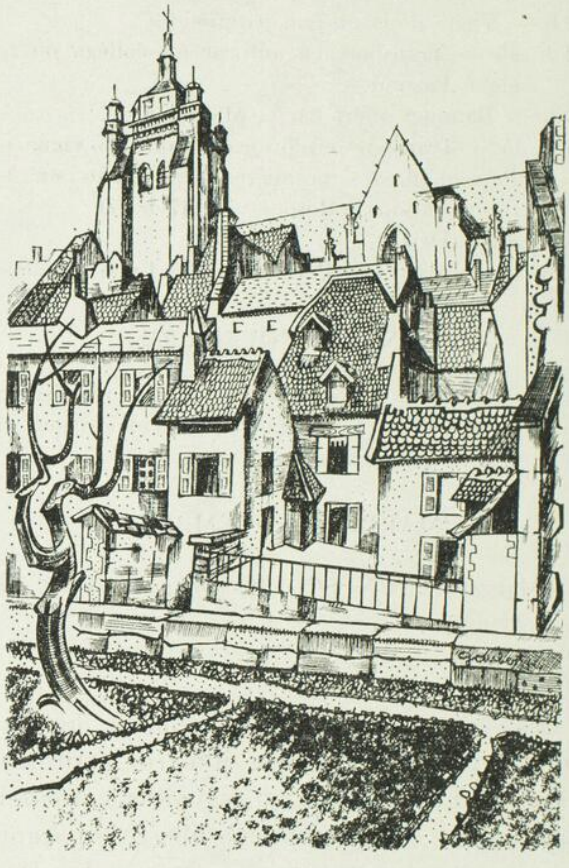
A midi, les congressistes descendent du train et sont accueillis à la gare par le maire, son conseil et une foule sympathique. Après déjeuner, longue procession vers la basse ville, rue Pasteur, étroite, grise, d'aspect vétuste, pittoresque. Au numéro 43, une plaque de marbre signale la maison natale, monument historique, conservée, de même que la maison d'Arbois et la vigne de Pasteur, par les soins de la Société des Amis de la Maison natale de Pasteur, dont le maire de Dôle, M. François Mugnier-Pollet, et le maire d'Arbois, M. Juste Jacquemard, sont les principaux officiers.

C'est avec émotion et respect qu'enfin je pénètre dans cette humble demeure. On distribue une médaille commémorative. Les congressistes silencieux font et refont le tour des pièces, cherchant à reconstituer au moyen des souvenirs de lecture et de ceux qui garnissent ce musée, la vie modeste de cette famille de tanneurs. Au sous-sol, la tannerie: fosses à tan, cuves à peaux. A l'arrrière: atelier de courroirie donnant sur une terrasse exiguë qui baigne, comme celles des maisons voisines, dans le Canal des Tanneurs.

Et dire que dans pareil milieu, sa longue et fatigante journée terminée, le père de Pasteur s'astreignait lui-même à l'étude, prenant chaque soir des leçons, « lisant des livres d'histoire et de morale pour se rendre capable et digne d'élever son petit Louis ».

Pasteur concrétisait à un degré supérieur les qualités des Franc-Comtois: simplicité, sensibilité, amour du travail, ténacité, piété filiale, patriotisme. De son père, dont la devise était: « Ne penser jamais qu'à ce qu'on fait dans le moment », il tenait directement les vertus de sincérité, de probité et de conscience, l'habitude de juger droitement et de grandes aptitudes pour le dessin.

Le lendemain, après la messe spéciale pour les congressistes, nous visitons la ville et l'hôpital Pasteur, ancien bâtiment carré avec cours et galeries intérieures. Musée de pharmacie très intéressant.



Maison natale de Pasteur (vue côté Canal des Tanneurs).

Nous roulons ensuite vers Arbois. Toute la population, fanfare en tête, se porte à la gare. C'est dimanche. Champagne à l'hôtel-de-ville. Cortège vers la statue de Pasteur et la maison paternelle à l'entrée de la ville. Pasteur avait quatre ans quand sa famille quitta Dôle pour Arbois. Il y passa lui-même une grande partie de sa vie, l'été surtout. Il avait monté, dans la maison paternelle, un grand laboratoire

pour ses recherches sur la fermentation du raisin cultivé expérimentalement dans sa vigne, toute proche de la ville. Nous avons bu de l'excellent vin de cette vigne, encore parfaitement entretenue.

La famille Pasteur Vallery-Radot a fait don de cette maison et de tout le mobilier authentique, ainsi que de la vigne, à la Société des Amis de la Maison natale de Pasteur. Rien n'est changé depuis que Pasteur a quitté ces lieux pour la dernière fois, en 1895. Les congressistes méditent encore longuement, en particulier dans le cabinet de travail et le laboratoire, retraites inviolables de Pasteur; au-dessus de ces livres et de cette correspondance internationale, soigneusement annotés et rangés, au-dessus de ces instruments et de ces échantillons d'expériences que des mains filiales ont conservés, au-dessus de cette matière maintenant inerte, le génie planait dans le temps. Et voilà pourquoi ces objets nous paraissaient sacrés, ces lieux, un sanctuaire.

La visite de la vigne de Pasteur, de son collège et du cimetière où repose sa famille, se termine par une banquet bien digne du renom de la cuisine française, offert par la Municipalité d'Arbois et qui ne le cède en rien au dîner officiel de Paris, Maison internationale de la Cité universitaire, ni au dîner de Dôle, en adieu, la veille. Plus de 300 convives. Discours et effusions d'amitié.

Dôlois et Arboisiens, à regret nous vous avons quittés! Votre pays nous a charmés: nous y reviendrons un jour pour plus longtemps.

Dans les appartements de Pasteur, gardés intacts à l'Institut, les délégués suivent encore sa vie intime. Les innombrables décorations, qui ornent l'une des pièces, constituent la preuve de sa gloire universelle. Dans les laboratoires de l'Ecole Normale, témoins de ses découvertes fondamentales, j'ai vu un vieux savant, les larmes aux yeux, gravir le petit escalier conduisant, sous les combles, à cette fameuse étuve, si exiguë que Pasteur n'y pouvait pénétrer qu'à genoux!

A Garches, dans l'ancien pavillon de chasse de Napoléon III, cédé à Pasteur pour ses expériences sur la rage et devenu Annexe de l'Institut Pasteur, on voit la chambre et le lit où il mourut le 27 décembre 1895, le crucifix dans les mains.

Le pèlerinage se termine au tombeau du savant, dans la crypte de l'Institut, où il repose à côté de son admirable épouse. L'épitaphe, tirée d'un discours de Pasteur, révèle sa haute spiritualité et définit sa foi: « Heureux celui qui porte en soi un dieu, un idéal... idéal des vertus de l'Evangile ».

D'autre part, la séance à la Faculté de médecine et les splendides réceptions à l'Institut Pasteur, à la Sorbonne, à l'Hôtel-de-Ville, à France-Amérique, à l'UNESCO, chez Pasteur Vallery-Radot complètent le cycle officiel des manifestations. Partout le Canada est à l'honneur et au premier rang.

A Paris et en Normandie, les délégués canadiens sont assiégés d'invitations quotidiennes dans les familles françaises. On les présente aux sommités médicales de la France. Sans doute, le ravitaillement s'améliore, mais, qu'on ne s'y méprenne pas, les Français sacrifient leurs coupons de rationnement pour recevoir.

Grâce à la charmante invitation de M. le professeur et Mme Justin Besançon et de M. et Mme Lagrange, Morin et moi avons la rare occasion et le plaisir extrême de chasser le cerf et le sanglier dans leur domaine de la vallée de Chevreuse, à 30 kilomètres de Paris.

L'obligeance de M. le professeur et Mme Dr Kourilsky nous permet aussi de visiter l'hôpital Foch, le Préventorium de Surennes (rien de mieux ne peut se concevoir), la butte des 4,000 martyrs de la Résistance, au Mont Aurélien, et ensuite, en voiture au gazogène, de parcourir les plages de débarquements et les champs de bataille de Normandie. Nous logeons chez des amis de ces amis, M. et Mme J. Decaup, à la Délivrande près de Caen. Tant d'amabilité nous confond. « Eh quoi! s'exclame-t-on, les Canadiens ne se sont-ils pas dérangés pour nous libérer! » Je revois Caen, la ville-musée, dont il ne reste qu'un quartier debout, Lisieux, relique du Moyen-Age, rasée en son centre...

Pasteur, le plus grand savant.

Pasteur n'a pas seulement créé une science, ai-je dit au banquet de Dôle en remerciant au nom du Canada, mais il a fondé une famille, celle des Pastoriens, unie par la confraternité dans la mémoire du Maître vénéré. Le Congrès a d'abord eu comme résultat de révéler et de raffermir ces liens.

D'autre part, à l'unanimité, les congressistes ont proclamé Pasteur comme le plus grand savant de tous les temps, parce que, en premier lieu, il fut le plus puissant esprit scientifique. Une logique inexorable et une profondeur vertigineuse de pensée le firent passer d'une découverte sur la fermentation de certains cristaux (hémiédrie, dyssymétrie moléculaire) à celle d'un monde nouveau, les bactéries. Découvreur et précurseur, aucune de ses conceptions hardies, de ses généralisations audacieuses n'a été infirmée après 50 ans de progrès en microbiologie. Elles guident toujours le chercheur vers le succès. En second lieu, les conséquences incalculables de la révolution pastorienne sont naturellement rapportées à la transcendance de ce génie: il a établi solidement les lois de l'expérimentation biologique; il a modifié la médecine et la vie sociale au point qu'on dira de l'histoire de l'humanité qu'elle se divise en deux périodes: avant et après Pasteur.

Prolongement de l'œuvre de Pasteur au Canada.

Au cours de conférences de presse, à la radio, à la Faculté de médecine de Paris [1], j'ai eu l'occasion de décrire le prolongement de l'œuvre de Pasteur au Canada, en signalant en particulier le rôle des « Connaught Medical Research Laboratories » de l'Université de Toronto et celui de l'Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal, où l'on met en pratique, comme dans les laboratoires d'hygiène de nos provinces, les laboratoires de nos universités et de nos hôpitaux, les découvertes du Maître, où l'on cultive son héritage, où l'on continue à explorer la traînée lumineuse qu'il a jetée dans l'infiniment petit.

Réflexions.

C'est en France qu'ont éclaté les plus retentissantes découvertes en microbiologie. Il s'y trouve encore des cerveaux scientifiques extraordinairement équilibrés, enrichis de qualités morales qui ne seront pas étrangères au relèvement de ce pays. L'héritage de Pasteur est entre bonnes mains, là comme ailleurs.

D'autre part, l'orgueil scientifique du XIXe siècle semble à la baisse. Le savant moderne connaît mieux ses limites et, en ceci, il rejoint la philosophie pastorienne.

Somme toute, ce Congrès international a démontré la vérité de cet énoncé de Pasteur: « La Science n'a pas de patrie, ou plutôt la patrie de la Science embrasse l'humanité tout entière ».

Me sera-t-il permis de confier l'impression de fierté que Morin et moi avons ressentie en recueillant de toute part des témoignages de considération envers notre pays, le Canada, et nos armées glorieuses et courtoises.

Grâce à l'obligeance de notre ministre des Affaires étrangères à Ottawa, de « Canada House », à Londres, de son Excellence le Général Vanier, à Paris, une place m'était réservée sur le *Queen Elizabeth*. De Londres et Southampton, je rentrai à New-York, à la mi-décembre, emportant le souvenir impérissable de l'un des voyages les plus agréables et les plus instructifs qui puissent être rêvés.

Je réitère l'expression de ma vive gratitude au Gouvernement français, notamment à M. Joxe, du ministère des Relations culturelles, à son Excellence le Comte de Hautecloque, ambassadeur de France au Canada, à M. de Messières, attaché culturel, et à M. le Dr Tréfouël, qui m'ont fait l'honneur d'une si grande distinction.

Aux maîtres et aux amis de France qui m'ont si cordialement reçu, à M. le doyen Binet, de la Faculté de médecine de Paris; au

1. La conférence du Dr Frappier à la Faculté de médecine de Paris paraîtra sous peu dans *L'Union Médicale*.

Dr et Mme Tréfouël; à MM. les professeurs et mesdames Pasteur Vallery-Radot, Justin Besançon, Chiray, Kourilsky, Gastinel, Courrier, Béclère, Simonnet; aux Pastoriens, MM. et Mmes Nègre, Ramon, Lemétayer, Dumas, Prévôt, Lépine, Bretey, Nicole; aux amis du Canada, M. le docteur Porcheron, M. et Mme Philippon, M. Vinant, Mme et Mlle Panisset, MM. et Mmes Decaup et Lagrange, ainsi qu'à son Excellence le Général et Madame Vanier, à M. Côté, de l'ambassade canadienne à Paris, aux journalistes de France et à l'auteur de « Lettre d'une Parisienne » qui ont si délicatement parlé des délégués du Canada, un cordial merci et l'assurance de mon inaltérable souvenir.

L'amitié et la bonne humeur de mon compagnon de voyage, le professeur Edouard Morin, de l'Université Laval de Québec, n'ont pas peu contribué à chasser la nostalgie à laquelle je suis quelque peu susceptible, loin des miens. Nous avons convenu que nous faisions une excellente paire de voyageurs.

Je viens donc rendre compte de ce voyage à Mgr O. Maurault, recteur de l'Université de Montréal, à MM. les membres de la Commission des Etudes, à M. A. Janin, président, et à MM. les membres de l'Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal qui m'avaient chargé de représenter l'une et l'autre institution à ces fêtes et que je remercie de leur confiance. Je crois que l'Institut et l'Université auront tiré un excellent bénéfice de ces contacts.

LIVRES REÇUS EN MARS ET AVRIL 1947

Alexander BRUNSCHING. — **Radical Surgery in advanced abdominal Cancer.** The University of Chicago Press édit., Chicago, 1947.

M. CHIRAY, R.-A. GUTMANN et J. SENEQUE. — **Confrontations radio-anatomo-cliniques.** G. Doin & Cie, Masson & Cie, éditeurs, Paris.

A. ROCHAIX, P. SEDALLIAN, R. SOHIER. — **Traité d'Hygiène.** Masson & Cie, Paris (2 volumes).

R. SOEUR. — **L'Ostéosynthèse au clou.** Masson & Cie, éditeurs, Paris.

A. STROHL et M. BERGER. — **Les Isotopes Radioactifs en Biologie.** Masson & Cie, Paris.

Sciatiques et lombalgies par hernie postérieure des disques intervertébraux. Masson & Cie, Paris.

M. PALAZZOLI. — **Déficiences sexuelles masculines d'origine émotive.** Masson & Cie, éditeurs, Paris.

Gustave ROUSSY et Michel MOSINGER. — **Traité de neuro-endocrinologie.** Masson & Cie, éditeurs, Paris.

Henri V. VALLOIS. — **Les hommes fossiles. Eléments de paléontologie humaine.** Masson & Cie, éditeurs, Paris.

Recensement du Canada, 1941. Dominion Bureau of Statistics, Ottawa.

Dr J. SAMUELS. — **Die Hormonversorgung des Foetus.** E. J. Brill, Leiden, Netherlands.

Von Dr Jules SAMUELS. — **Die Hormonales Aspekte des Fortpflanzungsprozesses.** Boldert & Co. N. V., Amsterdam, Hollande.

CORRESPONDANCE

LETTRE DE PARIS

La grève des ouvriers typographes et rotativistes, qui dure, à Paris, depuis plus d'un mois, n'a pas touché la presse scientifique et les journaux médicaux n'ont pas manqué de paraître une fois par semaine, avec un nombre de pages encore plus réduit, car les allocations en papier données par le Gouvernement ont subi, elles aussi, une baisse de 10%, à l'instar des prix des denrées, des vêtements et autres objets.

Le travail scientifique n'a pas chômé et nombreuses sont les communications qui sont inscrites aux diverses sociétés savantes.

La Faculté de Médecine de Paris est en plein essor. Sous l'impulsion énergique du professeur Léon Binet, le nouveau doyen, d'heureuses initiatives ont été prises. C'est ainsi qu'un enseignement postscolaire, pour ainsi dire, a été créé à la Faculté. Deux fois par semaine, le soir après le dîner, un cours de perfectionnement a lieu pour les médecins praticiens. Un sujet de médecine et un sujet de chirurgie y sont traités à chaque séance par un membre du corps enseignant de la Faculté ou des Hôpitaux. Ce cours a un grand succès et on essaie de déterminer les Pouvoirs Publics à remplacer, pour les médecins, la période d'instruction militaire par cet enseignement postscolaire qui deviendrait alors obligatoire. Trois fois dans sa vie au moins, le médecin serait obligé de reprendre contact avec la Faculté et serait tenu au courant des acquisitions nouvelles de la médecine.

La nécessité de rafraîchir les connaissances des médecins se fait sentir chaque jour devant l'afflux des thérapeutiques nouvelles, des procédés nouveaux d'examen. Pris par la vie quotidienne, le médecin praticien n'a pas le temps de lire les publications scientifiques; il ne peut non plus, s'il a le désir d'aller à la ville pour se perfectionner, quitter son poste sans y mettre un remplaçant et bien souvent il lui est impossible d'assumer tous ces frais. Ce projet, de le considérer comme médecin militaire pendant ce stage, permettrait de lui assurer une solde et au surplus permettrait également d'avoir des médecins plus instruits.

Le développement de la loi de Sécurité Sociale qui, depuis le 1er janvier dernier, s'applique en fait à presque tous les Français pose des problèmes nouveaux pour les médecins. Sans avoir à subir les inconvénients d'un système comparable à celui de nos voisins d'outre-Manche, il est certain que la liberté du médecin français se restreint chaque jour. La médecine française va subir probablement à son tour un dirigisme qui ne laisse augurer rien d'excellent pour l'avenir. Dans un état social où se mêlent tant d'intérêts légitimes, tant de sentiments et de tendances diverses ou opposées, il est évident que la liberté médicale ne peut être sans limites, mais il est impossible que cette mécanisation, ce dirigisme ne retentissent pas sur cette profession qui doit conserver, pour être agissante et bienfaisante, selon sa mission, un minimum de liberté.

Dans ses grandes lignes, la loi de la Sécurité Sociale reprend le système des Assurances Sociales qui fonctionne en France depuis 1930, mais la profession médicale n'est plus entièrement libre de fixer ses honoraires vis-à-vis les assurés sociaux qui comprennent maintenant tous ceux qui reçoivent un salaire à un titre quelconque. Les honoraires sont fixés par une convention entre les organismes de la Sécurité Sociale et les Syndicats médicaux. Les médecins sont tenus de se conformer aux décisions, sauf certaines dérogations prévues par la loi: notoriété du médecin, situation matérielle de l'assuré ou circonstances particulières. Mais

les médecins redoutent que l'uniformisation des honoraires aboutisse à une médecine de mauvaise qualité, à une médecine à la chaîne. Seuls le malade et le médecin sont capables de doser la valeur d'un acte médical et ne peuvent s'en remettre à un comité où siègent en majorité des bureaucrates. Ils craignent avant tout d'être fonctionnarisés, convaincus que la fin de la médecine libérale amènerait la fin de la véritable médecine, l'art de soulager et de guérir son prochain.

Les effets de cette loi ne se font pas encore sentir, mais on peut prévoir, sans être pessimiste, dans un avenir prochain, des conflits qui seront difficiles à régler.

Le 19 février dernier, sur l'initiative du professeur Pasteur Vallery-Radot, une cérémonie commémorative réunissait, autour de Madame Sergent et de sa famille, les nombreux amis et élèves du professeur Emile Sergent, dans l'amphithéâtre de l'Hôpital Broussais, auquel son nom vient d'être attribué par un juste hommage. Deux médaillons transmettront aux générations futures les traits si énergiques de ce grand maître de Paris.

Un grand nombre de discours ont été prononcés, célébrant les mérites de celui qui fut un grand médecin, un professeur incomparable, un grand Français. Le plus émouvant fut peut-être celui de M. L. Ribadeau-Dumas, qui fut pendant plus de quarante ans le fidèle collaborateur du professeur Sergent. Il sut faire revivre cette grande figure aristocratique, un peu distante au premier abord, mais qui devenait bientôt aimable et souriante. Il retraça son œuvre : les associations de la syphilis et de la tuberculose, l'étude si poussée des suppurations pulmonaires qui amènera Sergent à être un fervent de la collaboration médico-chirurgicale. Il parla de ses voyages à l'étranger, surtout de ses séjours au Canada, qu'il considérait comme sa seconde patrie. Il montra le grand patron dans son service à la Charité, son prodigieux sens clinique, son examen impeccable où avec la seule aide de ses doigts, de son oreille, il décrivait minutieusement les lésions que l'examen radiographique inscrivait ensuite blanc sur noir; il rappela ses magnifiques leçons avec ses mots qui faisaient image et entraient ainsi pour ne plus en sortir dans la mémoire de chacun.

Quand on décida de démolir le vieil Hôpital de la Charité pour faire place à la nouvelle Faculté de Médecine qui ne sera jamais probablement achevée, le professeur Sergent quitta à regret son service et surtout le misérable petit amphithéâtre où Laënnec avait enseigné. Il trouva des salles spacieuses, claires, modernes, à l'Hôpital Broussais, mais son cœur semblait attaché aux pierres du vieil hôpital où il laissait tant de souvenirs. L'âge de la retraite l'atteignit en 1937, mais il fut rappelé à l'activité en 1939 et, jusqu'à sa mort, il eut un service à l'Hôpital Boucicaut.

Enfin, le professeur Pasteur Vallery-Radot, à qui est échu l'honneur d'enseigner à son tour dans le service et l'amphithéâtre d'Emile Sergent, prononça une allocution d'une superbe envolée dont nous nous permettons de citer ici quelques passages, tant elle reflète la pensée de tous ceux qui ont connu le professeur Sergent :

« Grande, magnifique, dominante figure du début du XXième siècle, pure entre toutes, fière, audacieuse et passionnée, toujours dressée vers l'idéal : ainsi apparaîtra Emile Sergent, aux générations futures.

« Parce qu'il aima son métier de toute la force d'une âme brûlant d'un feu dont la flamme était perpétuellement attisée par son propre enthousiasme et celui de ses élèves, qui se plaisaient à l'appeler avec autant de tendresse que de vénération « le Patron », il fut admiré de tous ceux qui l'approchèrent.

« Parce qu'il fut un maître qui enseigna avec l'ardeur d'un apôtre et soutint ce qu'il croyait vrai ou juste sans jamais se laisser abattre par l'indifférence, l'injustice ou la jalousie des hommes, il ne cessa d'exalter les jeunes et de leur donner foi en la vie.

« Parce qu'il fut un père spirituel pour ceux qui débutaient dans la carrière, parce qu'il partagea leurs rêves, leurs joies et leurs dé-

ceptions, il fut pour eux tous le maître affectionné.

« Parce qu'il se pencha sur les humbles et souffrit de leurs souffrances, il fut aimé d'eux et même, bien qu'il ne les recherchât pas — il connaissait trop l'ingratitude des hommes — il reçut les marques de reconnaissance qui émurent son cœur sensible.

« Parce qu'il témoigna d'une âme droite, honnête, courageuse, érigeant la noblesse altière de son caractère par-dessus les petitesses et les vilenies de la vie quotidienne pour lesquelles il n'avait que mépris, il fut avant la guerre un exemple sans défaillance pour ses pairs et ses élèves.

« Parce qu'il s'empara avec autorité des sujets les plus complexes et les clarifia, en leur imprimant la marque de sa forte personnalité, son nom restera associé à ceux de Laënnec, des Trousseau, des Potain, des Charcot, des Vulpian, des Dieulafoy, des Widal.

« Puissent chaque matin les étudiants qui franchiront le seuil de cet amphithéâtre élever leur âme vers l'animateur, le guide et l'ami de tant d'entre nous qui, même sans avoir été ses élèves, nous considérions comme ses disciples. De ces étudiants, il sera aussi l'animateur, le guide et l'ami, comme il le fut de tous ceux qui se pressaient jadis ici pour entendre sa parole entraînante, cette parole qui éveillait Laënnec endormi dans sa gloire et qui savait, à tous les échos du monde, faire vibrer les clairs accents de la Clinique française. »

André PLICHET.

"L'Union Médicale du Canada" en 1878

Mai 1878.

Présidence du Dr A. Ricard.

Le secrétaire donne lecture d'une lettre du Dr D.-E. Dionne, secrétaire de l'Association Médicale de Québec, exprimant à la Société Médicale son désir d'établir des liens de sympathie et de confraternité entre les deux sociétés.

Vu la présence de quelques membres du Bureau Provincial de Médecine, M. le Président fit connaître le but de la société, les travaux de ses séances et les améliorations dont elle avait été l'instigatrice. Il prononça le discours suivant:

« Comme il y a, ce soir, des médecins amis, sympathiques à l'œuvre et à la mission de la Société Médicale de Montréal, qui sont venus nous honorer de leur présence, vous me permettrez de leur souhaiter cordialement la bienvenue en votre nom. Laissez-moi, Messieurs, profiter de cette occasion pour jeter un coup d'œil rapide sur notre passé.

« Fondée depuis bientôt sept ans, la Société Médicale a constamment bien fonctionné; sa carrière a été des mieux fournie. Mes prédécesseurs en office ont dirigé la Société Médicale avec zèle et bonne volonté. Aussi, sous leur conduite, elle a mené à bonne fin de nombreux travaux et d'importantes entreprises, auxquels nous pouvons nous glorifier d'avoir contribué chacun pour notre part. Nous devons nous réjouir du résultat de nos travaux, car il est dû à chacun de nous. En effet, c'est au corps, et non pas seulement aux officiers qu'on doit les attribuer.

« Le journal de médecine est intimement lié à la Société Médicale. Tous deux ont vu le jour ensemble. Les résultats que *L'Union Médicale* a obtenus sont vraiment surprenants. Jamais, en Canada, un journal de médecine français n'a vécu aussi longtemps, et il est maintenant dans une position stable et sûre. Longue vie, par conséquent, à l'organe de la profession médicale française.

« Parmi les travaux importants de la Société Médicale, je ne puis passer sous silence l'adoption par la Législature Provinciale des lois qui nous régissent maintenant. Quoi qu'on pourrait en dire, c'est grâce au travail constant de la Société pendant plusieurs années, que ce résultat a été obtenu. Ces lois présentent des avantages incontestables. Permettez-moi de signaler le suffrage universel dont jouit par cette loi une nombreuse section d'hommes instruits et intelligents, le règlement au sujet des examens préliminaires, et le rôle des assesseurs dans les examens des Ecoles de Médecine. N'est-il pas beau, en effet, Messieurs, de voir maintenant les examens des universités entièrement contrôlés. Un autre avantage de la loi actuelle, c'est le règlement contre les charlatans, plaie que l'on verra bientôt disparaître au milieu de nous.

« Continuons à travailler, Messieurs, au bon fonctionnement de nos lois et à l'amélioration de la profession médicale.

« L'accomplissement du bien que nous sommes appelés à faire sera notre plus douce récompense. Ne faiblissons pas à notre tâche. Encourageons-nous mutuellement à étudier et à travailler comme par le passé. Depuis la fondation du journal de médecine et de la Société, le goût de l'étude a pris un développement étonnant; la science médicale a marché à grands pas dans la voie du perfectionnement; des travaux nombreux et importants ont été faits et publiés. Ces magnifiques résultats auxque's nous avons l'honneur d'avoir tous contribué sont une grande satisfaction pour nous et une cause d'émulation pour nos confrères plus jeunes. Il est à espérer que, lorsque nous disparaîtrons de la scène, on conservera de nous un bon souvenir pour cette considération. »

Plusieurs membres de l'assemblée répondirent chaleureusement à l'adresse de M. le Président, entre autres, quelques membres du Bureau Provincial, qui exprimèrent l'opinion que la loi actuelle requérait quelques amendements.

Dr F. X. Perrault. Bien qu'il y ait peu de temps que la loi qui nous régit fonctionne, cependant nous nous sommes déjà aperçus qu'elle requérait des amendements. Ainsi les assesseurs ne donnent pas la satisfaction qu'on attendait de leur action. Aussi, aujourd'hui même, à l'assemblée du Bureau Provincial un comité a été nommé à l'effet d'amender la loi. Je prierais en conséquence tous et chacun des membres de la Société Médicale d'aider la commission des amendements et de lui suggérer toutes les améliorations nécessaires.

Dr A. Dagenais. La loi de médecine actuelle, tout en procurant des avantages à la profession médicale, a certainement besoin d'être amendée. Les assesseurs, surtout, devraient avoir plus de pouvoirs; avec la loi qui nous régit actuellement, leur rôle n'est pas aussi efficace qu'il pourrait l'être. Leur contrôle sur les universités n'est pas suffisant. Ainsi, aux derniers examens, dans une institution, ces Messieurs ayant demandé de poser quelques questions aux candidats, ou au moins de suggérer quelques questions, on leur refusa ce privilège. Pour moi, je pense qu'il vaudrait mieux que les examens fussent faits par un corps

indépendant des universités. De cette manière, on aurait plus de garantie, et les professeurs seraient plus indépendants de leurs élèves. Les universités ne seraient que de simples corps enseignants; et celle qui aurait le plus d'élèves serait celle dont les cours seraient les meilleurs, et dont les élèves seraient les plus forts.

Il est difficile d'atteindre les charlatans, et l'absence de registres pendant une grande partie de l'année, a été cause que la loi est restée lettre morte pendant quelque temps. Mais j'ai le plaisir de vous annoncer que le président du Bureau des Gouverneurs est en pourparlers avec un agent qui s'occupe spécialement de cet objet. Cet agent a rendu de grands services dans la Province d'Ontario, et il y a tout lieu d'espérer que son action sera aussi bienfaisante dans la province de Québec.

Dr Sév. Lachapelle. Je ne sais si c'est le hasard qui fait qu'on discute ce soir la question des charlatans et celle des assesseurs, mais il me semble que ces deux questions sont intimement liées l'une à l'autre. Il n'y a pas de doute que les assesseurs ne peuvent donner satisfaction, car il faut une réforme radicale dans l'enseignement de toutes les universités. Le seul moyen qui me paraisse le plus certain de parvenir à ce but, est de légiférer l'indépendance absolue d'assesseurs, qui auront alors le contrôle efficace sur les examens tant primaires que finals. C'est là le seul et unique moyen de former des médecins capables, qui pourront ensuite continuer à lutter avec avantage contre le charlatanisme.

Dr L. Larue. Au nom de l'Association Médicale de Québec, je remercierai d'abord la Société Médicale de Montréal pour la sympathie qu'elle lui témoigne. Il est utile que les deux associations se lient ensemble; elles pourront ainsi se communiquer leurs idées et leurs moyens d'action. Nous avons déjà adopté un code d'étiquette, dont le bon effet se fait déjà sentir. Nous avons aussi pris en considération un tarif médical *minimum*, plus en conformité avec la classe habituelle de patients que celui adopté par le Bureau Provincial de Médecine. Un autre avantage qui résulte de notre Association, c'est de mieux nous connaître et nous protéger les uns les autres. Merci Messieurs, au nom de l'Association Médicale de Québec pour la sympathie que lui témoigne à son début la Société Médicale de Montréal.

Dr G. O. Beaudry. On a dit que les assesseurs ne donnaient pas satisfaction. Comme je suis le seul ici avec le Dr Brosseau, que cette question regarde indirectement, en tant qu'attaché à une Ecole de Médecine, je dois dire que, si les assesseurs ne donnent pas satisfaction, la faute ne doit pas en être rejetée sur les universités, mais bien sur les législateurs; que, dans certaine institution, on ait refusé aux assesseurs le privilège de poser ou de suggérer des questions, c'est possible; d'un autre côté je sais positivement que, à l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, on a offert aux assesseurs d'interroger eux-mêmes les élèves, et que ces messieurs ont refusé disant que ce n'était pas de leur attribution; que, dans tous les cas, ils étaient tout à fait satisfaits de la manière dont les examens étaient conduits, et que les réponses des élèves étaient aussi bonnes qu'on aurait pu les donner ailleurs même en Europe. Je tiens à faire cette déclaration pour sauvegarder l'honneur de l'institution dont je fais partie.

Puisqu'on en est aux amendements, je suggérerais d'introduire dans les nouveaux amendements à la loi de médecine une clause pourvoyant à une protection plus efficace des médecins dans les transactions de faillite. Il m'est inutile de démontrer toutes les pertes que subissent les médecins dans les banqueroutes, de développer tous les avantages qu'il résulterait d'une semblable clause, et de faire voir toute la justice de semblable amendement. J'espère que la Société Médicale et le Bureau Provincial prendront cette suggestion en bonne part dans l'intérêt commun.

Quant à la question des sages-femmes, qui est à l'ordre du jour de l'assemblée aujourd'hui, je crois que les sages-femmes sont absolument nécessaires, qu'elles devraient posséder un fonds de connaissances plus étendu, ce que nous pouvons espérer par les nouveaux règlements du Bureau Provincial qui les concernent; et, en outre, qu'elles devraient être soumises à un enregistrement annuel, de manière que le Bureau Provincial pût avoir le contrôle sur elles comme il veut l'avoir sur tous les médecins.

* * *

Après une longue discussion sur la question du tarif et des sages-femmes, à laquelle prennent part les docteurs L. Larue, A. Dagenais, A. T. Brosseau, S. Lachapelle, E. Berthelot et G. O. Beaudry.

Il fut proposé par le Dr A. T. Brosseau, secondé par le Dr S. Lachapelle, que le Bureau Provincial de Médecine soit prié de prendre les mesures nécessaires pour demander à la Législature fédérale de faire des amendements à la loi de faillite, de manière à rendre les comptes des médecins privilégiés.

Proposé par le Dr E. Berthelot, secondé par le Dr A. Demers, que les sages-femmes devraient être soumises à un enregistrement annuel, et que copie des présentes résolutions soit transmise au Bureau Provincial de Médecine.

Le Dr G. O. Beaudry donne avis de motion qu'à la prochaine séance il proposera le Dr Guérin-Lafontaine, de St-Jacques-le-Mineur, comme membre correspondant de la Société Médicale.

Et la séance est levée.

G. O. BEAUDRY, sec.-trés.

TRAITEMENT DE LA MUQUEUSE GASTRO-INTESTINALE
IRRITÉE, ENFLAMMÉE OU ULCÉRÉE

STOMALUMINE

Hydrate d'alumine colloïdal
Extrait de Belladone



AEROPHAGIE
DYSPEPSIES
HYPERCHLORHYDRIE
ULCÉRATIONS
GASTRIQUES et DUODENALES
COLITES, DIARRHÉES
et leurs conséquences.

• • •

Croquer 6 à 9 comprimés par jour,
à distance des repas.

LABORATOIRES DE LA STOMALUMINE, PARIS, FRANCE

Fabricants et concessionnaires au Canada

ROUGIER FRÈRES - 350, rue Le Moyne - MONTRÉAL

Spécialités de Prescription Médicale

NOUVELLES

PROGRAMME DES JOURNÉES MÉDICALES ANNUELLES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Voici le programme des Journées Médicales tenues à l'hôtel Windsor, les 5, 6, 7 et 8 mai 1947, aux salons York et Prince de Galles, sous la présidence du ministre de la Santé, l'honorable J.-H.-A. Paquette, et la présidence active du docteur Edouard Desjardins.

Première journée

Lundi, 5 mai

9 h. 30. — SYMPOSIUM SUR LES HEMORRAGIES UTERINES.

Présidence du docteur Léon Gérin-Lajoie

Les hémorragies durant la grossesse, qui ne sont pas une menace d'avortement.
Docteur Hector Sanche

Les hémorragies durant la grossesse, qui sont une menace d'avortement.
Docteur Alfred LeRoy

Les hémorragies en dehors de la grossesse, d'ordre tumoral ou infectieux.
Docteur Gérard Gauthier

Les hémorragies en dehors de la grossesse d'ordre malin.
Docteur Pierre Meunier

Les hémorragies utérines d'ordre fonctionnel — Séméiologie et traitement.
Docteur Jean Grignon

12 h. 30. — Déjeuner gracieusement offert aux membres par la maison Ayerst, McKenna & Harrison Ltd. au salon Prince de Galles, avec *conférence du docteur Rosario Fontaine: Horizons médico-légaux.*

2 h. — SECTION DE DERMATOLOGIE.

Présidence du docteur Albéric Marin

Traitement de l'eczéma.
Docteur Paul Poirier

Epithéliomas cutanés.
Docteur Albéric Marin

Diagnostic et traitement de la syphilis latente ancienne.
Docteur Georges Leclerc

Causes et traitement de l'urticaire.
Docteur Henri Smith

4 h. — SECTION D'OPHTALMO-OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE.

Présidence du docteur G.-E. Pouliot

Les accidents du travail en ophtalmo-oto-rhino-laryngologie.
Docteur Philippe Panneton

Les ulcères de la cornée.
Docteur François Henry

La sinusite chez l'enfant.
Docteur Jean-A. Lapointe

Le larmoiement.
Docteur Lucien Gélinas

Prévention et traitement de l'hémorragie après amygdalectomie.
Docteur Marcel Ostiguy

Deuxième journée

Mardi, 6 mai

9 h. 30. — SYMPOSIUM SUR LES TUMEURS DU SEIN.

Présidence du docteur L.-C. Simard

Histophysiologie de la glande mammaire.
Docteur Alphonse Bernier

Chirurgie du sein.
Docteur Pierre Smith

Radiothérapie en pathologie mammaire.
Docteur Origène Dufresne

Mammites scléro-kystiques — Séméiologie et traitement.
Docteur Marcel Lamoureux

12 h. 30. — Déjeuner gracieusement offert aux membres par la maison Millet, Roux & Cie Ltée, au salon Prince de Galles, avec *conférence du docteur Emile Legrand: Horizons neuro-psychiatriques.*

2 h. — SECTION D'HYGIENE ET DE MEDECINE PREVENTIVE.

Présidence du docteur Jean Grégoire

Rôle de l'infirmière hygiéniste dans la famille.
Mlle Thérèse Cardin, infirmière-chef de groupe, District sanitaire St-Jacques

L'Eco'e d'Hygiène.
Docteur Jules Gilbert, ass.-directeur Ecole d'Hygiène, Univ. de Montréal.

Un Tonique General Unique Base sur les Principes Energiques de l'Avoine

Les comprimés PANTAVENE réalisent un produit entièrement nouveau, unique, toni-stimulant, d'usage commode et sans danger, qui apporte un regain de vitalité, de force et de bien-être dans les

AFFAIBLISSEMENTS

MUSCULAIRES ou NERVEUX



pantavene

Les comprimés de PANTAVENE sont obtenus par la concentration des éléments toniques et actifs, d'avoine sélectionnée (Avena Sativa) à l'exclusion des facteurs nutritifs. Ne contiennent pas d'arsenic, de strychnine ou autre drogue dangereuse. Seuls les éléments toni-reconstituants naturels, d'action potente, rapide et prolongée sont utilisés pour le traitement des

ASTHENIES NERVEUSES OU MUSCULAIRES • NEURASTHENIES • DEBILITE • FATIGUE • CONVALESCENCE • FAIBLESSE DE L'ADOLESCENCE ET DE LA VIEILLESSE • SURMENAGE.

Vendus en flacons de 60 et 500 comprimés.

anglo-french drug cie., limitée

209 EST, STE-CATHERINE, MONTREAL, 18

Les empoisonnements d'origine alimentaire.
Docteur Jules Brien, ass.-surintendant,
Div. des Aliments, Serv. de Santé, Montréal
La prévention des maladies contagieuses.
Docteur P.-E. Rolland, médecin-hygiéniste,
Unité sanitaire de Chambly, P. Q.
Contrôle de la salubrité publique.
M. Léo-Paul Cabana, i. p., ing.-surintendant,
Div. de la Salubrité, Serv. de Santé, Montréal.

4 h. — SECTION DE LA TUBERCULOSE.

Présidence du docteur Armand Frappier

Traitement de la tuberculose par la streptomycine.
Docteur Armand Frappier
Chimiothérapie de la tuberculose.
Docteur Maurice Panisset
Vaccination par le B.C.G. au moyen des scarifications et des piqûres multiples.
Docteur Rolland Guy
Epidémiologie de la tuberculose.
Docteur R. Foley

Troisième journée

Mercredi, 7 mai

9 h. 30. — SYMPOSIUM SUR LES HEMORRAGIES D'ORIGINE DIGESTIVE.

Présidence du docteur Jean LeSage

Hémorragies digestives d'origine œsophagienne.
Docteur Maurice Bonnier
Hémorragies digestives d'origine gastrique.
Docteur Yves Chaput
Hémorragies digestives d'origine intestinale.
Docteur Charles Lefrançois
Hémorragies digestives d'origine hépatique.
Docteur Antonio Cantero
Hémorragies digestives d'origine sanguine.
Docteur Léopold Morissette

12 h. 30. — Déjeuner gracieusement offert aux membres par les Laboratoires Poulenc Frères du Canada Limitée, au salon Prince de Galles, avec *conférence du docteur Roger Dufresne: Horizons thérapeutiques.*

2 h. — SECTION D'ANESTHESIE.

Présidence du docteur Roméo Rochette

Anesthésie régionale.
Docteur Louis Lamoureux
(Hôpital des Vétérans)
Anesthésie en chirurgie orthopédique.
Docteur Léonard Legault
(Hôpital du Sacré-Cœur)
Anesthésie en chirurgie thoracique.
Docteur Juliette Durocher
(Hôpital Notre-Dame)
Anesthésie pour opération de longue durée.
Docteur Léon Longtin
(Hôtel-Dieu)
Le pentothal dans le traitement du tétanos.
Docteur L.-Henri Gatien
(Hôpital St-Joseph de Lachine)

4 h. — SECTION DE CHIRURGIE.

Présidence du docteur Charles Hébert

Ostéo-synthèse métallique médullaire temporaire, avec présentation de cas.
Docteur Antonio Bellerose
Résection en plusieurs temps du ventre en tablier (résection cutanée losangique).
Docteur Charles-A. Bohémier
Abcès sous-phréniques postappendiculaires.
Docteur Guy D'Argencourt
Fistule trachéo-bronchique — Médiastinotomie; Suture et réfection œsophagienne.
Docteurs P.-M. Ricard, Norbert Vézina et Lorenzo Meloche

Quatrième journée

Jeudi, 8 mai

9 h. 30. — SYMPOSIUM SUR LE GOITRE TOXIQUE.

Présidence du docteur J.-Luc Riopelle

Physiopathologie.
Professeur Pierre Masson
Séméiologie et classification cliniques.
Docteur Paul Dumas
Thérapeutique médicale.
Docteur Charles-Emile Grignon
Thérapeutique chirurgicale.
Docteur Réal Doré
Radiothérapie.
Docteur Hervé Lacharité

12 h. 30. — Déjeuner gracieusement offert aux membres par la maison Charles E. Frosst & Co. Ltd., au salon Prince de Galles, avec *conférence du docteur Pierre Lépine: La responsabilité de l'homme de science.*

2 h. — SECTION DE BIOLOGIE.

Présidence de M. Roger Barré

Expérimentation et recherches pratiques sur le virus grippal.
Docteur Pierre Lépine

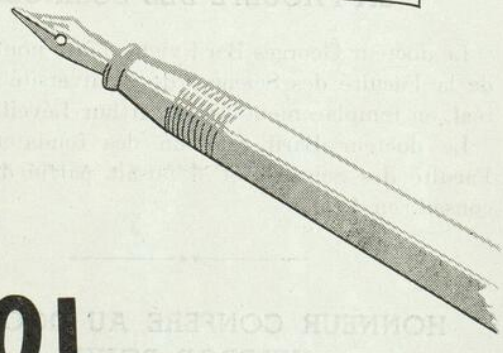
Terrassez l'"ACARUS DE LA GALE"

de cette manière facile



NOTEZ:

1. *Benzoate de benzyle qui est « la mort » aux acariens.*
2. *Parfum « fruité » du benzoate de benzyle au lieu de l'odeur infecte de l'hydrogène sulfuré.*
3. *Traitement complet en vingt-quatre heures.*
4. *Base hydrosoluble, au lieu de graisse et de paraffine obligeant à laver le corps et les vêtements.*
5. *La base de cette crème contient des agents hydrophiles et lipophiles, dans le but d'assurer la pénétration complète de l'onguent.*



CRÈME SCABIOL

Présentée en pots de 4 onces et de 1 livre.

Egalement fournie sous la forme suivante: Scabiol liquide, en bouteilles d'une livre, de 80 onces et de 1 gallon.

THE E.B. SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO., LTD. TORONTO, CANADA

Acquisitions récentes dans le domaine de l'hypertension (avec projection).
Docteur Paul Dontigny,
(Inst. de Méd. et de Chir. exp., Univ. Montréal)
Acquisitions récentes sur l'influx nerveux.
Docteur Jean-Jacques Lussier,
(Lab. de Physiologie, Univ. Montréal)
Les nouveaux vaccins anticoquelucheux.
M. Lionel Forté,
(Inst. de Microb. et d'Hyg., Univ. Montréal)

BANQUET ANNUEL DE LA SOCIETE MEDICALE

7 h. 30. — Salon Rose de l'hôtel Windsor.

Banquet annuel sous la présidence d'honneur de l'Honorable et Madame Albini Paquette.
Conférence de M. Gratien Gélinas sur "L'avenir du théâtre au Canada français".

LE DOCTEUR GÉRARD CASGRAIN À L'"ALLERGY GROUP" DE L'HÔPITAL ROYAL VICTORIA

Le 27 mars 1947, se tint à l'hôpital Royal Victoria une réunion de l'« Allergy Group » de cet hôpital, sous la présidence du docteur Henderson.

Le docteur Gérard Casgrain, chef de la section d'allergie de l'Hôtel-Dieu de Montréal, y donna une communication intitulée: « Clinical evaluation of Antistine — a new anti-histamine drug. »

LE DOCTEUR GEORGES BARIL, DOYEN DE LA FACULTÉ DES SCIENCES

Le docteur Georges Baril vient d'être nommé doyen de la Faculté des Sciences de l'Université de Montréal, en remplacement de M. Arthur Léveillé, décédé.

Le docteur Baril est l'un des fondateurs de la Faculté des Sciences et il faisait partie du premier conseil, en 1920.

HONNEUR CONFÉRÉ AU DOCTEUR WILBROD BONIN

Le docteur Wilbrod Bonin, professeur d'histologie et d'embryologie de l'Université de Montréal, vient d'être nommé « fellow » de l'« American Association of Anatomists », lors du 60e congrès de cette association, tenu les 3, 4 et 5 avril 1947.

CONFÉRENCE, À SHERBROOKE, PAR LE DOCTEUR PAUL LETONDAL

Dimanche, le 13 avril 1947, le docteur Paul Letondal fut l'invité d'honneur et le conférencier de l'Association des Médecins de Langue Française des Cantons de l'Est. Il traita du problème de l'infection chez l'enfant du premier âge.

SOCIÉTÉ CANADIENNE-FRANÇAISE D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE

Le samedi, 19 avril 1947, la Société Canadienne-française de Radiologie tint sa réunion régulière au Club de la Garnison de Québec, sous la présidence du docteur Jules Gosselin.

ÉLECTIONS À L'HÔPITAL ST-JOSEPH DE LACHINE

Lors de son assemblée régulière d'avril 1947, le corps médical de l'hôpital Saint-Joseph de Lachine a procédé à l'élection de ses officiers, dont voici le résultat: *Bureau médical*: président: docteur Oscar Gendron; vice-président: docteur W. Audet; secrétaire: docteur C.-A. Attendu. *Bureau exécutif*: président: docteur J. Bessette; vice-président: docteur A.-D. Archambault; membre: docteur Alexandre Bourgeau; membre suppléant: docteur A. Landry.

LE DOCTEUR J.-A. COUILLARD, GOUVERNEUR DE L'"AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS"

La nouvelle parue en avril 1947, sur la nomination récente de phtisiologues à l'« American College of Chest Physicians », n'était pas exacte en ce qui concerne le docteur J.-A. Couillard, surintendant du Sanatorium St-Georges de Mont-Joli.

Il fallait lire que le docteur J.-A. Couillard, en sa qualité de gouverneur de cette association, avait participé à la nomination des docteurs L'Espérance, Grégoire et Desmeules.

LE DOCTEUR HERMAN GAUTHIER, "FELLOW" DE L'"AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS"

L'« American College of Chest Physicians » a nommé « fellow », en novembre 1946, M. Herman Gauthier, médecin-chef du Sanatorium de Mont-Joli.



"LE FRÉNATEUR DU VAGUE"

VAGO-FRENAL

Chaque comprimé contient:

Boro-potassium tartrate	0.20
Phénobarbital	0.05
Extrait de hyocyamus	0.005

INDICATIONS

Maladies nerveuses, épilepsie, névrose, danse de St-Guy, convulsions. Modérateur de l'éréthisme nerveux. Traitement préventif du mal de mer, du mal d'auto, du mal d'avion.

POSOLOGIE

1 à 3 comprimés par jour.

PRÉSENTATION

Tube de 20 comprimés.
Flacon de 100 et 500 comprimés.

Echantillon médical et documentation complète envoyés aux médecins sur demande.

Préparé par les Laboratoires Mexyl, Genève, SUISSE.

Représentants exclusifs pour le Canada: **HERDT & CHARTON, INC.** 2027, Ave. du Collège McGill Montréal

ÉLECTIONS À L'INSTITUT BRUCHÉSI

Lors de la réunion d'avril, les membres de l'Institut Bruchési ont procédé aux élections, dont voici le résultat: président: docteur J.-C. Blais; secrétaire: docteur Gérard Poupart.

JUBILÉ DU DOCTEUR PELLETIER, DE DRUMMONDVILLE

Les médecins de Drummondville et de la région se sont réunis dernièrement pour fêter le docteur Horace Pelletier à l'occasion de ses noces d'or de pratique médicale.

Les docteurs J. de M. Taschereau et Lucien Hélie prirent la parole à cette occasion.

AGRANDISSEMENT DE L'HÔPITAL DE L'ENFANT-JÉSUS DE QUÉBEC

L'hôpital de l'Enfant-Jésus sera doté d'une annexe de six étages, mesurant deux cent cinquante pieds de longueur par 42 de largeur.

La nouvelle construction, d'un coût d'environ $700,000, s'élèvera le long du boulevard Roosevelt-Churchill et augmentera de façon substantielle le nombre de lits de l'hôpital. Des plus modernes, la construction aura une charpente de béton armé. C'est la deuxième annexe ajoutée à la construction originale de l'hôpital de l'Enfant-Jésus, dont la fondation remonte à 1923. Les travaux doivent commencer incessamment.

NOMINATION DU DOCTEUR VICTOR NOËL

La nouvelle d'une récente nomination, faite à l'étranger, vient de nous parvenir.

Il s'agit du docteur Victor Noël, de Port-au-Prince, qui vient d'être nommé professeur d'endocrinologie à l'Université de Haïti.

L'ASSOCIATION MÉDICALE À QUÉBEC

La réunion annuelle de la Division de Québec de l'Association Médicale Canadienne s'est tenue à Québec les 18 et 19 avril 1947. Le programme était le suivant:

Première séance, le vendredi 18 avril, à l'hôpital du St-Sacrement, sous la présidence du Dr Renaud Lemieux.

Travaux scientifiques

Nutritional disturbances in infants, and the oral use of amino-acids.
Dr Marcel Langlois

Radiotherapy as a test of radiosensibility in tumors.
Dr Edmour Perron

Tétanie postopératoire.
Docteur Ant. Martel

Blastomycose Gilchristi. Deux cas.
Docteur Honoré Nadeau

Treatment of burns.
Drs Fl. Trempe et J.-M. Lemieux

Post-operative treatment of biliary ducts surgery.
Drs W. Caron et J.-M. Delage

Affections urinaires et grossesse.
Drs L.-N. Lavergne et A. Mercier

La deuxième séance eut lieu le vendredi après-midi, à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, sous la présidence du docteur Charles Vézina.

Travaux au programme

A case of placenta accreta.
Docteur Léonide Reid

Résection segmentaire des lésions du côlon gauche avec anastomose aseptique.
Docteur Ant. Pettigrew

Quelques considérations au sujet du traitement de la tuberculose pulmonaire.
Docteur Alp. L'Espérance

Ovarian thecomas and uterine response.
Drs Louis Berger et Carlton Auger

L'assemblée annuelle se tint sous la présidence du docteur John Fraser, le même jour.

Une troisième séance scientifique eut lieu samedi, le 19, à l'hôpital des Anciens Combattants, sous la présidence du Col. L.-J. Petitclerc.

Au programme:

Fractures du scaphoïde carpien.
Drs J.-P. Roger et J.-L. Larochelle

Nerve blocks. Diagnosis and Therapeutics.
Drs J. Hudon et B. Paradis

Acidité gastrique dans la dyspepsie fonctionnelle.
Drs S. Leblond et J. Rousseau

Considerations on ex-Prisoners of War — Orient.
Docteur Eustace Morin

Carences alimentaires. Complications oculaires chez les prisonniers de guerre.
Drs Frs Letarte et P. Simard

Narcosynthesis in vomiting of pregnancy.
Docteur V. Voyer

Asthma. Report of a case with relief by removal of an ovarian tumor.
Docteur A. Jolicœur

non-toxique, dose moindre sulfamidé intestinal dans le traitement des infections du colon!

Le 'SULFATHALIDINE' *phthalylsulfathiazole* représente quelque chose de nouveau dans le domaine de la bactériostase entérique . . . un sulfamidé intestinal atoxique, remarquablement efficace à dose peu élevée. • Le 'SULFATHALIDINE' *phthalylsulfathiazole*, un développement de la Division des Recherches Médicales de Sharp & Dohme, a démontré sa valeur thérapeutique dans le traitement des infections du côlon par une dose moyenne quotidienne de seulement 0.05 gm. à 0.1 gm. par kilogramme de poids. • Ce nouvel antiseptique intestinal maintient une concentration élevée dans le tube digestif où son action bactériostatique modifie la flore bactérienne d'une façon marquée. Une moyenne de seulement 5% de la drogue ingérée est absorbée par l'intestin et est rapidement éliminée par le rein. • Le 'SULFATHALIDINE' *phthalylsulfathiazole* est indiqué dans le traitement de la colite ulcéreuse aiguë et chronique . . . de l'iléite régionale et de l'iléojéjunite . . . et comme adjuvant dans la chirurgie intestinale. • Cette préparation est présentée en comprimés de 0.5 gm. en flacons de 100, 500 et 1,000. Sharp & Dohme (Canada), Ltd., Toronto 5, Ontario.

SHARP DOHME

'SULFATHALIDINE'

Phthalylsulfathiazole

ÉLECTION DU DOCTEUR C.-A. GAUTHIER À LA PRÉSIDENCE

La section de Québec de l'Association médicale canadienne s'est donnée le docteur C.-A. Gauthier comme président, pour le prochain exercice, lors de l'assemblée tenue à Québec, le vendredi 18 avril 1947.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MONTRÉAL

La troisième réunion de la Société de Chirurgie de Montréal eut lieu à l'hôpital Notre-Dame mercredi, le 9 avril 1947, à 4.30 heures p.m. Cette séance a été présidée par le docteur Edouard Desjardins, vice-président.

Communications

Epiploïte tuberculeuse (primaire) simulant abcès appendiculaire.
Docteur C. Bisson

Phéochromocytome.
Docteur G.-E. Cartier

RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL

La Société de Cardiologie de Montréal a tenu une séance clinique à l'Hôtel-Dieu, le 26 mars 1947, sous la présidence du docteur Rodrigue Lefebvre.

Le programme était ainsi composé:

Phéochromocytome.
Docteur G.-E. Cartier

Anévrisme artério-veineux des vaisseaux spléniques.
Docteur G.-E. Cartier

Anévrisme pariétal du ventricule gauche.
Docteur R. Lefebvre

Epilepsie cardiaque.
Docteurs R. Cangé et R. Lefebvre

Dilatation congénitale de l'artère pulmonaire avec communication interauriculaire et situs inversus des viscères abdominaux.
Docteurs R. Cangé et R. Lefebvre

Hodgkin du thymus simulant une péricardite.
Docteur G. Fournier

SÉANCE D'ÉTUDE À L'HÔPITAL SAINTE-JUSTINE

Le samedi, 26 avril 1947, à 10 heures a.m. il y eut séance d'étude, avec présentation de malades, à l'hôpital Sainte-Justine.

Au programme:

Toxémie gravidique.
Docteur Pacifique Gauthier

Examen du fond de l'œil.
Docteur Jean Mignault

Glycosurie rénale.
Docteurs Henri Baril et Albert Royer

Perforation traumatique du jéjunum.
Docteur Christophe Bisson

ST-JEAN-PORT-JOLI AURA SON HÔPITAL

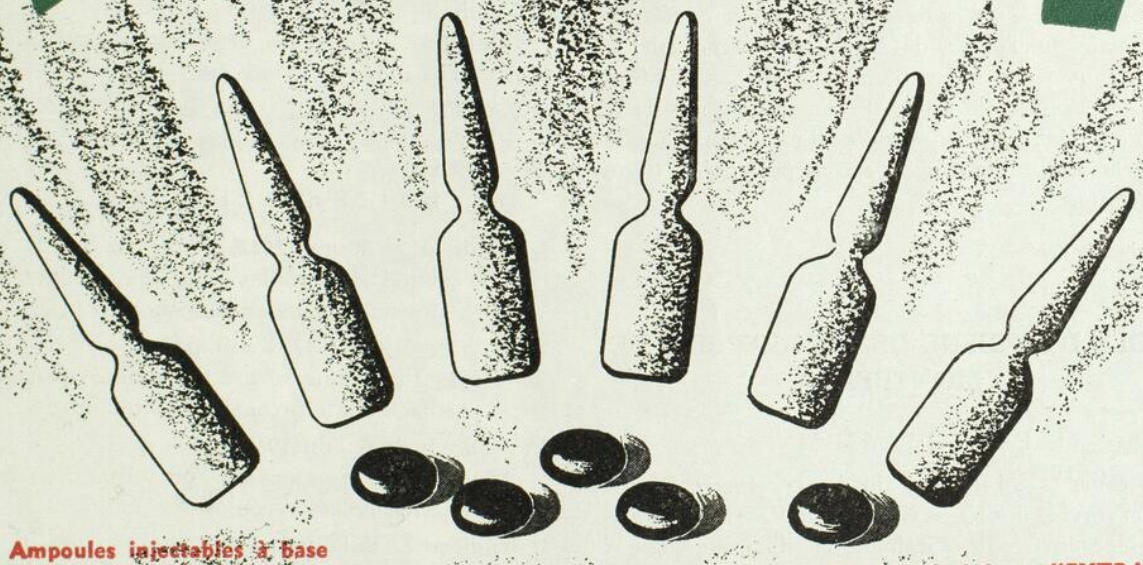
La paroisse de St-Jean-Port-Joli, chef-lieu du comté de L'Islet, aura son hôpital dès l'été prochain. Grâce à l'esprit d'initiative d'un groupe de paroissiens ayant à leur tête M. le curé Joseph Fleury, le projet a été lancé et va de l'avant. A la suite de la formation d'un comité provisoire, on s'est porté acquéreur de l'hôtel Robichaud, pour la somme d'environ $36,000. L'édifice mesurant 74 pieds par 33 est de construction très récente et situé à peu de distance de l'église paroissiale. Les travaux devraient être parachevés au début de l'été. Le nouvel hôpital aura 30 chambres, une vaste salle de rayons X. La direction en sera confiée au RR. SS. St-Joseph de St-Valier.

LE DOCTEUR FERNAND HÉBERT ÉLU PRÉSIDENT DU COMITÉ PROVINCIAL DE DÉFENSE CONTRE LA TUBERCULOSE

Le docteur Fernand Hébert, directeur médical de l'hôpital du Sacré-Cœur, vient d'être nommé président du comité provincial de défense contre la tuberculose, à la suite de la réunion plénière du comité tenue en l'hôtel Windsor récemment. Le docteur Hébert succède au docteur Roland Desmeules, surintendant médical de l'hôpital Laval et président élu de l'Association Canadienne antituberculeuse, qui a occupé le poste pendant deux ans.

Voici les autres membres du conseil: vice-président: Dr Adélard Groulx; secrétaire: Dr Georges Grégoire; directeurs: les docteurs J.-A. Vidal J.-A. Jarry J.-A. Couillard, Roland Desmeules, C. J. Wherrett, Jean Grégoire, Hugh E. Burke, A. R. Foley, Hervé Beaudoin, Gérard Michard, Lesalle Laberge, Learn Phelps, Alphonse L'Espérance, Léo Ladouceur, Marc Bergeron, Armand Frappier et un représentant de l'Université McGill qui sera désigné par le corps professoral de cette institution. Le docteur Frappier, directeur de l'Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal, siégera pour la première fois au comité. M. Jean-Marie Turgeon reste publiciste.

ROBUDEN



Ampoules injectables à base d'EXTRAITS d'ESTOMAC et d'INTESTIN GRÊLE, préparés de diverses méthodes

Comprimés à base d'EXTRAITS d'ESTOMAC et d'INTESTIN GRÊLE, préparés de diverses méthodes

POUR ULCÈRES GASTRIQUES ET DUODÉNAUX

Documentation et échantillons médicaux envoyés sur demande.

Préparé par
LES LABORATOIRES ROBAPHARM SOC.
BÂLE, SUISSE

Représentants exclusifs au Canada
HERDT & CHARTON, INC.
2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL MONTRÉAL

Cinq membres de la nouvelle commission provinciale de la lutte antituberculeuse assistaient à la réunion: les docteurs Vidal, président, Louis Rousseau et Basil Cuddihy MM. Chénier Picard et Alfred Charpentier.

LA LIGUE ANTITUBERCULEUSE TIENDRA SON CONGRÈS ANNUEL À QUÉBEC LES 15, 16 et 17 MAI 1947

L'Association Canadienne antituberculeuse tiendra son 47e congrès annuel le mois prochain, à Québec. A cette occasion, le docteur Roland Desmeules, surintendant médical de l'hôpital Laval, sera intronisé comme président pour le terme 1947-48, succédant au docteur A. H. Baker, de Calgary.

Le congrès débutera le 15 mai, pour se poursuivre les 16 et 17. La journée du 15 sera consacrée à des réunions de l'exécutif dont les membres seront reçus à déjeuner par le comité provincial de défense contre la tuberculose.

Le 16 mai auront lieu des séances d'études au Château Frontenac, où sera également tenue la conférence provinciale du Timbre de Noël. Le même soir, les phtisiologues, au nombre d'une centaine, se réuniront dans des agapes officielles. Enfin, la journée du 17 sera marquée par des séances cliniques à l'hôpital Laval. D'importants travaux seront présentés à toutes ces réunions.

ÉCOLE D'HYGIÈNE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

PROGRAMME

Des cours et conférences du docteur Pierre Lépine chef du service des Virus à l'Institut Pasteur de Paris, professeur invité de virologie et d'immunologie à l'Ecole d'Hygiène. Avril, mai, juin 1947. Salle G-604, Université de Montréal.

LEÇONS SUR LES VIRUS

1. Jeudi, le 17 avril 1947, à 5 h. p.m.
   Le problème des virus. Méthodes biologiques d'étude des virus.
2. Vendredi, le 18 avril 1947, à 5 h. p.m.
   Méthodes physiques et chimiques d'étude des virus. Classification des virus.
3. Jeudi, le 24 avril 1947, à 5 h. p.m.
   Virus dermotropes: vaccine, variole, varioles animales.
4. Vendredi, le 25 avril 1947, à 5 h. p.m.
   Adaptation neurotropique et virus neurotropes: herpès, encéphalites, encéphalomyélites infectieuses.
5. Jeudi, le 1er mai 1947 à 5 h. p.m.
   Rage. Vaccination antirabique.
6. Vendredi, le 2 mai 1947, à 5 h. p.m.
   Poliomyélites: paralysie infantile, maladie de Theiler de la souris, maladie de Teschen du porc.
7. Jeudi, le 8 mai 1947, à 5 h. p.m.
   Virus septicémiques: grippe, fièvre jaune, pestes animales, fièvre aphteuse.
8. Vendredi, le 9 mai 1947, à 5 h. p.m.
   Mésodermoses et réticulo-endothélioses: psittacose, lympho-granulomatose inguinale.
9. Vendredi, le 16 mai 1947, à 5 h. p.m.
   Tumeurs à virus: papillome de Shope, sarcome de Roux.
10. Jeudi, le 22 mai 1947, à 5 h. p.m.
    Maladies à virus des animaux de laboratoire: ectromélie de la souris, myxome du lapin; pneumopathies des souris et des cobayes.
11. Vendredi, le 23 mai 1947, à 5 h. p.m.
    Maladies à virus des végétaux et des insectes: mosaïques et polyédries.
12. Jeudi, le 29 mai 1947, à 5 h. p.m.
    Bactériophages. Conclusions de l'étude des virus.

LEÇONS SUR L'IMMUNITE

1. Vendredi, le 30 mai 1947, à 5 h. p.m.
   Etat actuel du problème de l'immunité: antigènes microbiens et antigènes artificiels.
2. Jeudi, le 5 juin 1947, à 5 h. p.m.
   Résistance à l'infection et immunité spécifique: les facteurs adjuvants de l'immunité.
3. Vendredi, le 6 juin 1947, à 5 h. p.m.
   Allergènes et réactions de l'organisme à la lueur des recherches récentes.
4. Jeudi, le 12 juin 1947, à 5 h. p.m.
   Acquisitions nouvelles sur le mécanisme de la phagocytose et son rôle dans l'immunité cellulaire.
5. Vendredi, le 13 juin 1947 à 5 h. p.m.
   Immunité humorale ou immunité tissulaire? Les anticorps circulants sont-ils responsables de l'immunité?
6. Jeudi, le 19 juin 1947, à 5 h. p.m.
   Mécanisme de la protection dans l'immunité antitoxique.
7. Vendredi, le 20 juin 1947, à 5 h. p.m.
   Nature et origine des anticorps. Les globulines sériques.

pourquoi les jeunes femmes choisissent

TAMPAX

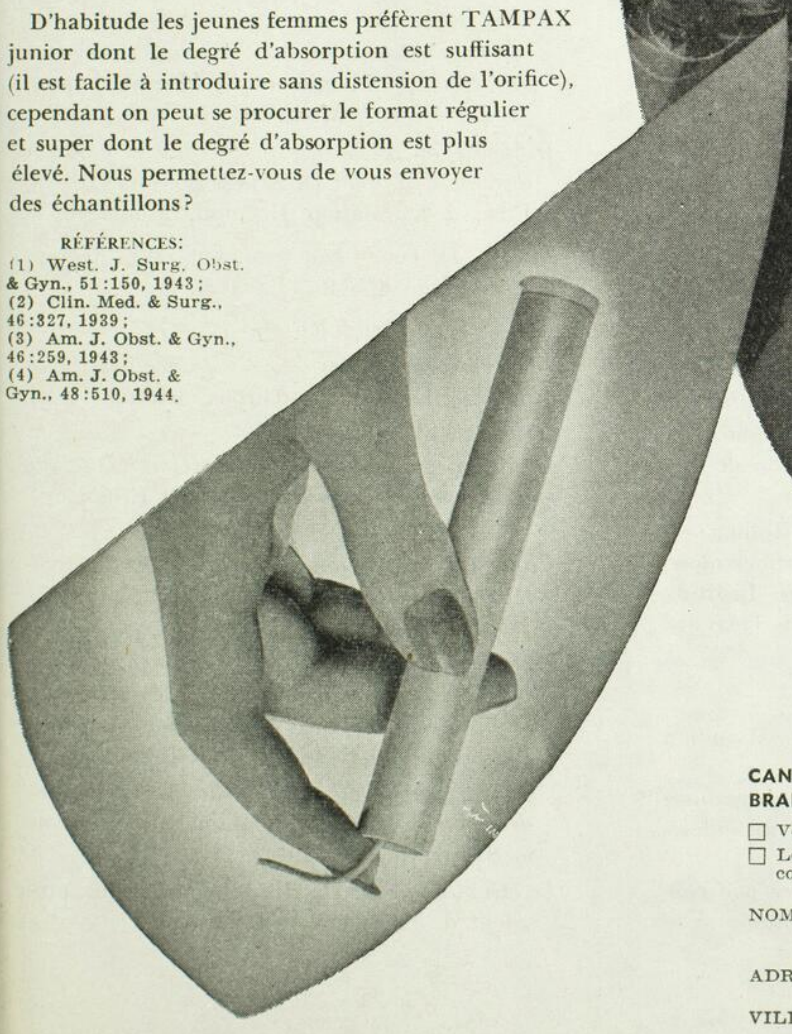


La jeune fille d'aujourd'hui est bien chanceuse en effet d'apprendre, pour ainsi dire dès ses premières menstruations, ce qu'est la méthode de protection intravaginale TAMPAX. Elle bénéficiera par son emploi au cours de ses menstruations d'une *plus grande liberté d'action*, de plus de *sûreté* et de *confort*, ainsi que d'une *sensation de propreté raffinée* [1, 2, 3, 4], et elle n'aura jamais à subir les désavantages des méthodes anciennes de protection.

Dans plusieurs grandes villes, par exemple, toute jeune fille fréquentant une école secondaire est mise au courant des méthodes hygiéniques TAMPAX — et dans des centaines d'écoles et de collèges pour jeunes filles, TAMPAX est recommandé en éducation physique et dans les cours d'économie domestique. Dans plusieurs cercles de jeunes filles, des renseignements sont couramment fournis sur la méthode TAMPAX.

D'habitude les jeunes femmes préfèrent TAMPAX junior dont le degré d'absorption est suffisant (il est facile à introduire sans distension de l'orifice), cependant on peut se procurer le format régulier et super dont le degré d'absorption est plus élevé. Nous permettez-vous de vous envoyer des échantillons?

RÉFÉRENCES:
(1) West. J. Surg. Obst. & Gyn., 51:150, 1943;
(2) Clin. Med. & Surg., 46:327, 1939;
(3) Am. J. Obst. & Gyn., 46:259, 1943;
(4) Am. J. Obst. & Gyn., 48:510, 1944.



TAMPAX

CANADIAN TAMPAX CORPORATION LTD., BRAMPTON, ONTARIO.

☐ Veuillez m'envoyer des échantillons.
☐ Les prix de Tampax pour usage au cabinet de consultation.

NOM .....
(lettres moulées)

ADRESSE .....

VILLE ..... PROV. P7-14

Publicité acceptée par "The Journal of the American Medical Association"

8. Jeudi, le 26 juin 1947, à 5 h. p.m.
Les facteurs héréditaires de la résistance et de l'immunité. Groupes sanguins et leur signification.

PROGRAMME PRÉLIMINAIRE DE L'ASSEMBLÉE ANNUELLE DE L'ASSOCIATION CANADIENNE ANTITUBERCULEUSE

qui sera tenue à Québec, au Château Frontenac,

les 15, 16 et 17 mai 1947.

PROGRAMME

Jeudi 15 mai

10.00 a.m. — Réunion de l'exécutif.

12.30 p.m. — Déjeuner offert à l'exécutif par le Comité provincial de défense contre la tuberculose.

2.00 p.m. — Réunion de l'exécutif.

Vendredi, 16 mai

9.00 a.m. — Séance générale.

La tuberculose chez les anciens combattants: Dr Allan Temple, Sanatorium de St-Hyacinthe (ministère des Affaires des anciens combattants); M. H. A. Smith, division de la réhabilitation au ministère des Affaires des anciens combattants, Ottawa.

La tuberculose chez les immigrants: Dr J. D. Adamson, Winnipeg; Dr C. P. Brown, des services médicaux de l'Immigration, Ottawa.

Le développement de l'allergie chez les sujets vaccinés au moyen du B.C.G. par les méthodes de scarification ou de piqûres multiples: Dr Armand Frappier et Dr G. Rolland, Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal.

Enquêtes radiologiques: Dr S. A. Holling, division de la prévention de la tuberculose Ontario; Dr C. A. Wicks, Gage Institute Clinic, Toronto; Dr E. L. Ross, de l'exécutif du Sanatorium du Manitoba.

2.00 p.m. — Séance générale.

Silicose et tuberculose: Dr J. H. Lee, Mountain Sanatorium, Hamilton.

L'infection d'origine sanguine en tuberculose: Dr R. J. Collins, Saint John Tuberculosis Hospital.

Dissémination du bacille tuberculeux par voie sanguine et lymphatique (constatations cliniques et post-mortem): Dr H. E. Burke, Royal Edward Laurentian Hospital, Montréal.

Lobectomie et tuberculose: Dr L. A. Macpherson, Saint John Tuberculosis Hospital.

Usage de la pénicilline par vaporisation: Dr Charles Gillen, Queen Alexandra Sanatorium, London.

7.00 p.m. — Diner de l'assemblée annuelle (tenue de ville).

Samedi, 17 mai

8.30 a.m. — Départ par autobus du Château Frontenac pour l'hôpital Laval.

9.00 a.m. — Séance clinique. Bienvenue du surintendant médical de l'hôpital Laval.

Tuberculose pulmonaire, grossesse et goitre toxique: Dr Basil Cuddihy, Montréal.

Le rôle du médicament dans le traitement de la tuberculose pulmonaire: Dr Alphonse L'Espérance, Sanatorium du Lac-Edouard, P. Q.

Les cours de perfectionnement aux médecins (activités du comité de la province de Québec): Dr H. E. Burke, Royal Edward Laurentian Hospital, Montréal.

L'importance des segments broncho-pulmonaires en médecine et en chirurgie thoracique: Drs Maurice Bonnier et C. Messier, hôpital du Sacré-Cœur, Montréal.

Difficulté du diagnostic précoce de la tuberculose sacro-iliaque: Dr Ernest Bousquet, Royal Edward Laurentian Hospital, Montréal.

1.00 p.m. — Déjeuner gracieusement offert par les religieuses de l'hôpital Laval.

2.00 p.m. — Séance clinique.

Identification de 200 souches de bacilles tuberculeux: Dr Maurice Giroux, hôpital Laval, Québec.

Etude sur la quantité de protéine nécessaire aux tuberculeux pulmonaires: Dr Ernest Sylvestre, hôpital Laval, Québec.

Contribution au traitement du lupus tuberculeux par la vitamine D_2: Dr Emile Gaumond Hôtel-Dieu de Québec.

Le traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumo-péritoine et la phrénicectomie: Drs J.-A. Couillard et Herman Gauthier, Sanatorium St-Georges, Mont-Joli, P. Q.

Cracheurs de bacilles tuberculeux sans lésions décelables: Dr Jules Fontaine, ministère de la Santé, Québec.

La streptomycine: Dr H. McLeod Riggins, président de l'« American Trudeau Society ».

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

NOUVELLES DE PARIS

Premier congrès international du thermalisme social

Ce Congrès aura lieu à Aix-les-Bains, en septembre 1947. Il est inutile d'en souligner l'importance à une époque où les Caisses de Sécurité sociale vont être amenées à adopter, en accord avec les syndicats médicaux, une large politique thermale et climatique.

XIIe Congrès de la Société Internationale de Chirurgie

Le XIIe Congrès de la Société Internationale de Chirurgie se tiendra, à Londres, du 14 au 20 septembre 1947. Il sera présidé par le docteur Léopold Mayer (de Bruxelles), qui fut pendant près de trente ans secrétaire général de la Société Internationale de Chirurgie.

Il ne sera pas fait de rapports, mais une seule conférence suivie de discours, sur chacun des sujets mis à l'ordre du jour, qui sont les suivants:

1. Progrès en ostéosynthèse, par le professeur Danis (Bruxelles);
2. Progrès apportés par la pénicilline en chirurgie. par Sir Alexander Fleming (Londres). Une démonstration pratique suivra la conférence;
3. Artériographie et phlébographie, par le professeur R. Dos Santos (Lisbonne);
4. Acquisitions récentes en chirurgie artérielle par le professeur R. Leriche (Paris);
5. Surgical treatment of pulmonic stenosis, par le professeur A. Blalock (Baltimore);
6. La méthode vaso-dilatatrice en chirurgie artérielle, par le docteur J. Diez (Buenos-Aires);
7. L'héparine au point de vue chirurgical, par le docteur Cl. Crafoord (Stockholm);
8. Données actuelles concernant les greffes cutanées et l'autoplastie, par le professeur Pomtret Kilner (Oxford);
9. Résultats des interventions précoces dans les traumatismes des voies pulmonaires, par le docteur M. Bastos-Ansart (Barcelone);
10. Le traitement chirurgical des brûlures, par un chirurgien de l'U.R.S.S.

Un programme de réunions et un voyage d'études sont en préparation.

Le secrétaire général est M. L. Desjardin, 141, rue Belliard, à Bruxelles; le trésorier est M. P. Lorthioir, 76, rue Faider, à Bruxelles; le secrétaire du Congrès est M. H. W. S. Wright, 9, Weymouth Street, London, W. I.

XIe Congrès français de Gynécologie 31 mai au 4 juin 1947 Châtel-Guyon

Le Congrès devait avoir lieu à Alger mais par suite des difficultés de transport et de logement, on y a renoncé et il recevra l'aimable hospitalité de la station thermale de Châtel-Guyon qui a déjà fait un excellent accueil aux délégués de la Société Française de Gynécologie lors du Congrès de la Colibacillose, en 1934.

Il sera présidé par M. F.-A. Papillon, vice-président de la Société Française de Gynécologie.

La question mise à l'ordre du jour est la suivante: les annexites (de la gonococcie de la puerpéralité et de la colibacillose; la tuberculose étant exclue).

Rapporteur général: M. le professeur agrégé Massé (de Bordeaux).

Dix rapports seront présentés:

I.—Etiologie et pathogénie des annexites: MM. Ezes et Gares (Alger).

II.—Anatomie pathologique des salpingo-ovarites: M. P. Isidor (Saint-Germain-en-Laye).

III.—Etude clinique et diagnostic des annexites: MM. Bonafos et E. Laffont (Alger).

IV.—L'hystéro-salpingographie et l'insufflation dans le diagnostic des salpingites chroniques: M. Jean Dalsace (Paris).

V.—Les complications: M. R. Bourg (Bruxelles) et Tingaud (Bordeaux).

VI.—Annexites et puerpéralité: MM. Houel et Jahier (Alger).

VII.—Le traitement médical des annexites: M. Traissac (Bordeaux).

VIII.—Le traitement physiothérapique: M. J.-E. Marcel (Paris).

IX.—Le traitement hydrominéral: MM. Yves Canel (Luxeuil) et P. Neumand (Salins-du-Jura).

X.—Le traitement chirurgical: M. Lucien Massé (Bordeaux).

Des réceptions, fêtes et excursions dans le Massif Central et ses diverses stations thermales auront lieu à l'occasion du Congrès.

Pour tous renseignements et inscriptions, s'adresser à M. Maurice Fabre, secrétaire général de la Société Française de Gynécologie, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris (9e).

L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA

invite les universités, les écoles médicales et les particuliers à demander:

1. Des octrois pour des projets de recherches sur le cancer.

Enfin, un soulagement réel du rhume des foins!



PYRIBENZAMINE

ANTISTINE

Depuis les premiers signes de pollinisation du peuplier, en avril, jusqu'à la fin de la saison de l'herbe-à-poux, en septembre, la PYRIBENZAMINE par voie orale ou l'ANTISTINE en injections apportent à la plupart des malades un soulagement complet des malaises dus aux allergies saisonnières.

Documentation détaillée sur demande.

PRÉSENTATION

PYRIBENZAMINE, pour usage buccal:

Comprimés, flacons de 50 et 500.

ANTISTINE, pour administration parentérale:

Ampoules, boites de 5, 20 et 100. (Aussi, sous forme de comprimés pour usage buccal, flacons de 50 et 500.)

COMPAGNIE CIBA LIMITÉE • MONTRÉAL

2. Un nombre limité de bourses d'études postérieures au grade universitaire pour formation dans les recherches sur le cancer.

Toutes les demandes d'octrois pour des recherches et des bourses de formation seront examinées par la Division des recherches médicales du Conseil national des recherches.

On peut se renseigner davantage en s'adressant au Secrétariat du Comité provisoire, Institut national du cancer du Canada, 6e étage, Annexe de l'immeuble Jackson, Ottawa, Ontario.

Toutes les demandes devraient être présentées sur-le-champ.

UN MÉDECIN SUÉDOIS TROUVE UNE MÉTHODE PERMETTANT DE DÉTERMINER L'ÂGE "RÉEL" DE L'HOMME

L'onde de la pulsation révèle l'artériosclérose.

Une contribution très importante au problème de la détermination de l'âge réel ou physiologique de l'homme a été apportée récemment par le docteur en médecine I. G. Porjé. Le résultat de ses recherches a été publié sous le titre de « Etudes de l'onde de la pulsation artérielle, particulièrement dans l'aorte ».

A l'aide de la théorie ondulatoire, basée sur les équations données par L. Euler, en 1755, il a été possible de faire une description du mécanisme de la réflexion de l'onde sanguine.

Le Dr Porjé divise l'onde de la pulsation en simples oscillations sinusoïdales, de la même manière qu'un son peut être divisé en tons simples. En se servant d'un appareil piézo-électrique très sensible, construit par un autre médecin suédois, Rune Elmqvist, les courbes de l'onde peuvent être enregistrées simultanément dans un vaisseau sanguin central et dans un vaisseau périphérique.

Dans l'analyse de l'onde, chaque oscillation sinusoïdale forme une unité. On trouve alors que l'oscillation fondamentale est très fortement réfléchie, tandis que la première oscillation partielle et la seconde sont transmises sans qu'il se produise, pour ainsi dire, aucune réflexion. La vitesse de la transmission de la première et de la seconde oscillation partielle peut être aisément déterminée. On a trouvé que plus la vitesse est grande, moins élastiques sont les vaisseaux — et plus avancé est l'âge physiologique du sujet. Les vaisseaux sanguins sont plus sclérosés, ce qui signifie à son tour un travail plus lourd pour le cœur qui doit envoyer le sang dans les vaisseaux.

Le volume de sang que le cœur envoie dans l'aorte peut être déterminé d'après les courbes de l'onde et la pression du sang au moyen des équations sur les mouvements ondulatoires. Chez les personnes ayant une haute pression sanguine, l'aspect de l'onde diffère de celui des personnes à pression normale par une fréquence plus grande. Si l'onde est retardée et qu'une certaine flaccidité caractéristique est présente, il y a indication de coarctation.

Le résultat des recherches du Dr Porjé fournira certainement aux cliniciens de précieuses possibilités de diagnostic.

L'ÉCLAIRAGE ULTRA-VIOLET AMÉLIORE L'ÉTAT DE SANTÉ DES ÉCOLIERS.

Expériences pratiquées avec succès en Suède.

Des expériences d'éclairage ultra-violet dans des classes ont été pratiquées avec succès à Upsal, en Suède, pendant une année entière. Les essais, qui sont les premiers de leur espèce au monde, ont eu un effet très favorable sur l'état de santé des enfants, a déclaré le Dr Hans Ronge, de l'Institut de Physiologie d'Upsal, dans un interview à la presse. L'éclairage ultra-violet a été installé dans trois classes. Dans celles-ci, le nombre des rhumes a été peu élevé et le niveau général de la santé très bon; même au printemps, la capacité de travail, qui faiblit généralement alors, n'était pas supérieure de moins de 50 pour cent à celle des autres classes.

Cette innovation signifiera probablement un progrès important dans l'amélioration de la santé du peuple suédois — à ces latitudes septentrionales, la lumière solaire étant dépourvue de rayons ultra-violets depuis octobre jusque dans le courant de mars. Des expériences vont se poursuivre maintenant dans les garderies d'enfants et les crèches et des lampes « à lumière solaire » de petite taille, convenant aux habitations privées vont aussi être fabriquées.

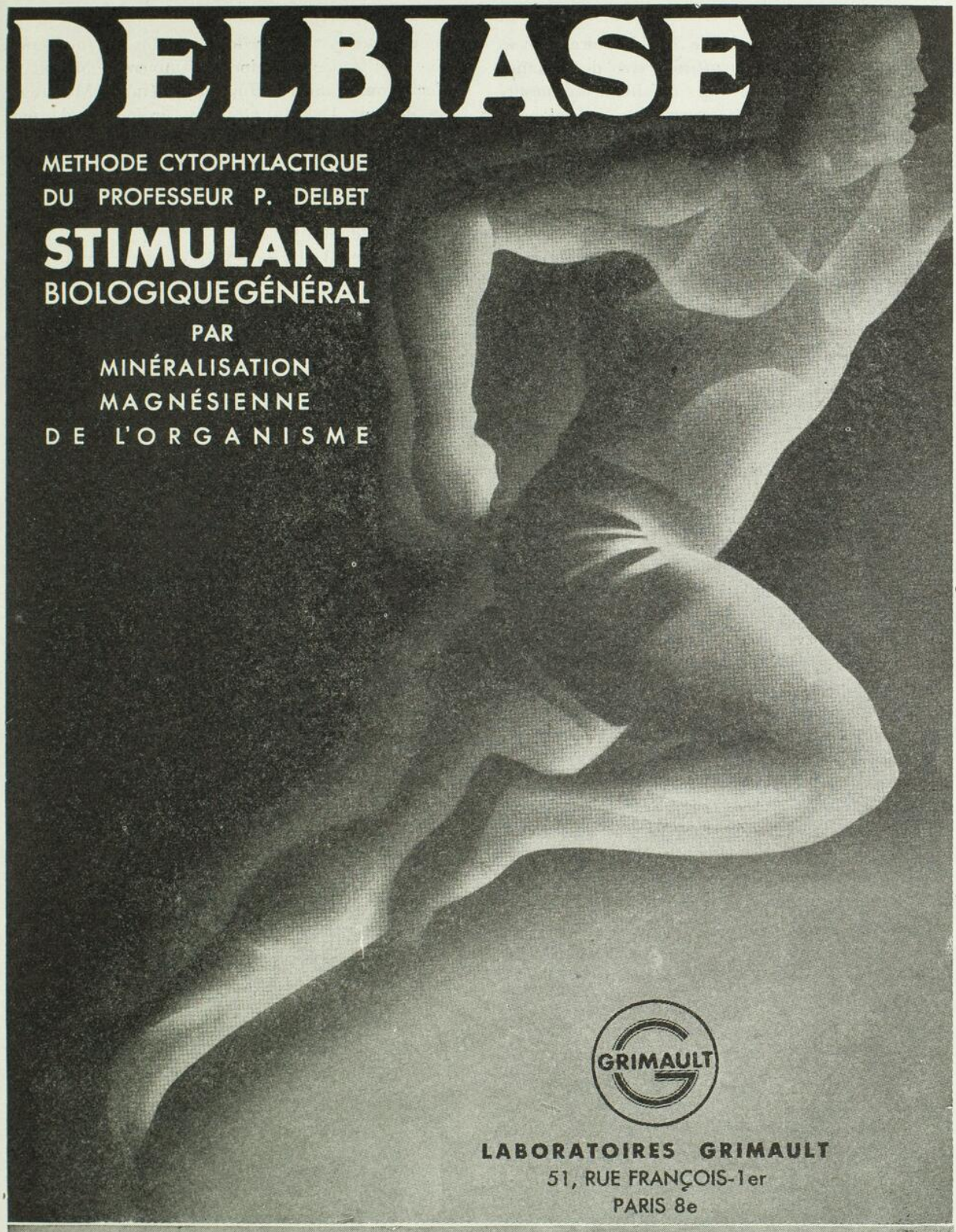
Les essais d'Upsal portaient sur 200 enfants. Trois classes travaillaient dans des salles à éclairage ultra-violet au moins trois heures par jour, la force des rayons étant comparable au point de vue médical à celle du soleil à une altitude de 30 à 40 degrés. La condition physique des enfants dans les classes « ultra-violettes » a été examinée de différentes manières et s'est montrée considérablement meilleure que dans les autres classes ayant travaillé à la lumière artificielle ordinaire. C'est ainsi que la teneur en calcium du sang dans les classes d'expérience n'avait pas décru, comme c'est ordinairement le fait au printemps, mais était restée au même niveau élevé de l'été pendant toute l'année. D'autres examens chimiques du sang

DELBIASE

METHODE CYTOPHYLACTIQUE
DU PROFESSEUR P. DELBET

STIMULANT
BIOLOGIQUE GÉNÉRAL

PAR
MINÉRALISATION
MAGNÉSIENNE
DE L'ORGANISME



GRIMAULT

LABORATOIRES GRIMAULT
51, RUE FRANÇOIS-1er
PARIS 8e

SOCIÉTÉ D'EXPANSION PHARMACEUTIQUE
INCORPORÉE
680 OUEST, RUE SHERBROOKE, MONTRÉAL

ont montré qu'il est probable que l'éclairage avait donné aux enfants une quantité active de vitamine D. Le pouvoir d'endurance des enfants a été mesuré au moyen d'une bicyclette suspendue spécialement construite sur laquelle les enfants devaient pédaler tandis que la roue arrière était enrayée.

LE TRÈS HON. M. MACKENZIE ANNONCE UNE MESURE POUR LES ANCIENS COMBATTANTS

Le très hon. Ian Mackenzie, ministre des affaires des anciens combattants, annonce qu'en vue de faire bénéficier les anciens combattants des meilleurs traitements possible, un groupe d'éminents médecins canadiens ont consenti à faire partie d'un comité qui fera fonction du bureau consultatif pour le ministère.

Les fonctions de ce comité consisteront à renseigner le directeur général des services de traitement, le docteur W. P. Warner, ainsi que d'autres fonctionnaires du ministère sur la ligne de conduite générale suivie en ce qui concerne les traitements administrés aux anciens combattants. Ce comité veillera tout spécialement à se rendre compte de la compétence des médecins employés par le ministère ainsi que du genre et de la qualité des traitements fournis. Il donnera aussi son avis sur la continuation des ententes qui existent actuellement entre les universités et le ministère des affaires des anciens combattants, et en vertu desquelles les hôpitaux du ministère servent à des fins d'instruction. De plus ce comité pourr être consulté en ce qui concerne le plan qui permet à l'ancien combattant de choisir son médecin et l'autorise à se faire traiter par son médecin de famille.

M. Mackenzie a donné la liste suivante des médecins qui ont consenti à prêter leur concours au ministère en acceptant de faire partie du comité en question:

Le docteur Louis Berger, professeur de patho'ogie à l'Université Laval;

Le docteur J. B. Collip, professeur d'endocrinologie à l'Université McGill et directeur de la division des recherches médicales au Conseil National des Recherches;

Le docteur Edmond Dubé, doyen de la Faculté de Médecine à l'Université de Montréal;

Le docteur R. F. Farquharson, professeur de thérapeutique et professeur adjoint de médecine à l'Université de Toronto, président du Collège Royal des Médecins et des Chirurgiens du Canada;

Le docteur W. E. Gallie, professeur de chirurgie à l'Université de Toronto;

Le docteur A. H. Gordon, membre du personnel de la Faculté de Médecine à l'Université McGill et médecin consultant de l'Hôpital Général de Montréal;

Le docteur Duncan Graham, professeur de médecine à l'Université de Toronto;

Le docteur H. E. Hall, doyen de la Faculté de Médecine à l'Université Western, Ontario;

Le docteur C. Holland, professeur de médecine à l'Université de Dalhousie;

Le docteur M. R. Levey, professeur d'ophtalmologie et de rhino-otolaryngologie à l'Université de l'Alberta;

Le docteur A. B. Schinbein, membre du Sénat et du conseil d'administration de l'Université de la Colombie-Britannique;

Le docteur Dugby Wheeler, professeur de radiologie à l'Université du Manitoba;

Le docteur Wallace Wilson, président de l'Association Canadienne des Médecins.

Le ministre s'est dit persuadé que le service des traitements aux anciens combattants bénéficierait grandement de la collaboration apportée par ces hommes de haute compétence. Il a ajouté que ces médecins seraient en mesure de donner de précieux conseils quant aux meilleurs moyens d'utiliser les rapports de clinique disponibles concernant les ex-militaires, ce qui permettra d'entendre l'étude clinique des cas quant à l'origine et aux développements des blesseures de guerre, ainsi qu'aux maladies survenues pendant le service militaire. Il a exprimé la reconnaissance de son ministère envers la profession médicale qui a fait preuve une fois de plus de l'intérêt qu'elle porte au bien-être des anciens combattants.

EXPOSITION ANNUELLE DU TROISIÈME SALON D'ART ET DE PHOTOGRAPHIE DES MÉDECINS CANADIENS

La troisième exposition annuelle du Salon d'Art et de Photographie des Médecins Canadiens s'ouvrira à Winnipeg, à l'Auditorium Hudson's Bay, la semaine du 23 au 27 juin, en même temps que la Convention de l'Association Médicale Canadienne.

Cette exposition jouera un rôle important lors de la convention et on a tout lieu de croire qu'un grand nombre de médecins soumettront leurs inscriptions.

Le comité de l'Association Médicale Canadienne est un comité formé de médecins canadiens — le docteur G. E. Tremble, le docteur J. L. Notkin, le docteur A. Jutras, de Montréal, et le docteur Harvey Agnew, de Toronto. Le docteur Tremble a été élu président du comité.

A la demande des médecins canadiens, le Salon cette fois se divisera en trois sections. Comme par les

NOUVELLE EN MANCHETTE POUR LES VOYAGEURS



Des études [1-4] effectuées par les corps médicaux de la Marine des États-Unis, de la Marine Royale Britannique, et du Corps d'Aviation, et par d'autres chercheurs, ont établi que l'hyoscine (scopolamine), le principal ingrédient médicinal du

Vasano

est le meilleur agent individuel pour la prophylaxie et le traitement du mal de mer et du mal de l'air.

Le VASANO peut maintenant être employé contre le mal de voyage dans la médecine civile qui profitera ainsi des bienfaits démontrés par les Forces Armées.

LE VASANO est présenté en comprimés. La dose recommandée pour les adultes est de deux comprimés 1 ou 2 heures avant le départ. On peut répéter la dose au bout de 3 ou 4 heures.

Présentation: VASANO, Comprimés, contenant 1 mg. de camphorate d'hyoscine (scopolamine) et 0.4 mg. de camphorate d'hyosciamine, en boîtes de douze.

Le nom VASANO est déposé au Canada

1. Holling, H. E.; McArdle, B., and Trotter, W. R.: Lancet 1:127, 1944.
2. Hill, I. G. W., and Guest, A. I.: Brit. M. J. 2:6, 1945.
3. A Critical Study of Seasickness Remedies, No. 4, Royal Naval Medical Bulletin 24:3, 1943, abstracted, Bulletin of War Medicine 18:1242, 1944.
4. Lillienthal, J. L. : J. Aviation Med. 16:59, 1945.

SCHERING

Schering CORPORATION LIMITED

137 RUE ST-PIERRE, MONTRÉAL 1, P. Q.

années passées, il y aura la section des Beaux-Arts, celle de la photographie Monochrome et, en plus cette année, la section des Kodachrome translucides (Kodachrome Transparencies).

FILMS MÉDICAUX

On fait de plus en plus usage de films dans nos Facultés de Médecine, mais, jusqu'à présent, aucun effort n'a été tenté afin d'organiser la production canadienne en cinématographie et aussi de la coordonner avec nos programmes d'enseignement.

Les réalisations en ce domaine sont, à date, le fait de l'initiative individuelle ou encore le fruit d'entreprises commerciales magnifiques, en coopération avec des membres de la profession.

Le premier pas vers la coordination sur une base nationale vient d'être fait. Le Comité médical de la « Canadian Scientific Film Association » a été organisé récemment et il siégera à Ottawa. Cet organisme est constitué de représentants des principaux groupements médicaux canadiens et il s'apparente à la « Scientific Film Association », de Grande-Bretagne, dans ses rapports avec la « Royal Society of Medicine ».

L'une des premières entreprises du Comité médical sera de faire le bilan de la production canadienne en ce qui regarde les films d'intérêt médical. Cette enquête répond à un besoin depuis longtemps senti et elle sera d'un précieux secours pour l'Office National du Film qui possède une cinémathèque médicale rapidement grandissante.

Le Comité se rend compte qu'il existe plusieurs films d'intérêt technique ou historique qui mériteraient d'être mieux connus. Quiconque a tourné lui-même ou se souvient de pellicules produites au pays sur des sujets attenant à la médecine, rendrait grand service en communiquant avec le Comité.

La compilation de tous les films déjà faits est une étape indispensable dans l'entreprise actuelle et l'on espère découvrir un grand nombre de trésors enfouis. A cette fin, le Comité sollicite la coopération de tous les membres de la profession médicale.

On aura l'obligeance d'adresser toute correspondance à l'adresse suivante:

Comité médical,
« The Canadian Scientific Film Association »,
172, rue Wellington,
OTTAWA.

UNE NOUVELLE REVUE: "LIAISON"

Ce n'est pas une revue médicale, mais littéraire. Une revue que doivent lire tous les médecins pour se renseigner sur le mouvement des lettres au Canada français. Une revue où vous trouverez une véritable critique des livres qui paraissent, tant canadiens qu'américains ou anglais, tant de langue française que de langue anglaise, une critique saine et juste, non commanditée, des arts, du cinéma et du théâtre.

Liaison ne se vend pas au numéro dans les kiosques de journaux ou dans les librairies. Il faut s'y abonner ou plutôt s'inscrire à « Servir », syndicat coopératif, fondé pour l'avancement des lettres et des arts dans notre pays. Le prix de l'inscription est de cinq dollars la première année, c'est-à-dire, trois dollars pour l'abonnement à la revue et deux dollars pour votre part de souscripteur au syndicat coopératif. Ce qui vous rend, en somme, propriétaire de la revue au même titre que tous les autres sociétaires. Les années subséquentes, le prix seul de l'abonnement est exigible.

C'est la première fois dans le monde entier — du moins, à ma connaissance — qu'un mouvement de ce genre se dessine sur des bases solides. Le médecin, qui est le professionnel le plus éclairé qui soit, se doit d'y adhérer. Sans compter que, par le truchement de *Liaison*, le syndicat coopératif a l'intention d'établir à l'usage de ses sociétaires exclusivement, divers services fort utiles. Certains sont même bel et bien en fonction. Par exemple, le service qui procure à rabais des ouvrages canadiens et français courants, le service d'échange de livres d'occasion, le service de renseignements sur les hôtels et restaurants de toute la province recommandables par leur cuisine, leur propreté, leur atmosphère, sinon, leur hospitalité. Et que d'autres encore seront ajoutés à ceux-là! « Servir » ne fait que commencer et le quatrième numéro de *Liaison* vient à peine de paraître.

Pour tous renseignements, s'adresser à:

Victor BARBEAU,
Ecole des Hautes Etudes commerciales.
535, avenue Viger,
MONTREAL, P. Q.

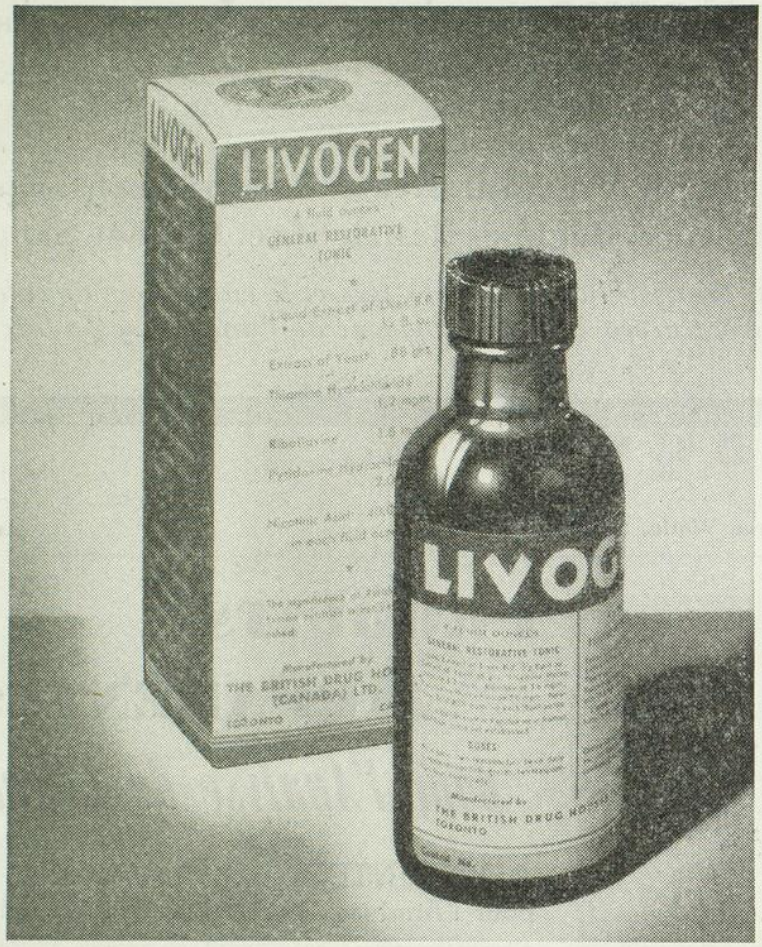
Roméo BOUCHER.

CHANGEMENT D'ADRESSE

Messieurs les médecins qui changent de domicile sont priés de donner leur nouvelle adresse sans retard au secrétariat: 326 est, boulevard Saint-Joseph — LAncaster 9888, afin de faciliter l'exactitude de la liste d'inscription.

LIVOGEN

Marque de fabrique



EXTRAIT DE FOIE ENTIER, AVEC COMPOSÉ DE LEVURE ET DE VITAMINE B

Chaque once liquide contient :

Extrait liquide de foie B.P. (équivalant à 4 on. de foie frais)	½ on.
Extrait Concentré de Levure	88 grs
Chlorhydrate de Thiamine (Vitamine B_1)	1.2 mg.
Riboflavine (Vitamine B_2)	1.6 mg.
Chlorhydrate de Pyridoxine	2.0 mg.
Acide Nicotinique	40.0 mg.

La portée de la Pyridoxine dans la nutrition humaine n'a pas encore été établie.

En plus de proportions mesurées du Groupe B de Vitamines, Livogen contient tous les principes anti-anémiques du foie entier, de même que tous les éléments nutritifs essentiels de la levure fraîche et du foie, y compris ces facteurs dont la nature exacte n'a pas été découverte jusqu'ici.

Ne contenant ni strychnine, ni autre drogue stimulante, Livogen peut être donné aux jeunes comme aux vieux. Livogen est donc d'une grande valeur pendant une maladie, la convalescence, et durant toute période où l'alimentation est réduite.

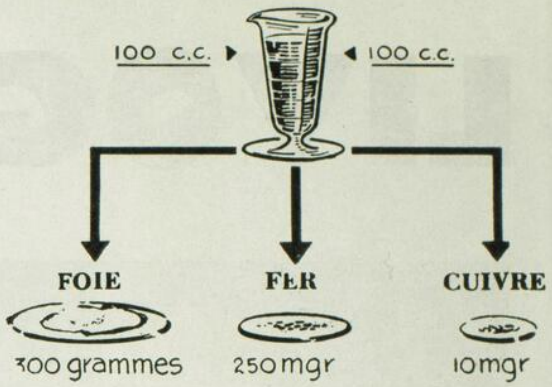
En vente en bouteilles de 4, 16, et 80 onces liquides.

THE BRITISH DRUG HOUSES
(CANADA) LIMITED
TORONTO CANADA

78F-47

HEMOGENE

. . . contient tous les facteurs importants concourant à la formation du sang:



Anémie secondaire

. . . Il est indiqué dans tous les cas où est déréglé le mécanisme hématopoïétique:

Grossesse, Lactation, Etats Hémorragipares, Convalescence, Régimes Restrictifs et Dons de Sang.

. . . Seul le foie, pris régulièrement, en association avec le fer- et le cuivre comme catalyseur - préviendra la naissance et entravera le développement de l'anémie secondaire.

LABORATOIRES **Lafayette** LTÉE

1410, rue Wolfe, Montréal

UN NOUVEAU COMPRIMÉ AMES

Hematest . . . est un comprimé servant à la découverte rapide du sang dans les fèces, les urines et autres humeurs de l'organisme. Hematest se vend maintenant en flacons de 60, avec papier à filtrer.





En vente chez les fournisseurs de produits pharmaceutiques ou d'articles chirurgicaux.

Littérature sur demande.

Concessionnaires exclusifs pour le Canada:

FRED. J. WHITLOW & CO. LTD.

"S" Building
Malton, Ont.

PRODUITS APPARENTÉS

pour l'Analyse de l'Urine

ALBUMINTEST
pour l'Analyse Qualitative de l'Albumine

Albumintest répond au besoin d'une méthode simple et sûre de faire l'analyse qualitative de l'albumine. Les ingrédients actifs servant pour cette réaction au molybdate sont contenus dans un comprimé qui se dissout rapidement dans l'eau, fournissant ainsi le réactif. Il n'est ni toxique ni corrosif, et n'exige aucun chauffage. La réaction peut se faire rapidement, d'après les deux méthodes d'analyse — turbidité et cernes. S'adapte à tous les besoins de laboratoires. Les médecins, techniciens de laboratoires et fonctionnaires des services d'hygiène publique peuvent le porter sur eux. En flacons de 36 et de 100 comprimés.

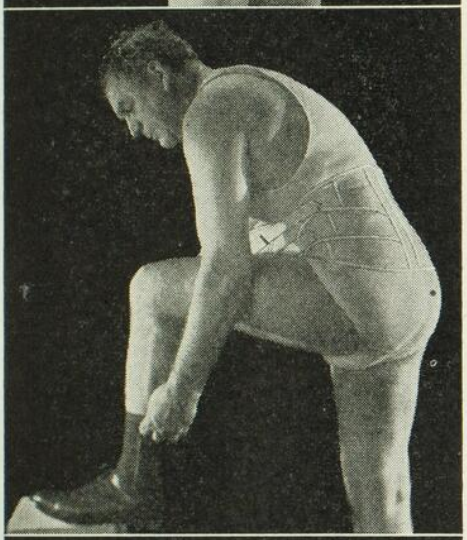
CLINITEST
pour l'Analyse Qualitative du Sucre dans l'Urine

Clinitest représente le point culminant de toute une série de perfectionnements de l'analyse du sucre dans l'urine, basée sur la réduction du cuivre. Le réactif — un comprimé qu'on laisse tomber dans un volume d'urine préalablement mesurée et diluée — fournit automatiquement la chaleur requise à l'intérieur de l'éprouvette. S'emploie dans les hôpitaux, le laboratoire du médecin ou par le patient lui-même. Nécessaires de poche spéciaux, en plastique Tenite, contenant tout ce qu'il faut, y compris les comprimés pour 36 analyses, flacons de 36 comprimés de rechange, nécessaires de laboratoires complets, flacons de 100 et de 250 comprimés pour laboratoires et hôpitaux.

AMES COMPANY, LTD.

ELKHART INDIANA U.S.A.







Voici

un nouveau dessin fonctionnel le Spencerflex pour homme

Ce nouveau support, individuellement dessiné, taillé et fait pour chaque patient, procure: maîtrise pelvienne, relèvement abdominal, liberté pour l'action musculaire. Ainsi, qu'on le porte au travail, au jeu ou pendant la convalescence, le Spencerflex a une influence favorable à l'action neuromusculosquelettique coordonnée.

Parce qu'il est dessiné individuellement et fait de tissu non élastique qui ne cède ni ne glisse sous la tension, ce support est *sûr* et confortable à la fois. Il est léger, flexible — et ne met aucune pression sur la crête de l'ilion. Des courroies périnéales ne sont pas nécessaires avec ce support. Il s'enfile, s'enlève ou s'ajuste en un instant. Puis, il est très durable malgré son prix raisonnable.

Le support illustré en bas, à gauche, fut dessiné comme adjuvant au traitement consécutif à une opération dans la partie supérieure de l'abdomen. Il est particulièrement utile dans les cas d'ambulation hâtive et quand un drainage fut maintenu pendant une longue période. Il couvre entièrement la cicatrice et la protège, sans « entrer » sous les côtes inférieures. Il soulage la fatigue et la tension des tissus et muscles de la région affectée — même s'ils sont dus à la respiration profonde et à la toux. *A notre connaissance, aucun autre support abdominal pour homme ne procure ces avantages.*

Pour renseignements sur les supports Spencer, téléphonez à votre « Corsetière Spencer » locale, ou adressez-nous le coupon ci-contre.

SUPPORTS *DE DESSIN INDIVIDUEL* **SPENCER**

pour l'abdomen, le dos et les seins

SPENCER SUPPORTS (CANADA) LIMITED
Rock Island, Québec.

Aux Etats-Unis: Spencer, Incorporated, New Haven, Conn.
En Grande-Bretagne: Spencer (Banbury) Limited, Banbury, Oxon.

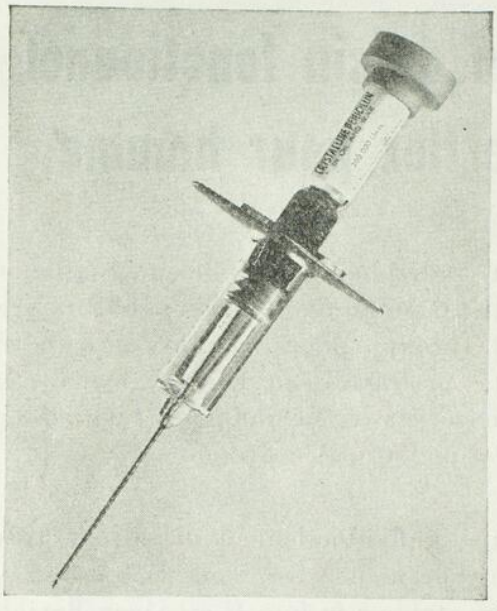
Veuillez m'adresser la brochure "Comment les supports Spencer secondent le traitement du médecin".

Nom ..... M.D.

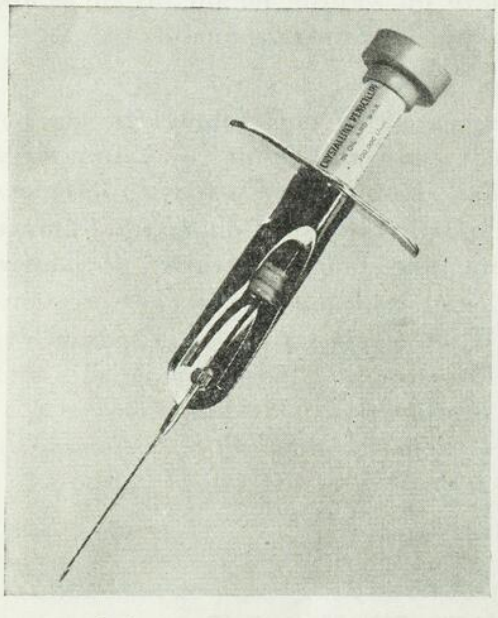
Adresse 151-5-47

PÉNICILLINE CRISTALLINE DANS DE L'HUILE ET DE LA CIRE

(FORMULE DE ROMANSKY)



Seringue en plastique.



Seringue-cartouche métallique.

UN AUTRE PROGRÈS

L'emploi de la pénicilline cristalline dans de l'huile d'arachides et de la cire d'abeilles, selon la formule de Romansky, permet aux Laboratoires de mettre à la disposition de la profession médicale un produit amélioré possédant des avantages marqués.

Administration facile — *Le produit amélioré s'écoule plus facilement dans l'aiguille hypodermique.*

Minimum de réaction locale — *Grâce à la grande pureté de la pénicilline cristalline dans le mélange, les réactions locales sont réduites au minimum.*

PRÉSENTATION

PAQUET CONTENANT LA SERINGUE EN PLASTIQUE

Cet emballage comprend une Seringue-Cartouche B-D* en plastique, prête pour usage immédiat, avec une cartouche spéciale contenant 300,000 Unités Internationales de pénicilline cristalline dans 1 cc. d'huile d'arachides et de cire d'abeilles. La seringue en plastique est jetée après emploi.

PAQUET CONTENANT LA SERINGUE MÉTALLIQUE

Cet emballage comprend une Seringue-Cartouche B-D* en métal, deux aiguilles No 20 stérilisées et une cartouche contenant 300,000 Unités Internationales de pénicilline cristalline dans 1 cc. d'huile d'arachides et de cire d'abeilles. La seringue en métal est destinée à servir indéfiniment avec des cartouches et des aiguilles de rechange.

PAQUET CONTENANT UNE CARTOUCHE DE RECHANGE

On peut se procurer séparément aux Laboratoires des cartouches de rechange contenant 300,000 Unités Internationales de pénicilline cristalline dans 1 cc. d'huile d'arachides et de cire d'abeilles. Ces cartouches sont fournies pour servir avec la seringue de métal.

* Nom déposé de Becton, Dickinson & Co.

CONNAUGHT MEDICAL RESEARCH LABORATORIES

University of Toronto Toronto 4, Canada

GENOSCOPOLAMINE

POLONOVSKI et NITZBERG **Maladie de Parkinson**

Composition: Bromhydrate de Génoscopolamine.

Propriétés: Les mêmes que celles de la Scopolamine, sans en avoir les inconvénients. Sa toxicité est environ 200 fois plus faible que celle de la Scopolamine.

Indications: Maladie de Parkinson, Paralysie agitante, Syndromes post-encéphalitiques.

Posologie: De 2 à 6 granules, ou de 20 à 60 gouttes par jour, prises en deux à trois fois dans la journée, de préférence entre les repas. Commencer par la dose minimum, et augmenter progressivement pour s'en tenir à la dose utile.
L'injection sous-cutanée d'une ampoule de 1 mgr. donne des résultats plus rapides, mais n'est pas souvent nécessaire.

Présentation: Granules au ½ mgr., flacon de 60 granules.
Gouttes, solution à 1.5 p. 1000, flacon de 20 cc.
Ampoules dosées à 1 mgr., 10 amp. de 1 cc.

Laboratoires AMIDO — PARIS

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

VALERIANATE PIERLOT

Calme les Maladies Nerveuses — Traite la Neurasthénie

Composition: Valérianate d'Ammonium.

Propriétés: Antispasmodique.
Stimulant diffusible et énergique, régulateur de l'innervation.

Indications: Excitabilité nerveuse, Insomnie, Migraines, Vapeurs, Toux nerveuse, Palpitations, Tremblement, Spasmes, Chorée, Convulsions, Attaques de nerfs, Hystérie, Névralgies, Sciatique, Règles douloureuses ou difficiles.

Posologie: Une à deux cuillerées à thé dans un quart de verre d'eau sucrée, matin et soir. Pour les enfants, moitié ou tiers d'une cuillerée à thé.

Présentation: Flacon de 120 cc.

Laboratoires H. RIVIER — Paris

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

INSTITUT DE MICROBIOLOGIE ET D'HYGIÈNE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

(sans but lucratif)

Excipient huileux

"ARACOL"

Pour prolonger l'action de la PÉNICILLINE (et d'autres médicaments) en injection intramusculaire.

Le **Service des Antibiotes** de l'Institut de Microbiologie, cédant à la demande des praticiens, a mis au point et distribué le véhicule huileux ARACOL préparé suivant la formule de Cohn.

Effet de Prolongation.

Ce Service de l'Institut n'a pas cessé d'étudier les effets thérapeutiques obtenus à l'aide d'ARACOL, de produits similaires et de mélanges à base de cire d'abeille. Ces recherches expérimentales et cliniques démontrent et confirment la valeur d'ARACOL pour le prolongement de l'action antibiotique de la Pénicilline et des médicaments.

L'ARACOL

est:

COMMODE. Il suffit de fluidifier ARACOL à la chaleur de la main.
S'émulsionne instantanément si on observe scrupuleusement la technique recommandée.
S'injecte aisément sans danger de briser les seringues.
Une émulsion bien faite peut se conserver 24–48 heures à la glacière.

INDOLORE. L'addition d'un analgésique rend l'injection indolore.
Aracol se résorbe sans laisser de traces.

ÉCONOMIQUE. Économise le temps du médecin par la réduction du nombre d'injections journalières de Pénicilline — une ou deux injections par jour suffisent.
Coût négligeable et le plus bas de tous les excipients similaires.
Cette méthode diminue les frais et les inconvénients du traitement pour le patient.

IMPORTANT — Bien mesurer les quantités à la seringue:
1 cc. d'eau pour dissoudre la Pénicilline. 3.5 cc. d'Aracol liquéfié à douce chaleur.

•

FORMULE SUPÉRIEURE ET ÉPROUVÉE

•

Distributeurs:

MILLET, ROUX & CIE LIMITEE

1215, rue St-Denis – Montréal, 18

J. EDDÉ LIMITÉE

Édifice New Birks, **MONTRÉAL**

URICLARINE

Antiseptique entéro-rénal et biliaire
à base de Chlorure d'Ammonium, Héxaméthylène tétramine
et Salicylate de Phényle (Salol)

Infections urinaires.

TRÉPHONYL du Dr Roussel

Ampoules buvables.
Extrait de Foie frais embryonnaire. Sérum hémopoïétique.
Régénérateur de la cellule.

SALICYLNA

Comprimés dosés à 0 Gr. 50 de Salicylate de Soude chimiquement pur.
Toutes les indications du Salicylate.

EUTENSYL

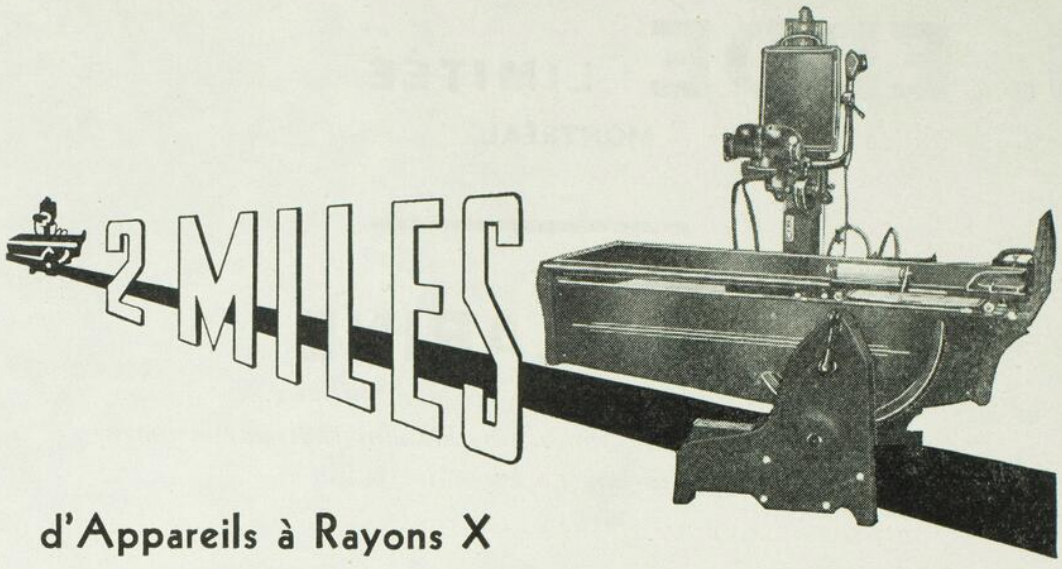
Régulateur de l'hypertension.

GOUTTES I.A.M.

Iode, Arsenic et Manganèse.
Tonique puissant et d'effet rapide.

VULCASE

Comprimés.
Dépuratif soufré.



d'Appareils à Rayons X G-E Modèle R-39 Actuellement en Usage!

Si vous pouvez vous représenter une file d'Unités R-39 placées bout à bout et s'étendant sur une longueur de deux milles, vous aurez une bonne idée de la popularité de ce modèle, et de la somme de travail diagnostique qu'il permet d'accomplir partout chaque jour dans les bureaux des spécialistes, dans les cliniques et dans les hôpitaux.

Pourquoi le R-39 est-il si populaire?

1. C'est une unité d'utilité générale pour le diagnostic, et elle est pourtant si compacte qu'elle ne requiert que peu d'espace.
2. Elle est amplement pourvue d'énergie (100 ma. et 85 kvp.) pour le diagnostic radiographique et fluoroscopique général.
3. Sa souplesse exceptionnelle facilite le réglage vertical, angulaire ou horizontal de la position du malade.
4. Les ampoules de Coolidge authentiques à double foyer peuvent servir aussi bien en dessous qu'au-dessus de la table.
5. Le système de contrôle perfectionné et facile à faire fonctionner assure de façon constante la qualité du travail.

Vous aussi, vous trouverez peut-être que le Modèle R-39 peut s'adapter de façon idéale à vos besoins. Pourquoi ne pas vous enquérir en écrivant dès aujourd'hui pour de plus amples informations. Adressez-vous au Département 2616 du plus proche bureau de la Victor X-Ray Corporation of Canada Ltd.



VICTOR X-RAY CORPORATION of CANADA, Ltd.

DISTRIBUTORS FOR GENERAL ELECTRIC X-RAY CORPORATION

TORONTO: 30 Bloor St., W. - VANCOUVER: Motor Trans. Bldg., 570 Dunsmuir St.
MONTREAL: 600 Medical Arts Building • WINNIPEG: Medical Arts Building

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**.

EN SACHETS DE 4 GMS — BOÎTE DE 20 SACHETS

Agarcyl

Formule Nouvelle dans la médication des Gastropathies

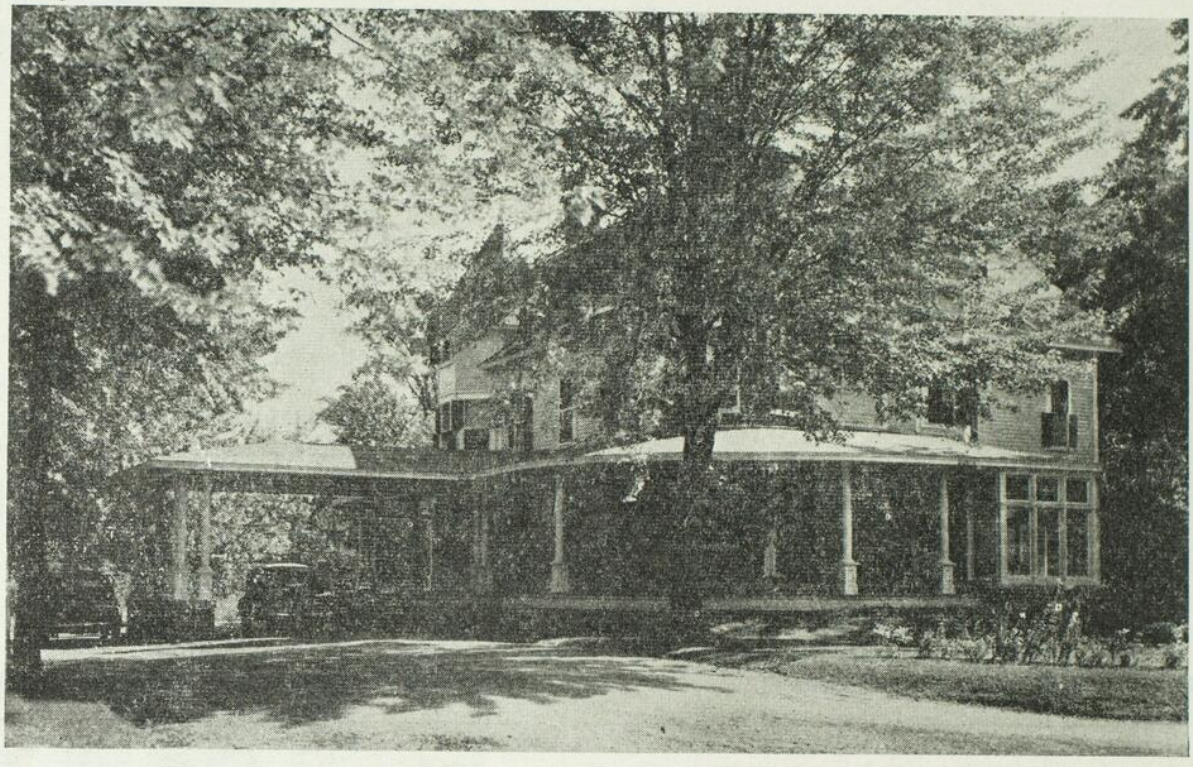
Agar-Agar	5 gms.
Gélatine	25 gms.
Silicate de magnésie	10 gms.
Lactose Q.S. . . pour	100 gms.

1—Neutralise l'hyperacidité
2—Combat l'hypersécrétion
3—Calme les douleurs et supprime le pyrosis
4—S'oppose aux fermentations et régularise le péristaltisme gastro-intestinal
5—Ne constipe pas, légèrement laxatif
6—Analgésique—anti-hémorragique, coagulant

LABORATOIRES JEAN OLIVE

14, rue des Minimes, PARIS 3e — 200, rue Vallée, MONTRÉAL, P. Q.

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.

•

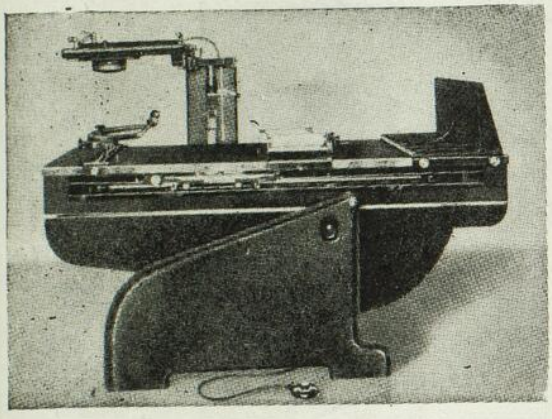
Direction médicale confiée aux docteurs Jean Saucier et Roma Amyot, professeurs agrégés de neurologie à l'Université de Montréal et spécialistes agréés par le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada.

•

4455 ouest, Boulevard Gouin **Téléphone: BYwater 2405**

ADAPTABILITÉ ESSENTIELLE

pour RADIOGRAPHIE
FLUOROGRAPHIE
FLUOROSCOPIE





La Table Basculante Type "B" KELEKET

Cette table à moteur, douce et silencieuse, est remarquablement facile à manipuler. Son châssis soudé et sa base en alliage d'aluminium en font un appareil d'une robustesse et d'une durabilité inégalées. La Table Basculante Type "B" est douée d'une souplesse jamais encore obtenue auparavant.

Aucune saillie ne gêne l'opérateur du côté où il travaille.

L'absence virtuellement complète d'obstructions au niveau du plancher permet de s'approcher très près de la table.

L'angle d'inclinaison peut s'ajuster avec une grande précision entre 15 degrés — position de Trendelenburg — et la verticale.

Conçue pour satisfaire aux exigences sévères d'un travail radiologique précis et complet, la Table Basculante Type "B" s'est montrée entièrement adaptable.

Le nouveau Dispositif à Poses Multiples permet une technique parfaite de sélection.

ACCESSOIRES. Fixe-tête entièrement ajustable, bande à compression à double rouleau, appui-pieds.

Par toute l'Amérique, les médecins et les institutions ont proclamé la Table Basculante Type "B" KELEKET l'un des membres les plus utiles de la célèbre famille d'appareils Keleket.

KELEKET

X-RAY and RADIUM INDUSTRIES LTD.
261 DAVENPORT RD. TORONTO 5

MONTREAL QUEBEC CITY EDMONTON VANCOUVER CALGARY WINNIPEG





Il faut plus de temps et d'effort pour faire quelque chose de *mieux*. Les comprimés de véritable "Aspirin" sont soumis à soixante-dix vérifications et essais différents pour en garantir la qualité, la pureté, l'uniformité et la désagrégation rapide.

"ASPIRIN"

"Spécialités Bio"

CHOLIBILE

CHOLÉRÉTIQUE

LAXATIF — DÉSENSIBILISANT

ac. déhydrocholique 0.25 gm.
cascara sagrada . . . 0.05 gm.
thiamine (B_1) . . . . . 5 mgm.

CHOLIBILE (*faible*)

ac. déhydrocholique 0.10 gm.
cascara sagrada . . . 0.02 gm.
thiamine (B_1) . . . . . 2 mgm.

Laboratoire BIO-CHIMIQUE Limitée

Fabricants de Produits Pharmaceutiques

425, rue River, **Montréal 19, P. Q.**

"C'est vous qui l'avez recommandé"



. . . et nous, les fabricants, nous sommes fiers de la confiance que vous nous témoignez. Lorsque nous avons fabriqué pour la première fois les produits Baby's Own, notre but principal était de préparer les articles de toilette les plus doux et les plus adoucissants pour la peau extra-sensible des bébés. Nous avions un autre but: mériter que vous recommandiez nos produits.

Nous pouvons vous assurer que nous continuerons à fabriquer des produits dignes de votre confiance, le savon, l'huile et la poudre qu'exige la peau sensible des bébés.

LES PRODUITS
BABY'S OWN
savon·huile·poudre
POUR LA TOILETTE DES BÉBÉS

THE J. B. WILLIAMS CO. (CANADA) LIMITED
La Salle, Montréal

TRAITEMENT DES TROUBLES DU FOIE PAR LES DRAGÉES ENTÉRIQUES

ENTERYDINE

(Autrefois Entero-Boldine)

Recommandées contre les hépatites aiguës ou chroniques, et toute insuffisance biliaire, cause éventuelle de la constipation et de la jaunisse.

Effectuent une dérivation nécessaire aux engorgements du foie, prévenant ainsi la lithiase biliaire qui en découle.

CHAQUE DRAGÉE CONTIENT:

Sels biliaires	.130 gm.	Cascara Sagrada	0.65 gm.
Eukinase	.065 gm.	Artichaut	0.65 gm.
Pancréatine	.065 gm.	Phénolphtaléine	.030 gm.
	Boldine pure .001 gm.		

Mode d'emploi:

Une ou deux dragées entre les repas ou deux dragées au coucher, suivant l'avis du médecin.

DRAGÉES GLUTINISÉES

PYÉLOSE

DIURÉTIQUE ACIDIFIANT MICROBICIDE

Indications: *Pyélites, pyélonéphrites, lithiases, cystites, cholécystites.*

Réalise la désinfection des voies biliaires et urinaires.

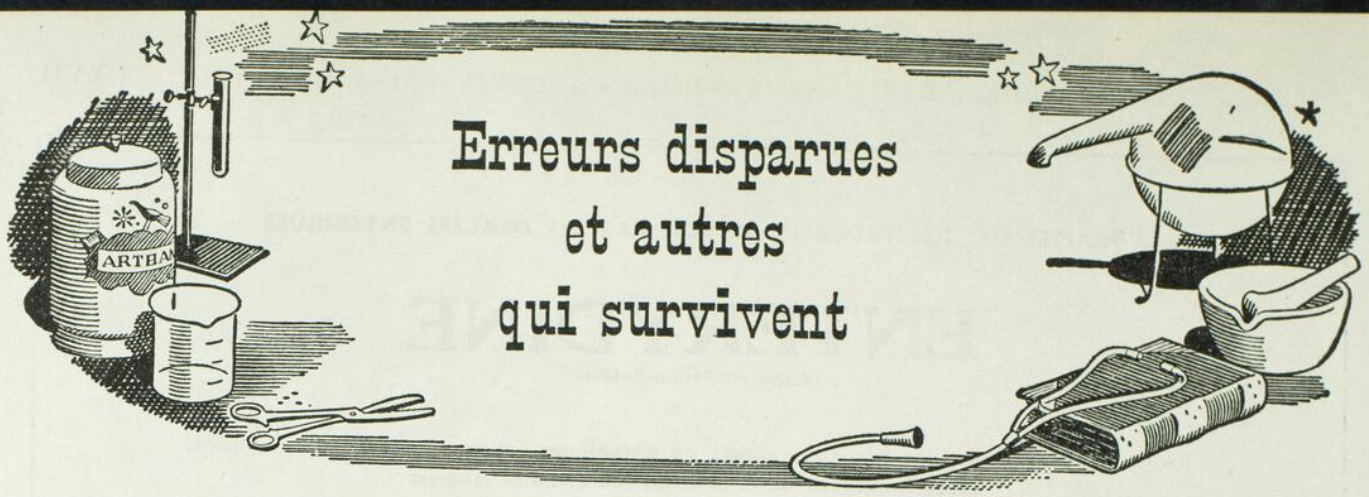
CHAQUE DRAGÉE CONTIENT.

Mandalate de Calcium	.06 gm.	Phosphate d'Ammonium	.06 gm.
Hydrate de Terpine	.03 gm.	Acide Nicotinique	.03 gm.
	Benzométhyloxyquinoléine .04 gm.		

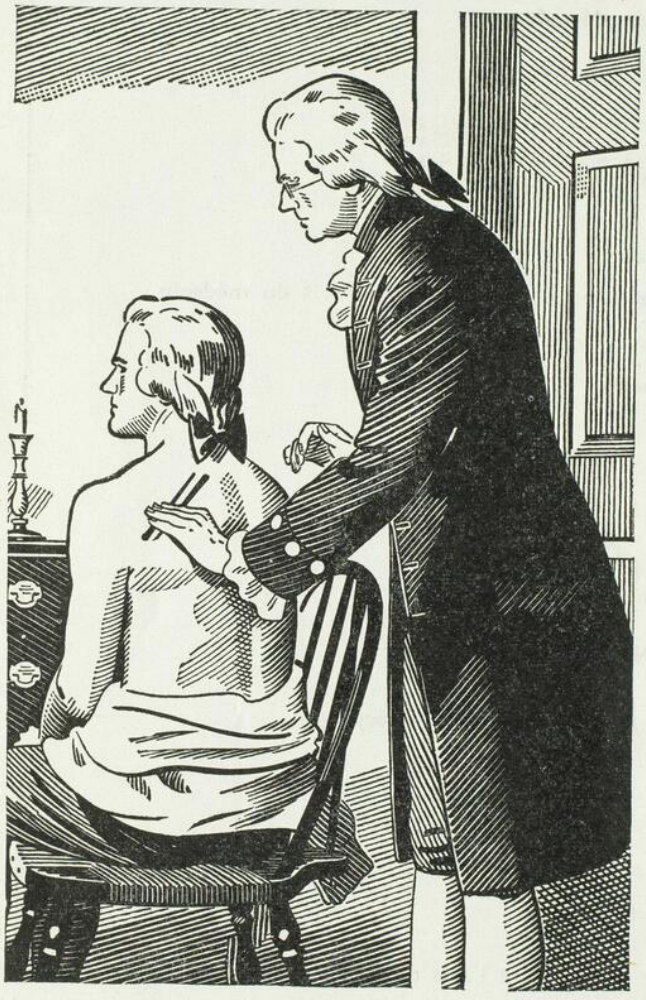
Posologie: Deux dragées trois fois par jour suivant l'avis du médecin.

CIRCULAIRES ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE.

LABORATOIRES DESAUTELS LIMITÉE MONTREAL CANADA LABORATORIES LIMITED

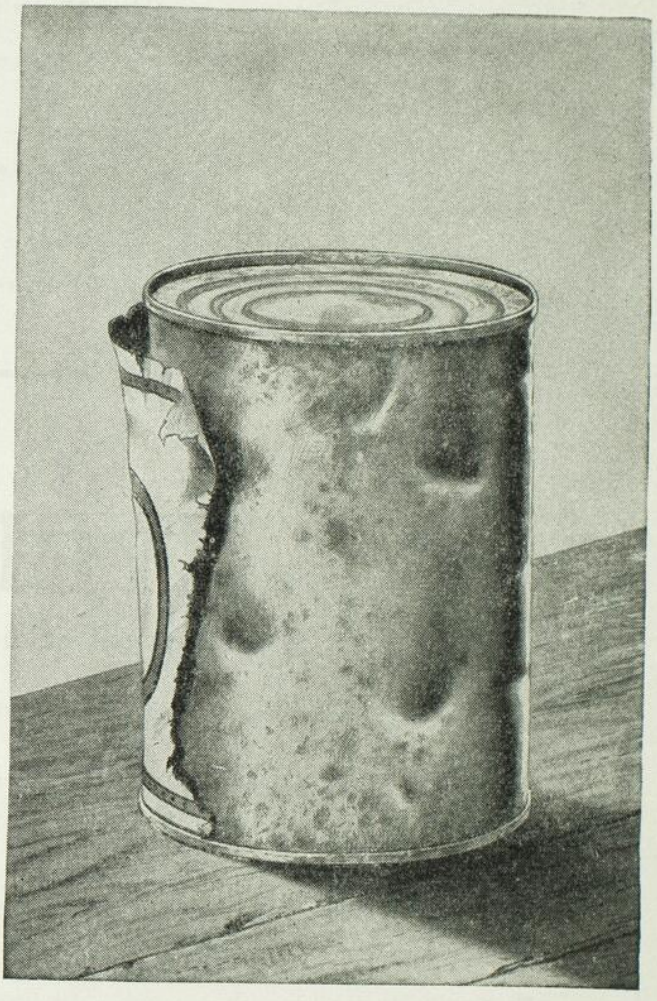


Erreurs disparues et autres qui survivent



Bientôt après que Benjamin Franklin eut découvert que l'éclair est de l'électricité, un médecin appelé le Dr. Perkins fit breveter un appareil qui était supposé guérir les maladies.

Il s'agissait de deux courtes baguettes métalliques, supposées transmettre un courant électrique, qu'on passait sur la peau. Ces baguettes devinrent très populaires au pays et à l'étranger.



De la rouille sur l'extérieur de la boîte ne signifie pas que le contenu est contaminé.

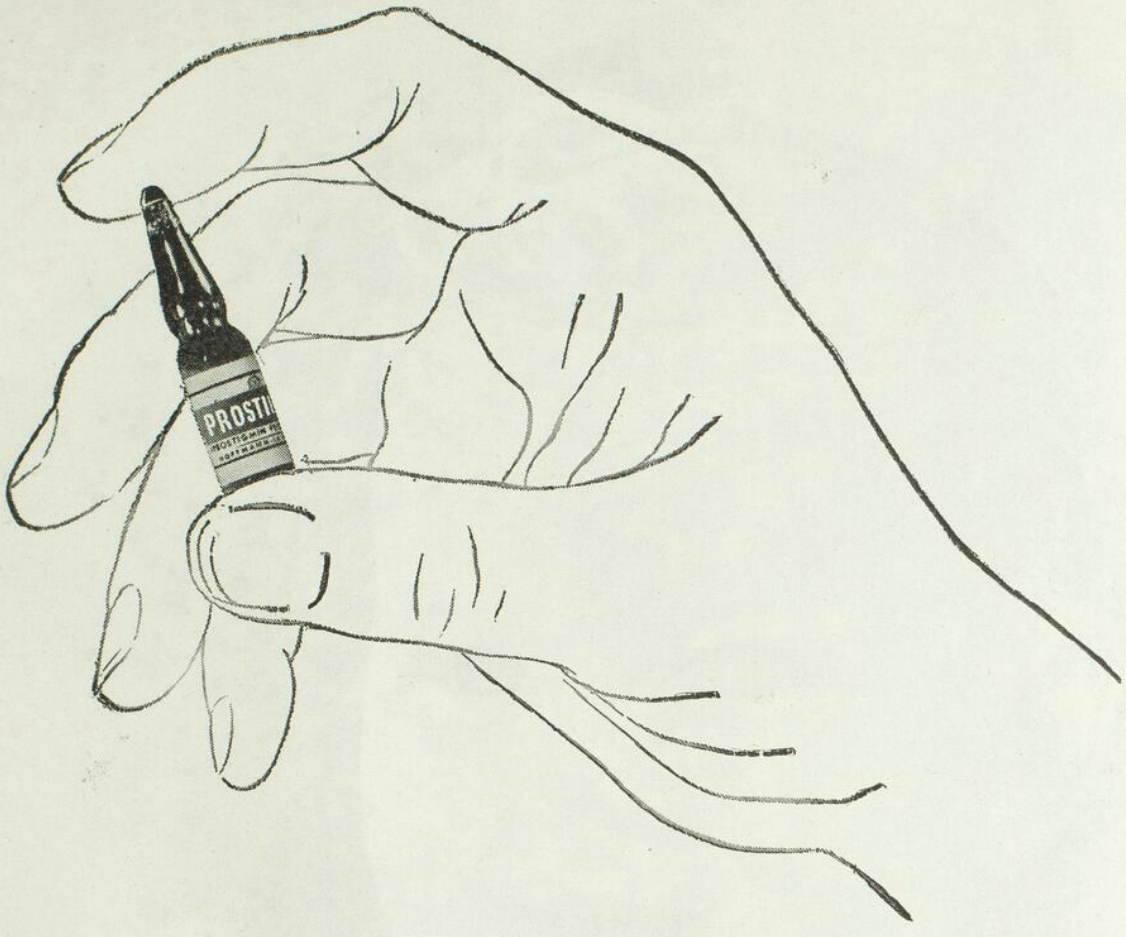
A moins que la rouille ait percé le métal, le contenu de la boîte est parfaitement sûr et nourrissant.

CANCO

AMERICAN CAN COMPANY

MONTRÉAL • HAMILTON • TORONTO • VANCOUVER

LES ALIMENTS EN BOÎTES SONT DES ALIMENTS SUCCULENTS



"PRÉVENIR VAUT MIEUX QUE GUÉRIR"...

L'atonie intestinale, le météorisme, la rétention urinaire sont les suites fréquentes d'une opération. Avec la Prostigmine 'Roche', vous pouvez épargner à vos opérés ces heures désagréables. La Prostigmine combat les troubles post-opératoires de la vessie ou de l'intestin, permet d'éviter les cathétérismes, élimine les gaz et hâte la convalescence. Injectez ½ ampoule à 0.5 mgm. de Prostigmine (solution 1:2000) toutes les 4 ou 6 heures en commençant aussitôt après l'intervention et continuez les injections pendant 2 ou 3 jours.

HOFFMANN-LA ROCHE LIMITÉE, MONTRÉAL

PROSTIGMINE 'ROCHE'



Excellent dans l'alimentation infantile



LACTOGEN	±	EAU	=	FORMULE
1 C. À SOUPE RASE		2 ONCES		2 ONCES LIQUIDES
40 CALORIES (ENVIRON)				20 CALORIES PAR ONCE (ENVIRON)

Publicité et mode d'emploi à la profession médicale exclusivement. Si vous désirez des renseignements sur le mode d'emploi et des blocs-ordonnances, envoyez votre carte professionnelle à:

Nestlé's Milk Products (Canada) Limited

METROPOLITAN BUILDING, TORONTO

élaboration

d'une

goutte

de

sang

LES HÉMATOLOGISTES ont démontré que divers éléments nutritifs, en conjonction avec le fer, provoquent souvent une réponse plus rapide et plus satisfaisante dans le traitement des anémies secondaires.

Les Capsules **VI-LITRON** fournissent:

Une Fraction Spéciale du Foie *

— le facteur antianémie secondaire hautement concentré (55 pour 1).

Du Fer sous forme de Sulfate Ferreux

— forme considérée comme la plus facilement assimilable et utilisable.

Des vitamines B_1 - B_2 - De la Niacinamide

— la carence de ces vitamines nuit souvent à l'absorption maximum des facteurs des hématies.

De la Vitamine C

— que l'on prétend intervenir dans l'hématopoïèse; une légère carence peut suffire à provoquer l'anémie hypochrome.

A un pH de 4.5

la concentration gastrique en ion-hydrogène reconnue comme étant favorable à l'absorption du fer.

* N'est pas un produit contre l'anémie pernicieuse.

Echantillons et notices explicatives sur demande

U. S. VITAMIN Corporation

250 E. 43rd St. New York 17, N. Y.



Foie – Fer – Vitamines

Eléments essentiels pour les hématies dans un milieu favorable.

VI-LITRON

pour l'ANÉMIE Secondaire

Concessionnaires Exclusifs pour le Canada: **FRED. J. WHITLOW & CO., LTD., "S" Building, Malton, Ont.**

EDITIONS BEAUCHEMIN

(Extrait du catalogue)

ROMANS

Angus Graham
NAPOLÉON TREMBLAY $1.50

Geneviève de la Tour Fondue
RETOUR À LA VIGIE $1.00

Geneviève de la Tour Fondue
MONSIEUR BIGRAS $1.25

Louis Fréchette
ORIGINAUX ET DÉTRAQUÉS $1.25

Edmond Grignon
EN GUETTANT LES OURS $1.25

Louis Fréchette, etc.
CONTES D'AUTREFOIS $1.25

Léon Bloy
LE DÉSESPÉRÉ $1.25

Z.-B. Markevitch
STEPPES D'UKRAINE $1.00

Oscar Masse
LA CONSCIENCE DE PIERRE LAUBIER $0.75

Paule Régnier
L'ABBAYE D'ÉVOLAYNE $1.25

Raymonde Vincent
CAMPAGNE $1.25

Raymonde Vincent
BLANCHE $1.25

René Bazin
MAGNIFICAT $1.25

Colette Yver
CHER CŒUR HUMAIN $1.25
COMMENT S'EN VONT LES REINES . . $1.50
LES DAMES DU PALAIS $1.75
LES SABLES MOUVANTS $1.75
PRINCESSE DE SCIENCE $1.75
UN COIN DU VOILE $1.25
VOUS SEREZ COMME DES DIEUX . . $1.35

LITTÉRATURE

H. de Balzac
TRAITÉ DE LA VIE ÉLÉGANTE $1.25

Marie de Villers
RÉPONSE À DÉSESPOIR DE VIEILLE FILLE $0.75

Leon Chancerel
LES JEUX DRAMATIQUES $0.75

Rina Lasnier
MADONES CANADIENNES $3.50

Léo-Pol Morin
MUSIQUE $2.00

Guy Sylvestre
SONDAGES $1.00

Marius Barbeau
L'HOMME AUX TROIS FEMMES . . . $1.25

Marcel Dugas
UN ROMANTIQUE CANADIEN: LOUIS FRÉCHETTE $1.25

HISTOIRE

René Grousset
HISTOIRE DE LA CHINE $1.50

Jean Bruchesi
HISTOIRE DU CANADA POUR TOUS, 2 vol. $2.50

Léon Marchal
VILLE-MARIE. Les origines de Montréal $1.25

Abbé Charles Journet
VUES CHRÉTIENNES sur la POLITIQUE $1.00

Louis Rougier
LES ACCORDS PÉTAIN-CHURCHILL . $2.00

Henri de Kerillis
DE GAULLE DICTATEUR $2.00

Léon Marchal
DE PÉTAIN À LAVAL $1.50

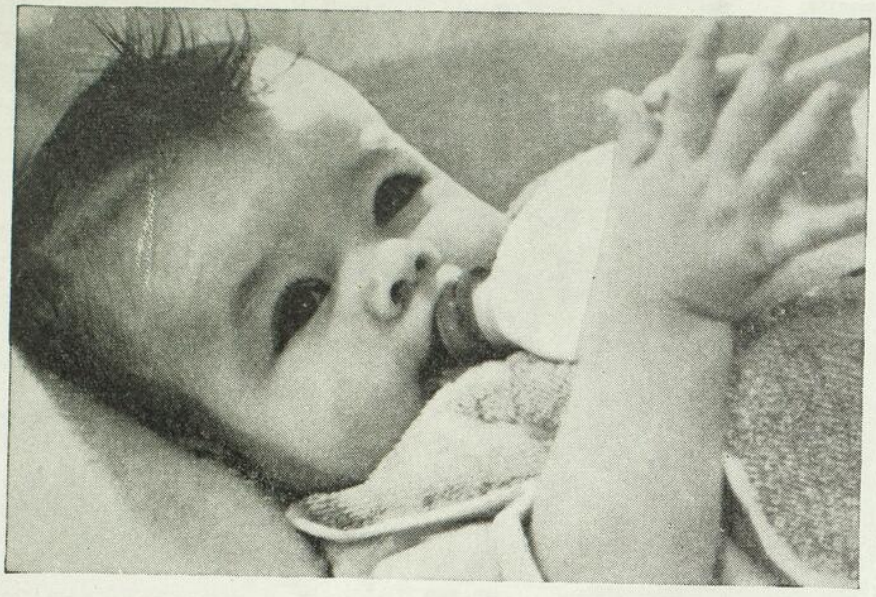
Kenneth Pendar
LE DILEMME FRANCE-ÉTATS-UNIS . $2.50

Ernest Gagnon
LOUIS JOLLIET $2.00

Major Sévigny
FACE À L'ENNEMI $1.25

Major Poulin
696 HEURES D'ENFER avec le Royal 22e . $1.35

EN VENTE CHEZ TOUS LES LIBRAIRES

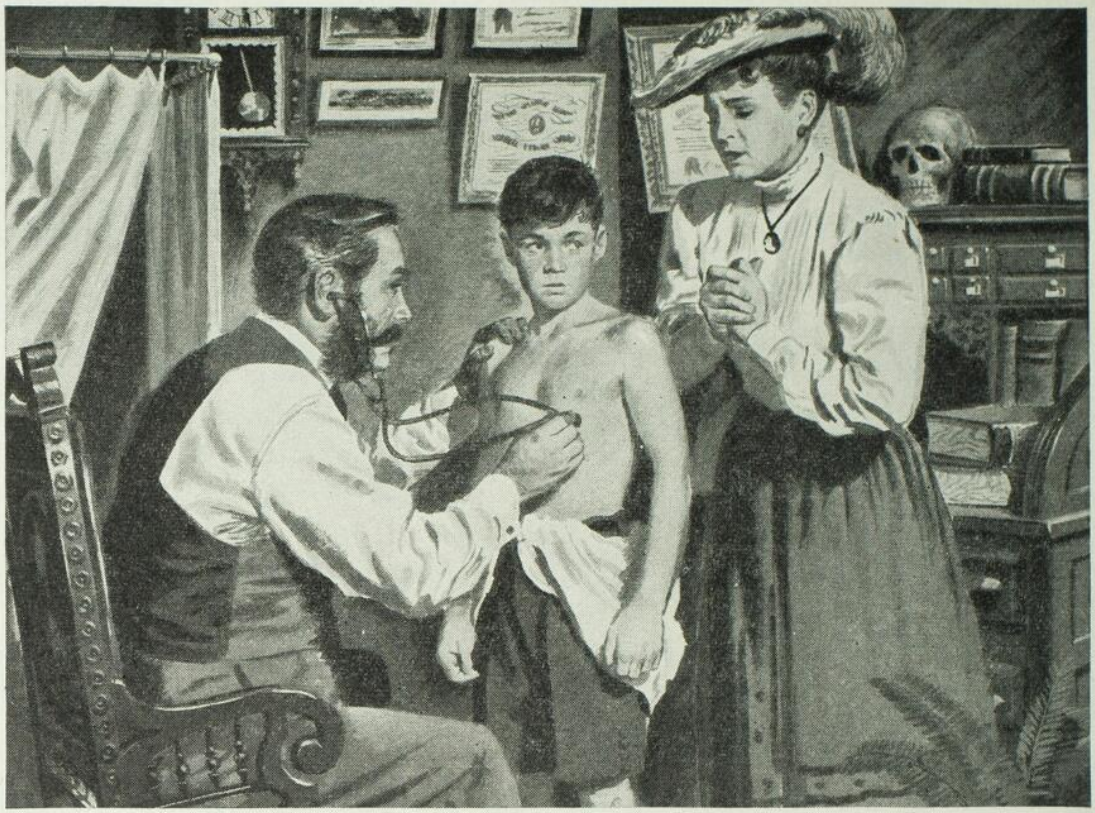


Chaque boîte de Lait Evaporé Nestlé's ne fait qu'augmenter le savoir-faire accumulé par quatre-vingts années d'expérience dans la fabrication des diètes alimentaires infantiles par toute la terre.

Nestlé's Milk Products (Canada) Limited

METROPOLITAN BUILDING, TORONTO





Examen Médical - 1895

Il y a cinquante ans, peu d'enfants étaient amenés chez le médecin pour un examen, à moins que les mères n'aient remarqué quelque chose d'anormal pouvant les inquiéter. Ce tableau, heureusement, a changé. Aujourd'hui, presque tous les enfants bénéficient de l'examen médical périodique.

Les usages sont différents aussi dans bien d'autres domaines depuis le siècle dernier. Cependant, quelques choses demeurent inchangées: par exemple, la fidélité au Savon Ivory.

Déjà en 1880, Ivory faisait partie des produits de confiance recommandés par les médecins

Aujourd'hui il y a encore plus de raisons de recommander Ivory. 216 épreuves pratiquées au cours de sa fabrication assurent le contrôle de sa qualité. Vous pouvez être sûr que le Savon Ivory est aussi pur que le plus beau Castille. En outre, les recherches effectuées dans les Laboratoires de Recherches sur l'Epiderme de Procter & Gamble constituent un double contrôle en vue de la douceur du Savon Ivory pour la peau.

C'est pourquoi, depuis des générations, tant de médecins ont répété aux mères cette recommandation: « Pour le bain du bébé, employez un savon pur et doux comme Ivory. »



FABRIQUÉ AU CANADA

99 44/100% Pur---Il flotte

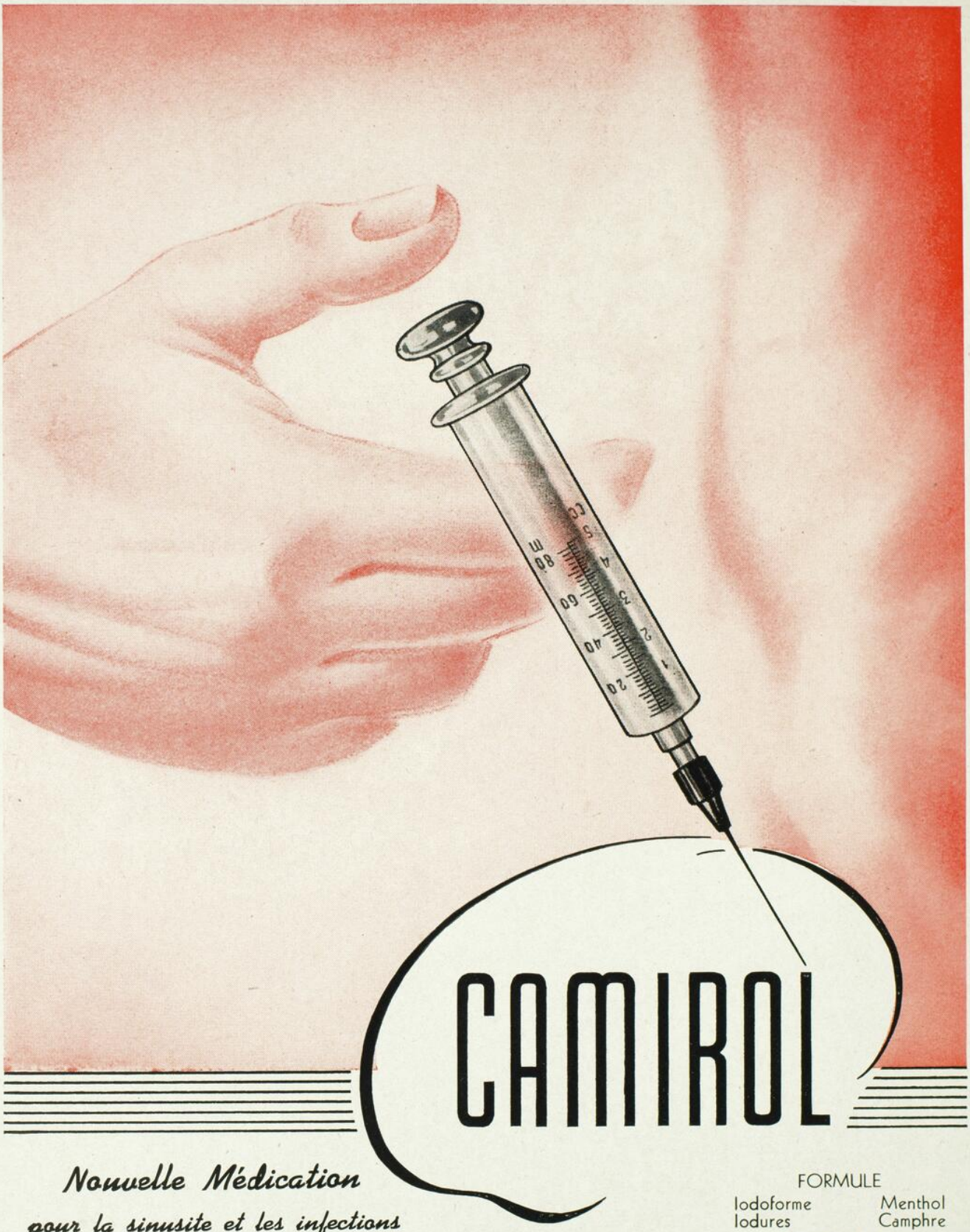
ENFIN VOUS POUVEZ PRESCRIRE..



VICHY CELESTINS

PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT FRANÇAIS

REPRÉSENTANTS EXCLUSIFS
VICHY FRANCE



CAMIROL

Nouvelle Médication

pour la sinusite et les infections des voies respiratoires

Injection Intramusculaire

FORMULE

Iodoforme — Menthol
Iodures — Camphre

Ampoules de 1 cc.

(En solution huileuse de faible acidité)

Documentation complète et échantillon sur demande

REPRÉSENTANTS AU CANADA

HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2007 AVENUE DU COLLÈGE McGILL — MONTRÉAL



Les médecins prescrivent ce lait à l'acide lactique

IL y a cinq raisons principales pour lesquelles le Lait en Poudre C.M.P. à l'Acide Lactique a mérité la confiance de tant de médecins.

1 Le Lait en Poudre C.M.P. à l'Acide Lactique est le lait à l'acide lactique le plus uniforme qui soit.

2 Toujours disponible, quelle que soit la quantité désirée.

3 Simple et facile à préparer.

4 Le caillot fin désiré est une propriété inhérente à ce lait.

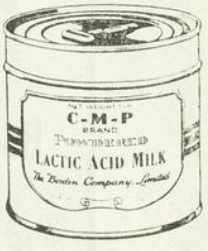
5 Les vitamines et autres propriétés biologiques sont pleinement conservées dans le Lait en Poudre C.M.P. à l'Acide Lactique.

Les autres facteurs qui font que l'usage du lait à l'acide lactique se généralise de plus en plus sont les succès obtenus dans l'emploi clinique, sa facilité de préparation et l'absence de danger de suralimentation, ainsi que la haute ration calorique et la haute ration de protéines qu'il permet d'administrer.

Dans les cas où il faut donner du lait à l'acide lactique, vous pouvez compter sur le Lait en Poudre C.M.P. à l'Acide Lactique.

En vente dans les pharmacies.

Lait à l'Acide Lactique—Marque C.M.P.



Aliments Borden's pour Formules

MULL-SOY



Aliment émulsifié à base de fèves de soya, succédané hypoallergénique du lait de vache.

LAIT ÉVAPORÉ BORDEN'S



Teneur en vitamine D accrue par irradiation directe. Il n'est pas de meilleur lait en boites.

DRYCO



Aliment idéal pour bébés, grâce à sa teneur élevée en protéines et son faible contenu de matières grasses — qui *agit* comme le lait de femme.

KLIM—LAIT COMPLET EN POUDRE



Très employé pour l'alimentation infantile, les régimes spéciaux (notamment l'ulcère peptique), et comme lait complet de qualité supérieure.

LAIT PROTÉINÉ C.M.P. EN POUDRE



Pour le traitement spécifique de la diarrhée fermentescente, la diarrhée d'été, l'intoxication intestinale aiguë, l'indigestion intestinale chronique, la maladie coeliaque, et pour l'alimentation des bébés prématurés et nouveau-nés.

Avis spécial

Le Lait Protéiné et le Lait à l'Acide Lactique sont maintenant disponibles, à prix plus modique, en boites de 2½ livres.

THE BORDEN COMPANY, LIMITED.

Division des Produits pour Ordonnances — Spadina Crescent, Toronto 4, Ontario.

DOCUMENTATION DÉTAILLÉE ENVOYÉE AUX MÉDECINS SUR DEMANDE

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

LA

BANQUE CANADIENNE NATIONALE

est la banque du public aussi bien que la banque des hommes d'affaires.

Le gérant de succursale se tient à votre entière disposition, qu'il s'agisse de dépôts, d'emprunts personnels, de remises, de recouvrements ou de toute question d'ordre financier au sujet de laquelle vous désireriez le consulter.

Actif, environ $350,000,000

525 bureaux au Canada
65 succursales à Montréal

Pour réaliser une douce sensation subjective de confort oculaire

L'EFFET des Solutions de drogues introduites dans le cul-de-sac conjonctival est modifié par plusieurs facteurs, parmi lesquels les trois suivants doivent être pris en considération:

1. La dilution immédiate de la solution par les larmes qui se trouvent dans le cul-de-sac.

2. La précipitation de la drogue par les substances présentes dans les larmes qui se trouvent dans le cul-de-sac — ou sa combinaison chimique avec ces substances. Ce facteur est particulièrement important en présence d'une sécrétion riche en albumine, ainsi qu'en témoigne le précipité blanc d'albuminate d'argent qui se forme lors de l'application de nitrate d'argent sur des paupières recouvertes d'une sécrétion purulente. Cette combinaison rend naturellement inactive la majeure partie de la drogue.

3. Le facteur le plus important de tous est la réaction du tissu et des larmes avec les solutions employées. Il a été démontré que la réaction des collyres d'usage courant est le principal facteur de l'irritation ressentie lorsqu'ils sont introduits dans le cul-de-sac. La réaction des solutions est beaucoup plus importante que leur pression osmotique. La réaction de la sécrétion conjonctivale normale correspond à un pH de 7.2 à 7.4. Dans certaines formes d'irritation chronique ou de conjonctivite, le pH varie de 6.8 à 6.9. La simple instillation d'un collyre à réaction alcaline suffit pour calmer les symptômes d'irritation.

Une forme simple de solution tampon est un véhicule idéal pour les gouttes dans les yeux. Une solution alcaline est moins irritante et constitue un milieu convenable pour certaines drogues. Une simple solution tampon alcaline est un collyre non irritant qui convient bien pour nettoyer l'œil. A cause de son pH favorable, elle diminue le choc et augmente l'efficacité.

La Murine, collyre isotonique moderne, rencontre tous les desiderata précités. En outre, la Murine est isotonique avec les larmes, et c'est vraiment une solution tamponnée. La formule de la Murine comprend les ingrédients suivants: Bicarbonate de Potassium, Borate de Potassium, Acide Borique, Chlorhydrate de Berbérine, Glycérine, Chlorhydrate d'Hydrastine, « Merthiolate » (Ethyl Mercurisalicylate de Sodium, Lilly) 0.001 pour cent, en solution dans de l'eau stérilisée. Tout cela contribue à faire de la Murine un produit doux et d'une efficacité thérapeutique unique comme nettoyeur dans les irritations légères de l'œil.

THE MURINE COMPANY, Inc.

TORONTO, Ontario



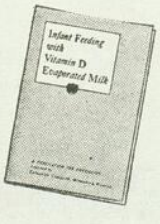
L'heure délectable

Le Lait Evaporé Carnation fait sa part pour rendre les bébés heureux — et les mères aussi — dans la formule, ou dans le régime alimentaire prénatal. Il offre non seulement les facteurs nutritifs essentiels attribuables au lait entier, mais aussi certaines caractéristiques très avantageuses qui lui sont propres.

Le triple traitement de la chaleur que l'on fait subir au Lait Carnation a pour effet la formation d'un caillé fin, doux et granuleux, au lieu d'un caillé dur et ferme comme celui du lait n'ayant pas subi le même traitement. Les propriétés allergéniques s'en trouvent diminuées. L'irradiation à 400 unités de vitamine D répond aux besoins de l'enfant normal à terme, et offre la protection nécessaire à la future mère.

On peut maintenant se procurer le Lait Carnation dans toutes les parties du pays, pour répondre aux besoins de la profession médicale.

DEMANDEZ « Alimentation infantile au lait évaporé avec vitamine D », une publication qui fait autorité pour les médecins. Adressez à: Carnation Company, Limited, Toronto 1, Ontario.



Lait Carnation



Produit dans le Québec

"provenant de vaches bien nourries"

SANATORIUM de BLOIS

51e 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 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.
Spécialiste agréé par le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

SANATORIUM de BLOIS

Téléphone 3420 225 boul. Laviolette - Trois-Rivières, P.Q.

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

FAlkirk 3537

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



N'oubliez pas que l'Epinard est une excellente source de fer nécessaire!

Aucun autre légume ordinairement employé ne fournit une telle abondance d'éléments nutritifs essentiels. Le « Nutritional Yardstick » donne l'analyse suivante de l'épinard (frais, par 100 grammes):

Fer	3.4 mg.	Vitamine A	15,800 U.I.
Calcium	.08 gm.	Vitamine B_1	.09 mg.
Phosphore	.05 gm.	Vitamine B_2	1.6 mg.
Niacine	.72 mg	Vitamine C	35.5 mg.

Et l'épinard tamisé de *Aylmer* possède la priorité en valeurs nutritives — en raison de la surveillance exercée sur sa culture et les méthodes modernes de la mise en conserve qui contribuent à garder toute la valeur des vitamines et des sels minéraux.

Suggestions pour l'addition de l'épinard au régime

AVEC UN ŒUF POCHÉ — pour les nourrissons de plus de 12 mois, un œuf légèrement poché servi sur 3 cuillerées à soupe d'épinards tamisés Aylmer.

DANS LES SOUPES — pour les nourrissons de moins de 12 mois, ajoutez 1 cuillerée à table d'épinards tamisés Aylmer à la portion régulière de soupe aux légumes tamisés Aylmer ou à la soupe aux légumes, bœuf et foie.

ÉCHANTILLONS GRATUITS d'épinard tamisé Aylmer —
Écrivez à Canadian Canners Limited, Hamilton, Ont.

ALIMENTS TAMISÉS POUR BÉBÉS

AYLMER

Les futurs citoyens du Canada méritent la qualité Aylmer.

6 raisons pour lesquelles l'épinard AYLMER est meilleur



1. Culture scientifique.
2. Rapidité de la mise en boîte.
3. Lavage parfait.
4. Non manié.
5. Cuisson sous pression à la vapeur.
6. Tamisé à 27/1000ièmes de pouce.

MAINTENANT DISPONIBLE AU CANADA!

LA LIGNE COMPLÈTE

Libby's de 12 Aliments Homogénéisés

POUR BÉBÉS



La variété qu'on peut maintenant trouver parmi les aliments homogénéisés par le procédé exclusif de Libby permet de composer à peu près n'importe quel régime riche en éléments spécifiques pour lesquels on peut choisir une nourriture individuelle. La liste comprend des légumes, des fruits et une cossetarde — plusieurs de ces produits sont maintenant mis sur le marché canadien pour la première fois par Libby.

Comme les Aliments de Libby pour Bébés sont homogénéisés en plus d'être tamisés, ils peuvent être donnés — et sont bien tolérés — dès l'âge de cinq semaines *. S'appuyant sur un passé de plus de trois quarts de siècle consacrés à la cause de la nutrition, ces aliments méritent d'être recommandés lors de la transition entre l'alimentation exclusivement lactée et un régime plus riche en aliments protecteurs.

* Des études de laboratoire et de clinique seront envoyées sur demande.

SEULS LES ALIMENTS

Libby's POUR BÉBÉS

sont HOMOGÉNÉISÉS

TABLE DES ANNONCEURS

Pages

Abbott Laboratories Ltd. (Pénicilline) XLI
Abbott Laboratories Ltd. (Elixir Cofron) XLII
American Can Company (Erreurs disparues et autres qui survivent) LXVIII
Ames Company Ltd. (Albumintest) — (Clinitest) . . . . . LIVa
Anglo-French Drug Cie (Pantavene) XLIV
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée ("Béminal") XXI
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée ("Cillenta") I
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée ("Calcium A") XXII
Banque Canadienne Nationale LXXVI
Bayer Company Ltd. (Aspirin) LXIV
Borden Company, Ltd., The (Lait à l'acide lactique) . . . LXXV
British Drug Houses (Canada) Ltd. (Livogen) LIV
Burroughs Wellcome & Co. ('Theoba' 'Tabloid') XXIII
Canada Drug Co., Ltd. (Pavéral) LXXVIII
Canadian Canners Ltd. (Aliments tamisés Aylmer) . . . LXXIX
Canadian Tampax Corporation, Ltd. (Tampax) XLIX
Carnation Company Ltd. (Lait Carnation) LXXVII
Casgrain & Charbonneau Ltée (Cécrinyl) XX
Casgrain & Charbonneau Ltée (Glycamin) XXVIII
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada (Avis concernant les examens en 1947) IV
Connaught Medical Research Laboratories (Pénicilline cristalline Connaught) LVI
Compagnie Ciba Ltée (Pyribenzamine) — (Antistine) LI
Denver Chemical Manufacturing Company, The (Galatest) — (Réactif à l'acétone) XVII
Eddé, J., Limitée (Uriclarine) — (Tréphonyl) — (Salicylna) (Eutensyl) — (Gouttes I.A.M.) — (Vulcase) LIX
Eli Lilly and Company (Canada) Ltd. Première page de la couverture
Frosst, Charles E. & Co. . . . . . IX-X-XI-XII
Giroux, J.-O. (Opticien) LXXVI
Herdt & Charton, Inc. (Agrippol) . . . . . L-LXXIVb
Herdt & Charton, Inc. (Robudten) XLVIII
Herdt & Charton, Inc. (Vago-Frenal) XLVI
Hoffmann-La Roche Ltée (Prostigmine 'Roche') LXIX
Horner, Ltd., Frank W. (La science au service de la médecine) XXXV
Laboratoire Bio-Chimique Ltée (Cholibile) LXV
Laboratoires Desautels (Enterydine) — (Pyélose) LXVII
Laboratoires Desbergers-Bismol (Extrait d'herbe à la puce) — (Aminotone) . . . . . 4e page de la couverture
Laboratoires Jean Olive (Nucléarsitol Robin) — (Agarcyl) . LXI
Laboratoires Lafayette (Hemogene) . . . . . LIVa
Laboratoires Lafayette (Profenil) II
Laboratoire Marois (Amino-Vitol) — (Oxycholine) XXIV
Laboratoires Poulenc Frères (Dycholium) 2e page de la couverture
Laboratoires Poulenc Frères (Néo-Antergan) II
Laurentian Agencies Reg'd. (Ertron) . . . . . XVIII-XIX
Lederle Laboratories (Ledinac) XV
Libby, McNeill and Libby of Canada, Ltd. (Aliments pour bébés) LXXX
Librairie Beauchemin Limitée (Extrait du catalogue) . . LXXII
Mead Johnson & Company of Canada Ltd. (Dextri-Maltose) 3e page de la couverture
Merck & Co. Ltd. (Pyridium) V
Messageries France-Canada (La Presse Médicale) . . . LXXXI
Millet, Roux & Cie (Solucamphre spartéiné) XIII
Millet, Roux & Cie (Aracol) LVIII
Monty, Gagnon et Monty LXXVIII
Mowatt & Moore Ltd. (Détente et prolongation de l'activité en cardiothérapie — en asthme) XXVII
Murine Company, Inc. The (Murine) LXXVI
Nestlé's Milk Products (Canada) Ltd. (Lactogen) LXX
Nestlé's Milk Products (Canada) Ltd. (Nestlé's) LXXIII
Procter & Gamble (Ivory) LXXIV
Reed & Carnrick (Canada) Ltd. (Méprane) XI
Rougier Frères (Stomalumine) XLIII
Rougier Frères (Digitaline Nativelle) III

Pages

Sanatorium de Blois (51e année d'existence) LXXVIII
Sanatorium Prévost LXII
Squibb, E. R., & Sons of Canada Ltd. (Pénicilline cristalline G. sodique) VII
Schering Corporation (Vasano) LIII
Sharp & Dohme (Canada) Ltd. ('Sulfathalidine') XLVII
Shuttleworth Chemical Co. Ltd., The E. B. (Crème Scabiol) XLV
Smith & Nephew Ltd. (Elastoplast) — (Viscopaste et Ichthopaste) XXXII
Société d'Expansion pharmaceutique (Delbiase) LII
Spencer Supports (Canada) Ltd. (Supports Spencer) LV
Squibb, E. R. & Sons of Canada Ltd. (Pénicilline) VII
Stearns & Company of Canada, Ltd., Frederick (Digitoxine) XXV
Stearns & Company of Canada, Ltd., Frederick (Fergon) XXXVII
Usines Chimiques du Canada Inc. (Valor) LXXXII
Vichy France (Vichy Célestins) . . . . . LXXIVa
Victor X-Ray Corporation of Canada, Ltd. (Modèle R-39) . . LX
Vinant Limitée (Génoscopolamine) — (Valérianate Pierlot) LVII
Vinant Limitée (Stano-Plex) XXXVI
Vinant Limitée (Pipérazine Midy) — (Thiodérazine Midy) — (Thiodacaïne Midy) — (Liqueur Laville) . . XXXVIII
White's Laboratories of Canada, Ltd. (Mol-Iron) . . XXX-XXXI
Whitlow & Co., Ltd., Fred J. (Vi-Litron) LXXI
Williams Co. (Canada) Ltd., The J. B. (Produits Baby's Own) LXVI
Wingate Chemical Co. Ltd., The (Méthergine) XXIX
Winthrop Chemical Company Inc. (Chlorure de Zephiran) XXVI
Winthrop Chemical Company Inc. (Démérol) XXXIX
Wyeth & Bros., (Canada) Ltd., John (Penioral) XXXIII
Wyeth & Bros., (Canada) Ltd., John (B-Plex) XXXIV
X-Ray and Radium Industries Ltd. (Table basculante type "B" Keleket) LXIII

LA PRESSE MÉDICALE

Faculté de Médecine de PARIS

Abonnement un an (72 fascicules), **$7.50**

Tarif de toutes autres revues: annales, archives médicales et chirurgicales, envoyé sur demande en écrivant aux:

Messageries France Canada

5466, avenue du Parc

Montréal, P. Q. **Téléphone: TAlon 3620**

Sal-Iodum Valor

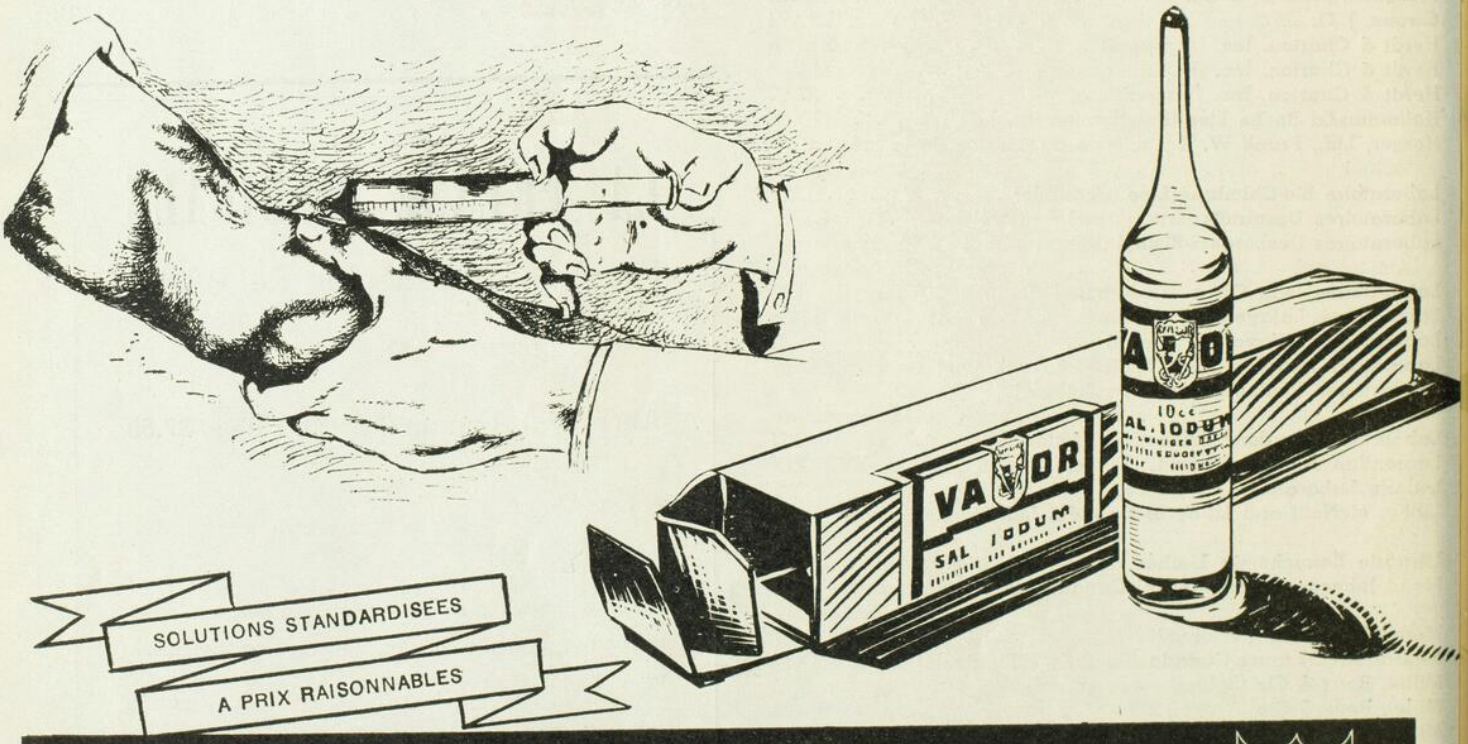
UN SPECIFIQUE DU RHUMATISME

L'injection intraveineuse de SAL-IODUM VALOR est non seulement la « méthode idéale » d'administrer les salicylates et les iodures; mais encore elle semble être la seule également bien tolérée par tous les sujets. Elle est le plus sûr et le plus prompt moyen d'obtenir des résultats tangibles dans l'administration de ces deux médicaments.

L'injection de SAL-IODUM VALOR est à la fois indolore et sans danger, *les médicaments, étant introduits instantanément dans le courant circulatoire, ne subissent pas l'action de sucs gastriques et de plus fortes doses sont tolérées; leur élimination est rapide et ne cause aucune irritation du filtre rénal.*

Il nous suffit de mettre sous les yeux du médecin les services que la médication intraveineuse de SAL-IODUM VALOR est appelée à rendre et d'en signaler les bienfaits si grands et si remarquables. C'est, au dire d'un grand nombre de cliniciens distingués, la meilleure médication dans les cas de Rhumatisme aigu et chronique, *dans la Goutte et toutes les formes d'Arthritisme.*

Posologie: *Une injection* (20 c.c.) *peut être donnée tous les deux jours, jusqu'à l'obtention des résultats désirés. — Echantillons sur demande.*



SOLUTIONS STANDARDISEES

A PRIX RAISONNABLES

USINES CHIMIQUES DU CANADA, INC.

MONTRÉAL

VALOR

« Deux glandes mammaires substantielles l'emportent sur le cerveau du professeur le plus érudit des deux hémisphères dans l'art de composer un liquide nutritif pour les nourrissons. »

OLIVER WENDELL HOLMES, M.D.

AVANT TOUT — *le Lait Maternel*

ENSUITE —

Lait de vache + Eau + Dextri-Maltose

L'USAGE d'un mélange de lait de vache, d'eau et d'hydrate de carbone représente l'unique méthode d'alimentation infantile qui, d'une façon constante, pendant trois décades, a reçu l'approbation générale des pédiatres. Aucun hydrate de carbone employé dans cette méthode d'alimentation infantile ne jouit d'une rétrospective aussi magnifique et aussi durable en expérience clinique de haute valeur, que Dextri-Maltose.

DEXTRI-MALTOSE N° 1 (contient 2% de chlorure de sodium) pour le nourrisson normal.

DEXTRI-MALTOSE N° 2 (ordinaire sans sel), permet au médecin la modification du sel.

DEXTRI-MALTOSE N° 3 (contient 3% de bicarbonate de potassium) pour le nourrisson constipé.

Ces produits sont hypo-allergiques

MEAD JOHNSON & CO., OF CANADA Limited, Belleville, Ont.

Veuillez inclure votre carte professionnelle, lorsque vous demandez des échantillons de produits Mead Johnson, afin d'en éviter l'expédition à des personnes non autorisées.

EXTRAIT D'HERBE À LA PUCE DESBERGERS

(RHUS TOXICODENDRON)



Prophylaxie et Traitement de la dermatose causée par l'Herbe à la Puce

- **ACTION RAPIDE ET SPÉCIFIQUE**
- **BIEN TOLÉRÉ**

Solution huileuse • **Flacons 5 cc.** • **Notice explicative avec chaque flacon**

AMINOTONE

(ACIDES AMINÉS)

Tonique nutritif et stimulant

•

Augmente l'appétit et l'assimilation des aliments

•

Fournit les minéraux et Vitamines essentielles au système digestif

•

AGRÉABLE AU GOÛT

•

Conditionné en flacons originaux de 12 onces.

POSOLOGIE: Une cuillerée à dessert 3 à 4 fois par jour.

Contient: Acides aminés, Vitamines B_1 et B_2, Glycérophosphates, Maltose-Dextrose, Alcool 16%.

DESBERGERS LIMITÉE

(LABORATOIRES DESBERGERS-BISMOL)

MONTRÉAL CANADA