



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

L'Union Médicale
du Canada

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

ADMINISTRATION
ET SECRÉTARIAT

326 est, boul. Saint-Joseph
Montréal

Tél.: LAncaster 9888

XVIII^e CONGRÈS

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE
FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD

QUÉBEC

4-5-6-7 septembre 1944

SECRÉTARIAT

128, rue Sainte-Anne
Québec



VIGILANCE

Les produits pharmaceutiques et les agents thérapeutiques spéciaux qui portent l'étiquette Lilly sont le résultat de contrôle scientifique, de soins méticuleux et de surveillance attentive. La qualité Lilly est assurée par un examen soigneux des substances brutes, par un contrôle adéquat des procédés de fabrication et par l'épreuve du produit fabriqué. Pour la pureté, la valeur et la stabilité, exigez "Lilly."

Lilly

ELI LILLY AND COMPANY (CANADA) LIMITED

Toronto, Ontario

VAGINITE À

TRICHOMONAS

STOVAGINAL

Le Stovaginal est tout particulièrement indiqué dans les infections vaginales se traduisant par de la leucorrhée et causées par le *Trichomonas vaginalis*.

Son emploi est également très efficace dans les cas de leucorrhée causée par des infections mixtes ou non-spécifiques.

COMPRIMES VAGINAUX en FLACONS de 20, 100 et 500.
POUDRE VAGINALE en FLACONS de 30 et 200 Grammes.

Echantillons à MM. les Médecins, sur demande.

LABORATOIRES

Poulenc Frères

DU CANADA LTÉE

204, PLACE YOUVILLE • MONTRÉAL

Plus laborieux qu'un castor!



Cette comparaison sans apprêt pourrait décrire la situation du médecin d'aujourd'hui. Avec le nombre croissant des visites à l'hôpital et à domicile, des heures de bureau et des travaux occasionnés par la guerre, sauver du temps est devenu un véritable problème.

Plusieurs médecins constatèrent, en traitant des patientes souffrant de ménopause, que la "Prémarine" et l'Emménine aidaient à résoudre ce problème. Ces oestrogènes de source naturelle constituent un traitement efficace, par voie buccale, de tous les cas de ménopause.

"Prémarine"

oestrogènes conjugués chevalins—pour le soulagement des troubles ménopausiques les plus graves.

COMPRIMÉS (No 866)—Bouteilles de 20 et 100

"Emménine"

oestrogènes conjugués placentaires—pour le traitement des symptômes moins prononcés de la ménopause et comme thérapeutique d'entretien.

COMPRIMÉS (No 701)—Bouteilles de 42 LIQUIDE (No 927)—Bouteilles de 4 onces

BIEN TOLÉRÉES • SOLUBLES DANS L'EAU • PROCURENT UNE SENSATION D'EUPHORIE



Présentées avec l'approbation de l'Institut de Recherches d'Endocrinologie,
Université McGill, dont le chef est le docteur J. B. Collip.

AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITÉE

Biologistes et Pharmaciens • Montréal, Canada

LES PIONNIERS DU DOMAINE DES OESTROGÈNES PAR VOIE BUCCALE

SOMMAIRE

BULLETIN

C.-A. GAUTHIER	
Le dix-huitième Congrès de l'Association des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord	489
J.-Edouard MORIN	
Programme préliminaire des activités sociales du XVIIIe Congrès de l'A. M. L. F. A. N.	491

• • •

L'ANESTHESIE CAUDALE

M. CLERMONT	
Anesthésie caudale. Etude anatomique et physiologie de son mode d'action.	493
Azarie COUSINEAU	
L'anesthésie caudale et son application en obstétrique	508
Jean Champeau	
La technique de l'anesthésie caudale continue	510

"A.P.L."

MARQUE POUR DÉSIGNER LA GONADOTROPHINE DU CHORION

Indolore — Au cours d'expériences cliniques, l'A.P.L. en injections s'est révélée indolore, même lorsque de hautes teneurs furent employées.

Efficace — Dix ans d'emploi en clinique ont démontré l'efficacité de cette préparation.

Puissante — Des teneurs allant jusqu'à 1,000 unités internationales par centimètre cube permettent de traiter les cas qui requièrent une médication intensive.

L'A.P.L. est indiquée dans le traitement des conditions suivantes: ectopie testiculaire, hypogénitalisme, syndrome de Froelich et nanisme, chez l'homme; métrorragie, hyperménorrhée et polyménorrhée, chez la femme.

Présentée en trois teneurs:

- No 488 — 100 unités internationales par c.c. — flacon de 10 c.c.
- No 500 — 500 unités internationales par c.c. — flacons de 5 et 10 c.c.
- No 999 — 1000 unités internationales par c.c. — flacons de 5 et 10 c.c.



Ayerst, McKenna & Harrison Limitée

Biologistes et Pharmaciens • MONTRÉAL, Canada

EST-CE DE LA GOUTTE?

EST-CE DE L'ARTHRITISME?

Sensibilité, raideur, léger gonflement des jointures des phalanges (les autres articulations peuvent être prises), motilité affaiblie, ralentissement graduel des fonctions... se manifestant surtout vers l'âge moyen... tel est le tableau-symptômes que présentent de nombreux cas.

Il peut indiquer un cas de goutte, ou bien un cas d'arthritisme.

La **LYXANTHINE ASTIER**

donnée *per os*, à dose d'une cuillerée à thé, une, et même deux fois par jour, amène ordinairement une rapide amélioration de cet état, et, si on continue le traitement, la disparition complète de tous les symptômes.

La Lyxanthine Astier produit cet effet en vertu de ses éléments synergiques associés: iode, calcium, soufre, bitartrate de lysidine¹... ce dernier, puissant dissolvant et éliminateur des déchets métaboliques.

1. Méthylglyoxalidine ou éthylethylenyldiamine.



ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne, Montréal

Veuillez m'envoyer de la littérature documentaire:
LYXANTHINE ASTIER

Dr.....

Adresse.....

Ville..... Province.....

SOMMAIRE

(Suite)

MOUVEMENT MEDICAL

- Pierre SMITH
L'asepsie intégrale des salles d'opération d'après M. Gudin 513

EDITORIAL

- Edouard DESJARDINS
La cure qui s'impose 519

- R. A.
La "Fondation Nationale de la Paralysie infantile" et la méthode Kenny . 519

MEDECINE SOCIALE

- C.-A. GAUTHIER
Réunions des organisations médicales nationales, Toronto, 28 et 29 janvier
1944. 520

- C.-A. GAUTHIER
Résumé du plan fédéral d'Assurance-Santé (Tel que connu à date) . . 525

- Emile BLAIN
Résultats de l'Assurance-Maladie à l'étranger 528

A messieurs les médecins:

LA PHARMACIE D'ORDONNANCES **ARTHUR HIRBOUR**

*est tout indiquée
pour la préparation
de vos ordonnances*

NOUS N'EM-
PLOYONS QUE
LES PRODUITS
CHIMIQUES
SUPÉRIEURS.



40 ANNÉES
D'EXPÉRIENCE
COMME PHAR-
MACIE PRO-
FESSIONNELLE.



R_v

Angle SAINT-DENIS et DE MONTIGNY — Téléphone: LANcaster 7356 — MONTREAL

SÉCURITÉ

La chimiothérapie moderne donne de plus en plus d'importance à la toxicité d'un médicament: l'un des avantages marqués du Pyridium est l'absence d'effets toxiques après son administration.

Pour obtenir un soulagement symptomatique, des doses thérapeutiques de Pyridium peuvent être administrées avec une sécurité parfaite pendant toute la durée de la cystite, de la prostatite, de la pyélonéphrite et de l'urétrite.

Littérature sur demande

PYRIDIUM

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

Une décade de service
dans les infections
génito-urinaires

MERCK & CO. Limited *Fabricants Chimistes*
MONTRÉAL - TORONTO

SOMMAIRE

(Suite)

VARIETES

Gustave MONETTE, C.R. Le médecin devant la loi	530
---	-----

• • •

"L'Union Médicale du Canada" en 1875	535
--	-----

ANALYSES	538
--------------------	-----

MEDECINE

La réaction de coagulation du sérum; sa signification clinique (538). Insuline-protamine-zinc modifiée. Amélioration sur l'I.-P.-Z. standard (538). Le traitement de la maladie hypertensive (538).

CARDIOLOGIE

Le sulfate de magnésie dans la tachycardie paroxystique (540). Atteinte vasculaire faisant suite à la toxémie de la grossesse (540).

CHIRURGIE

Cancer du rectum (541). Cancer du col utérin. Opération de Wertheim (541).

GYNECOLOGIE

Que signifie la rétroversion utérine? (542).

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE

Le rôle des sulfamidés dans le traitement de l'ostéomyélite (542). Quelques leçons de chirurgie fournies par la guerre (542).

PEDIATRIE

Peut-on servir des aliments frits aux enfants? (543).

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Les teignes du cuir chevelu (544). Les critères de guérison dans la gonorrhée (544). Syphilis primaire traitée en 25 semaines par le Mapharsen et le bismuth (545).

SOCIETES	546
--------------------	-----

La Société Médicale de Montréal. Séance du 16 novembre 1943 (546). Séance du 7 décembre 1943 (547). Séance du 21 décembre 1943 (549). Séance du 18 janvier 1944 (551). Séance du 1er février 1944 (554). Séance du 11 février 1944 (557). — Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec. Séance du 17 décembre 1943 (558). Séance du 4 février 1944 (559). Séance du 18 février 1944 (560). Séance du 3 mars 1944 (561). — Société de Gastro-Entérologie de Montréal. Séance du 23 février 1944 (562). — Réunion scientifique du Bureau Médical de l'hôpital Notre-Dame. Séance du 13 janvier 1944 (564).

NECROLOGIE	571
----------------------	-----

REVUE DES LIVRES	572
----------------------------	-----

NOUVELLES	574
---------------------	-----



FORMULE ÉQUILIBRÉE

Les vitamines du B Complexe sont souvent associées dans un but thérapeutique par le fait qu'on les retrouve ainsi à l'état naturel. Au premier rang dans ce groupe, on retrouve 'Betalin Complex' (Vitamin B Complex, Lilly), qui présente une formule équilibrée, à la fois pour injection hypodermique ou administration orale. On recommande 'Betalin Complex' pour le traitement de la dénutrition dans le béribéri et pour la prophylaxie et le traitement de la pellagre.

ELI LILLY AND COMPANY (CANADA) LIMITED
Toronto, Ontario

Lilly

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale

du Canada

Fondée en 1872



DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

Professeur Maurice Roch, Genève.
Professeur Pierre Masson.

Professeurs E.-P. Benoît, J.-A. Leduc, D. Masson,
T. Parizeau, E. Saint-Jacques (Montréal).

BUREAU DE DIRECTION

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

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef

Albert LeSAGE

Assistant-rédacteur en chef

Léon Gérin-Lajoie

Secrétaire de la Rédaction

Roma Amyot

Secrétaire adjoint à Montréal
Edouard Desjardins
326 est, boulevard Saint-Joseph.

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

BUREAU DE COLLABORATION

MM. P.-R. Archambault, P. Bourgeois, A. Cantero, René Dandurand, R. Doré, Guy Drouin, Roger Dufresne, Roland Dussault, J.-C. Favreau, De la Broquerie Fortier, Emile Gaumond, H. Gélinas, A. Gratton, Pierre Jobin, A. Jutras, V. Latraverse, Rosaire Lauzer, Paul La Rochelle, Sylvio Leblond, J. LeSage, Emile Maranda, Antonio Martel, Honoré Nadeau, J.-P. Paquette, Antoine Pettigrew, Germain Pinsonneault, P. Poirier, J.-L. Riopelle, L.-P. Roy, Raymond Simard, Henri Smith, Félix Tétu, Norbert Vézina.

Pour chasser
"LES IDEES NOIRES"
qui donnent des
"NUITS BLANCHES"

DOCTEUR,

Prescrivez à vos nerveux

NEO-SPASMYL

Laboratoires "National" Limitée

Agents généraux au Canada :

Millet, Roux & Cie Limitée

Montréal, Canada

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale

du Canada

ADMINISTRATION

OFFICIERS

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

COMITÉ EXÉCUTIF

MM. C.-A. Gauthier, A. LeSage, L.-C. Simard, J.-A. Vidal, D. Marion.

COMITÉ DE PUBLICITÉ

MM. A. LeSage, D. Marion, J.-A. Vidal.
Jacques-D. Clerk, publiciste.

COMITÉ DE PROPAGANDE

MM. J.-A. Mousseau, L. Gérin-Lajoie.

CORRESPONDANTS

MM. P. Desfosses (Paris);
L.-P. Phaneuf (Boston);
P.-C. 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.

Victimes de pièges naturels!

DERMITE PRODUITE PAR LES SUMACS

HERBE À PUCE — ARBRE À LA GALE — SUMAC VÉNÉNEUX



LE FRONT DE L'ARRIÈRE — plus particulièrement les jardins, la campagne et les bois — fournit sa quote-part de petits accidents. Dans bien des régions du Canada la nature a habilement disposé des pièges sous forme d'herbe à puce et d'arbre à la gale dont le simple contact provoque, chez les individus sensibles, une dermite capable de les empêcher de travailler. Les extraits *Lederle* dans l'huile d'amande peuvent être employés comme préventifs et curatifs de cette dermite.



Il y a lieu de croire que le principe actif de l'herbe à puce est le même que celui de l'arbre à la gale, et l'on peut employer indifféremment l'extrait de l'un ou de l'autre pour fins d'immunisation.^{1 2 3}

Notices envoyées sur demande.

PRÉSENTATION

EXTRAIT D'HERBE À PUCE (dans l'huile d'amande)

- 1 fiole de 1 cc.
- 2 fioles de 1 cc. chacune.

EXTRAIT D'ARBRE À LA GALE (dans l'huile d'amande)

- 1 fiole de 1 cc.
- 2 fioles de 1 cc. chacune.

RÉFÉRENCES

1. New and Nonofficial Remedies. American Medical Association, Chicago, Illinois, 1942; p. 20.
2. Shelmire, B.: J. Invest. Dermat. 4: 337 (Oct.) 1941.
3. Blank, J. M., and Coca, A. F.: J. Allergy 7: 552 (Sept.) 1936.



Spécifiez
Lederle

LEDERLE LABORATORIES

A UNIT OF
AMERICAN
CYANAMID
COMPANY

INC.

1396 ouest, rue Sainte-Catherine, Montréal, Canada
Dépôts au Canada:

TORONTO, Ont. — 64-66 est, rue Gerrard.
ST-JEAN, N.-B. — 181, rue Union.

VANCOUVER, B.-C. — 883, rue Howe.
WINNIPEG, Man. — 219, rue Kennedy.

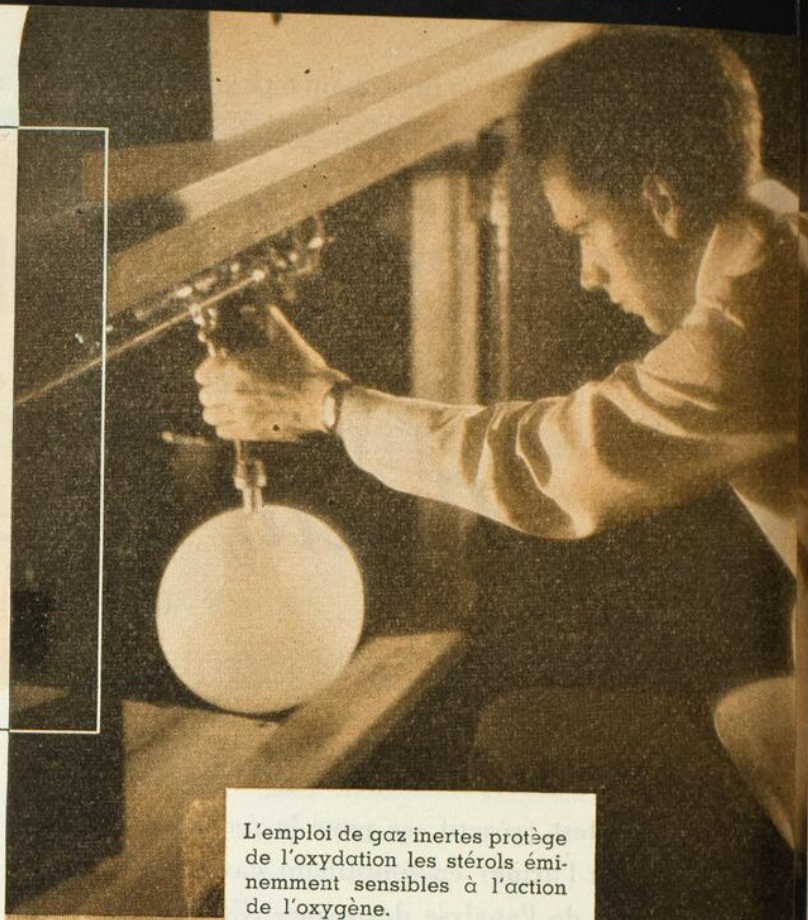
EDMONTON, Alta — 10056 - 100e rue.

**Garantie d'innocuité et
d'efficacité dans
la thérapeutique par
L'ERTRON**

Nom déposé au Canada

Lorsque vous employez L'ERTRON dans le traitement de vos arthritiques, vous leur administrez un produit fabriqué selon la méthode exclusive de Whittier qui vous assure une très grande efficacité et l'absence de sous-produits nuisibles. Le contrôle rigoureux du laboratoire et les expériences tentées sont une garantie de l'innocuité et de l'efficacité de L'ERTRON.

En outre, la sécurité et l'efficacité de cette préparation ont été démontrées dans une vaste bibliographie. Cette bibliographie a trait à L'ERTRON selon le nom et, par conséquent, les résultats cliniques se rapportent à L'ERTRON seul.



L'emploi de gaz inertes protège de l'oxydation les stérols éminemment sensibles à l'action de l'oxygène.



Contrôle de l'activation — Toutes les conditions du milieu et les facteurs d'activation sont rigoureusement surveillés.

Chambre de contrôle de la température et de l'humidité pour les animaux d'expérimentation.



Saturer l'Arthritique d'Ertron

Saturer l'arthritique d'ERTRON signifie: administrer l'ERTRON à des doses suffisantes pendant une période assez prolongée pour obtenir des résultats satisfaisants. Augmenter la dose graduellement selon le degré de tolérance. Maintenir cette dose jusqu'au maximum d'amélioration.

Saturer l'arthritique d'ERTRON précocement et adéquatement pour l'obtention des meilleurs résultats.

ERTRON est fabriqué par Nutrition Research Laboratories, Chicago, U.S.A.

Présenté en flacons de 100 et de 50 capsules.

PRÉSENTÉ SELON L'ÉTHIQUE



ERTRON seul . . . et
aucun autre produit . . .
contient de l'ergostérol
vaporisé, activé par cou-
rant électrique.

(PROCÉDÉ
WHITTIER)

Distribué au Canada par:

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

L'ANTIPHLOGISTINE

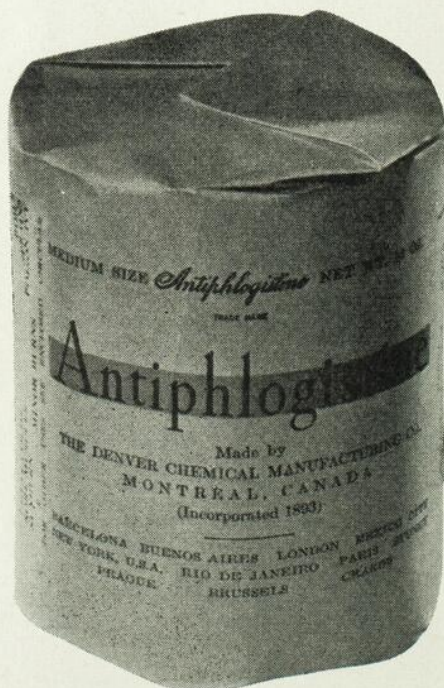
ENTRETIENT

“LA CHALEUR HUMIDE”

L'ANTIPHLOGISTINE, modérément chauffée et appliquée directement sur la région affectée, entretient la chaleur humide durant plusieurs heures, et contribue au soulagement de la douleur, de l'enflure et des spasmes musculaires causés par les entorses, les foulures et les contusions.

Dans le traitement symptomatique du rhume d'estomac et de la bronchite, la chaleur de l'ANTIPHLOGISTINE est employée avantageusement pour soulager la toux, la douleur musculaire et la sensation de constriction thoracique.

L'ANTIPHLOGISTINE peut être utilisée associée à la chimiothérapie.



Formule: Glycérine chimiquement pure 45.000%,
iode 0.01%, acide borique 0.1%, acide salicylique
0.02%, essence de wintergreen 0.002%, essence de
menthe poivrée 0.002%, essence d'eucalyptus 0.002%,
kaolin déshydraté 54.864%.

Antiphlogistine

Littérature sur demande

THE DENVER CHEMICAL MFG. COMPANY
153 ouest, rue LaGauchetière, Montréal

faites **FRUCTIFIER** vos dollars en les engageant dès maintenant dans les **OBLIGATIONS** de la **VICTOIRE!**



OBLIGATIONS DE LA VICTOIRE!



A cause de l'importance vitale du nouvel Emprunt de la Victoire, nous lui consacrons cet espace et interrompons provisoirement nos petits portraits biographiques intitulés *Les Pères de la Médecine*. La série continuera dans le prochain numéro.

Charles E. Frosst & Co.

Orchisterone

TESTOSTERONE "Frossi"

*Hormone provenant de
l'extrait testiculaire*

Opothérapie substitutive des carences gonadotropes chez l'homme et traitement de certaines endocrinopathies chez la femme.

L'Orchistérone (testostérone "Frossi") est de composition identique à celle de l'hormone sécrétée par les testicules.

La préparation au laboratoire de l'Orchistérone et de ses dérivés, l'Orchistérone de méthyle et le propionate d'Orchistérone, permet désormais d'employer ces substances importantes à des fins thérapeutiques.

INDICATIONS:

CHEZ L'HOMME:

Symptômes de la climatérique: myatonie, impuissance, psychonévroses, eunuchoïdisme, nanisme, hypertrophie bénigne de la prostate, complexe symptomatique du castrat.

CHEZ LA FEMME:

Dysménorrhée du syndrome de la ménopause, saignement utérin, mastite chronique, suppression de la lactation, frigidité.

CHEZ L'HOMME ET LA FEMME:

Angor pectoris et périvasculairite.

Pour activer la réparation des protides de l'organisme:

- 1—chez les sujets gravement blessés ou débilités;
- 2—pendant la convalescence qui suit les maladies aiguës ou les grands procédés opératoires.



OBSERVATIONtouchant l'emploi de
L'ORCHISTERONE
dans le traitement de
L'ANGOR PECTORIS

"E.D.L., 52 ans. — Souffre d'angor pectoris depuis 7 ans, le moindre effort précipitant une attaque. Comme dans d'autres cas, l'électrocardiogramme ne décelez aucune affection du myocarde. Outre le syndrome angineux, il signale de la céphalée tard dans l'après-midi et il est prêt, tous les soirs, à se mettre au lit à 8 heures. Administration, 3 fois par semaine pendant 1 mois, de 25 mgs. de propionate de testostérone. La céphalagie disparaît après la deuxième injection et les symptômes angineux après la quatrième. Le nombre des injections est réduit peu à peu jusqu'à 1 par mois. Il ressent moins de lassitude après un effort physique ou mental et peut, sans effort, gravir 3 escaliers."

PRÉSENTATION :**COMPRIMÉS S.C.T. no 420 "Frosst"**

Orchistérone de méthyle, 10 mg.
Paquets (de dispensaire) de 15 et 100 comprimés.

AMPOULES no 517 "Frosst"

Propionate d'Orchistérone, 10 mg.
Boîtes de 6 et 25 ampoules de 1 cm³.

AMPOULES no 516 "Frosst"

Propionate d'Orchistérone, 5 mg.
Boîtes de 6 et 25 ampoules de 1 cm³.

AMPOULES no 518 "Frosst"

Propionate d'Orchistérone, 25 mg.
Boîtes de 3 et 25 ampoules de 1 cm³.

**Frosst**

Depuis 1899, cette marque canadienne est le symbole de préparations pharmaceutiques de qualité supérieure.

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL CANADA



Pour soulager
la période difficile
de la ménopause

"DI OESTROL"

4: 4' dihydroxy- α : β
diethylstilbene



Stilboestrol "Frosst"

INDICATIONS

Soulagement des symptômes de la ménopause
Suppression de la lactation
Mélancolie involutionnaire
Saignement utérin fonctionnel
Vulvo-vaginite blennorragique

Vaginite sénile
Kraurosis vulvae
Aménorrhée
Hypoménorrhée
Dysménorrhée

PRÉSENTATION

COMPRIMÉS

C.T. 357, 0.1 mg.
C.T. 337, 0.25 mg.
C.T. 338, 0.5 mg.
C.T. 339, 1.0 mg.
Boîtes de 100, 250 et 500
C.T. 340, 5.0 mg.
Boîtes de 25, 100 et 500

AMPOULES

Ampoule No 544, 0.25 mg.
Ampoule No 542, 1.0 mg.
Ampoule No 543, 5.0 mg.
Boîte de 6 et 25

"OVASTEROL"

Véritable hormone de la femme, sous forme cristallisée.
Pour ces cas où il est préférable de recourir à la substance oestrogène naturelle.

PRÉSENTATION

C.T. 318, 0.1 mg.
Boîtes de 25

C.T. 325, 1.0 mg.
Boîtes de 25

Frosst

Depuis 1899, cette marque canadienne est le symbole de préparations pharmaceutiques de qualité supérieure.

Charles E. Frosst & Co.

*Il aime
Pablum*



MEAD JOHNSON & CO. OF CANADA, Ltd. • Belleville, Ont.

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale

du Canada

Fondée à Québec en 1902

●

CONDITIONS DE PUBLICATION: « L'Union Médicale (du Canada) » paraît tous les mois. Cette Revue est l'organe officiel de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord.

●

ABONNEMENT: L'abonnement est de cinq dollars par année. Les membres déjà inscrits à l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord ont droit, de ce fait, à la réception du Journal ainsi que tous les médecins qui font partie des Sociétés Médicales des divers états et provinces.

●

COLLABORATION: Seuls les travaux inédits sont acceptés.

●

ILLUSTRATIONS: « L'Union Médicale » assume les frais de cinq illustrations au maximum, pour chaque travail, pourvu que les auteurs fournissent des photographies et des dessins convenables; les illustrations supplémentaires sont payées par l'auteur. Les dessins doivent être effectués à l'encre de Chine sur papier blanc.

●

EXTRAITS: L'auteur peut obtenir des extraits pourvu qu'il en assume les frais et qu'il en fasse la demande à l'éditeur. Tous changements du texte de la galée entraînent des frais supplémentaires pour l'auteur.

●

TARIF: Sans page de titre, tel que publié dans la revue:

	4 pages	8 pages	16 pages	32 pages
100	\$3.50	\$ 5.50	\$ 8.25	\$13.75
200	4.25	6.50	12.25	18.00
500	6.00	11.50	18.75	29.00
1000	9.50	16.50	25.50	36.50

La page de titre comprenant 4 ou 5 lignes de texte sera fournie au prix de \$1.50 pour les frais de composition, et les corrections d'auteur devront être payées au prix de l'heure.

Couverture imprimée en noir, qualité et couleur or de la revue:

100	\$ 5.00
200	6.50
500	11.00
1000	18.50

Tous ces prix sont susceptibles d'être majorés de la taxe fédérale et de la taxe municipale s'il y a lieu, et de toute autre taxe qui pourrait survenir.

BIBLIOGRAPHIE: L'index bibliographique de chaque travail doit être restreint aux indications les plus importantes. Le journal se réserve toujours le droit de le limiter.

PUBLICITE: Le texte des annonces doit aller sous presse quinze jours avant la date de publication. Le barème des annonces est fourni sur demande à Jacques-D. Clerk, publiciste, 326 est, blvd Saint-Joseph. Téléphone: LAncaster 9888.



Action Rapide et prolongée

Les effets rapides et l'efficacité soutenue sont des propriétés très avantageuses qui caractérisent ce puissant vaso-constricteur.

En outre, la décongestion nasale s'opère sans effets secondaires appréciables sur le cœur et le système nerveux et son action est inoffensive sur les cils vibratiles.

Neo-Synephrine Hydrochloride

(lae vo-alpha-hydroxy-beta-methylamino-3-hydroxy-ethylbenzene-hydrochloride)

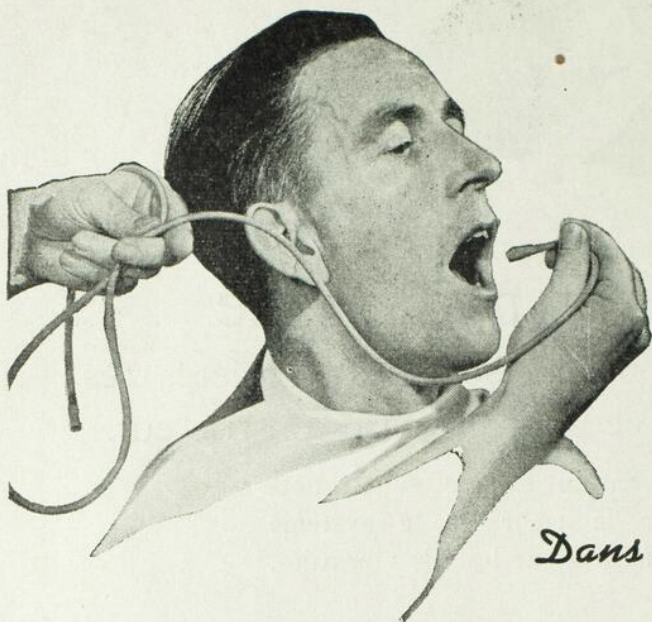


Présenté en solution à $\frac{1}{4}\%$ ou 1% , en flacons d'une once, pour compte-gouttes ou vaporisateur; ou sous forme de gelée à $\frac{1}{2}\%$, en tubes avec applicateur.

Frederick **Stearns** & Company
OF CANADA, LIMITED



Depuis 1884... fabricants de médicaments indispensables à l'armamentarium du **médecin**.



*Dans les symptômes occasionnés
ou accompagnés
d'hyperacidité gastrique*

Le Creamalin corrige promptement l'hyperacidité gastrique. Son action est soutenue, et son administration ne provoque aucune augmentation secondaire de la sécrétion d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique, comme le font les alcalis solubles; ne modifie pas l'équilibre acido-basique du plasma sanguin.

. . . Le soulagement se fait sentir

rapidement et se maintient efficacement. De là l'application si vaste de cet agent thérapeutique avantageux dans le traitement de l'ulcère peptique et des symptômes occasionnés par l'hyperacidité gastrique.

Présenté en flacons de 12 onces et d'une chopine.

CREAMALIN

Marque de commerce enregistrée

MARQUE DU GEL D'HYDROXYDE D'ALUMINIUM
MÉDICATION ANTIACIDE NON ALCALINE

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Produits pharmaceutiques supérieurs à l'usage de la Faculté.

Administration: Windsor, Ontario.

Succursale à l'usage de MM. les médecins du Québec:
Immeuble « Dominion Square », Montréal. P. Q.

LE CAFARD LA NUIT



Le cafard la nuit résulte de l'insomnie; le sommeil agité cause de la fatigue au matin... mais l'administration de DIAL prévient tous ces ennuis. Il conduit rapidement à un sommeil paisible, réparateur et d'ordinaire dépourvu de malaises au réveil.

Nos recherches d'aujourd'hui: la médecine de demain.

* Nom déposé.

Le DIAL* est plus puissant que le barbitone B. P. Le DIAL (acide diallylbarbiturique) est utile pour apaiser l'agitation mentale et la douleur opiniâtre dans certaines affections, et comme analgésique obstétrical.

Littérature sur demande.

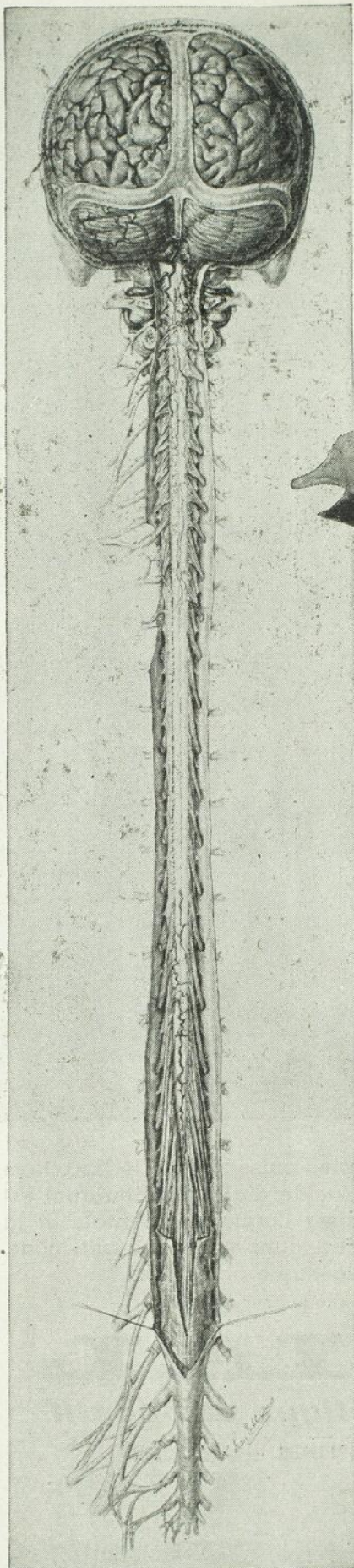
DIAL

Hypnotique et Sédatif

COMPRIMÉS — AMPOULES



COMPAGNIE CIBA LIMITÉE - MONTRÉAL



très efficace dans le traitement de la **NEURO-SYPHILIS**



Parmi les nombreux agents thérapeutiques qui ont fait preuve d'efficacité dans le traitement de la neuro-syphilis, le Tryparsamide de Merck s'est avéré d'une valeur remarquable. Son administration, associée à la pyrétothérapie, assure la plus forte incidence de rémissions cliniques et sérologiques dans les cas de paralysie générale à la phase de début.

Le Tryparsamide de Merck s'est montré très efficace dans le traitement du tabès dorsalis et de la neuro-syphilis méningée. Cette préparation est économique pour le malade; elle est facile à administrer et possède l'avantage, si elle est employée seule, de ne pas nécessiter l'hospitalisation ni de changer le train de vie ordinaire du malade. En outre, le malade peut se procurer le Tryparsamide de Merck par l'entremise de son médecin.

Le Tryparsamide de Merck est présenté en boîtes de 5 ampoules, sous trois teneurs: 1 grm., 2 grms, et 3 grms chacune; aussi en flacons de 50 grms.

Brochure illustrée sur
demande, intitulée:
*Chimiothérapie de la
neuro-syphilis.*

TRYPARSAMIDE MERCK

COUNCIL



ACCEPTED

Un agent thérapeutique
de grande valeur dans
la syphilis nerveuse

MERCK & CO. Limited

Fabricants Chimistes MONTREAL - TORONTO

CASGRAIN & CHARBONNEAU
Limitée — présente

diaphényl

p. Ethoxy-2.4-diaminoazobenzol

ANTISEPTIQUE URINAIRE

Soulagement rapide et efficace dans les
INFECTIONS GÉNITO-URINAIRES
(Cystite, Pyélite, Prostatite, Urétrite,
Vaginite)

●
Tolérance parfaite
Minimum de toxicité
Analgésie de la muqueuse génito-
urinaire
Efficace en présence d'urine acide
ou alcaline.

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

Diaphényl vous parvient en bouteilles
de 25 - 100 - 500 et 1000 comprimés.

Echantillons et littérature, sur demande,
à Messieurs les médecins seulement.

CASGRAIN & CHARBONNEAU
Limitée

SPÉCIALITÉ DU LABORATOIRE

HISTOIRE DE CAS



Hito.

Age 43.

Profession: Président

La Sphère de Co-
prospérité de la
grande Asie Orientale,
Inc.

DIAGNOSTIC:

Le patient semble souffrir de troubles mentaux consécutifs à une atteinte de rage.

HISTOIRE ANTÉRIEURE:

La maladie fut indirectement causée par l'association du patient à La Sphère de Co-prospérité de la grande Asie Orientale, Inc.

On alloua au patient un territoire en Chine. Pendant qu'il était à Shangai, en 1937, il fut mordu par un dragon enragé. Il ne s'est pas encore complètement remis du choc; l'hydrophobie et d'autres symptômes mentaux ne sont pas guéris. Le dragon, cependant, se porte bien. Les réactions mentales du malade prennent l'aspect de celles du delirium tremens et, à différentes reprises, il s' imagine être attaqué par des aigles (E.U.) et des lions (Angl.).

Le patient se méfie de tous ceux qui l'entourent. Il éprouve des sensations de danger, d'appréhension. Il a conscience que ses associés en affaires lui ont fait faux bond. Il a moins de goût pour les voyages, craignant d'être subitement assailli s'il s'éloigne de chez lui. Les traversées en mer, croit-il, sont tout à fait néfastes.

TRAITEMENT:

A date, le malade a été traité d'après ses symptômes. On essaie de le persuader de liquider ses affaires et de se retirer de La Sphère de Co-prospérité de la grande Asie Orientale, Inc. Il doit se mettre à la retraite et vivre paisiblement; des purges fréquentes (Tojo) sont recommandées. Il doit cesser de prendre de l'huile, de la quinine, éviter le caoutchouc à l'égard duquel il éprouve une allergie.

Urasal

MÉDICATION INOFFENSIVE DANS LES TRAITEMENTS PROLONGÉS

Urasal est un effervescent salin, de saveur agréable, contenant de l'Héxamine, de la Pipérazine et les sels de Lithium.

L'innocuité d'Urasal est reconnue dans le traitement prolongé des douleurs rhumatismales et des infections bénignes des voies urinaires.

Urasal est absolument inoffensif. Il ne peut pas produire d'effets cumulatifs.

Urasal est un dissolvant.

Il aide donc efficacement à éliminer de l'organisme les déchets et les toxines.

Urasal est un antiseptique urinaire.

L'Héxamine se décompose en aldéhyde formique qui est bactéricide.

PRESCRIVEZ: Une cuillerée à dessert dans quatre onces d'eau, trois fois par jour.

PRÉSENTATION: En bouteilles de 4 et de 10 onces.

FRANK W. HORNER LIMITED
MONTREAL - CANADA

COMPRIMÉS

STANO-PLEX

LAFA

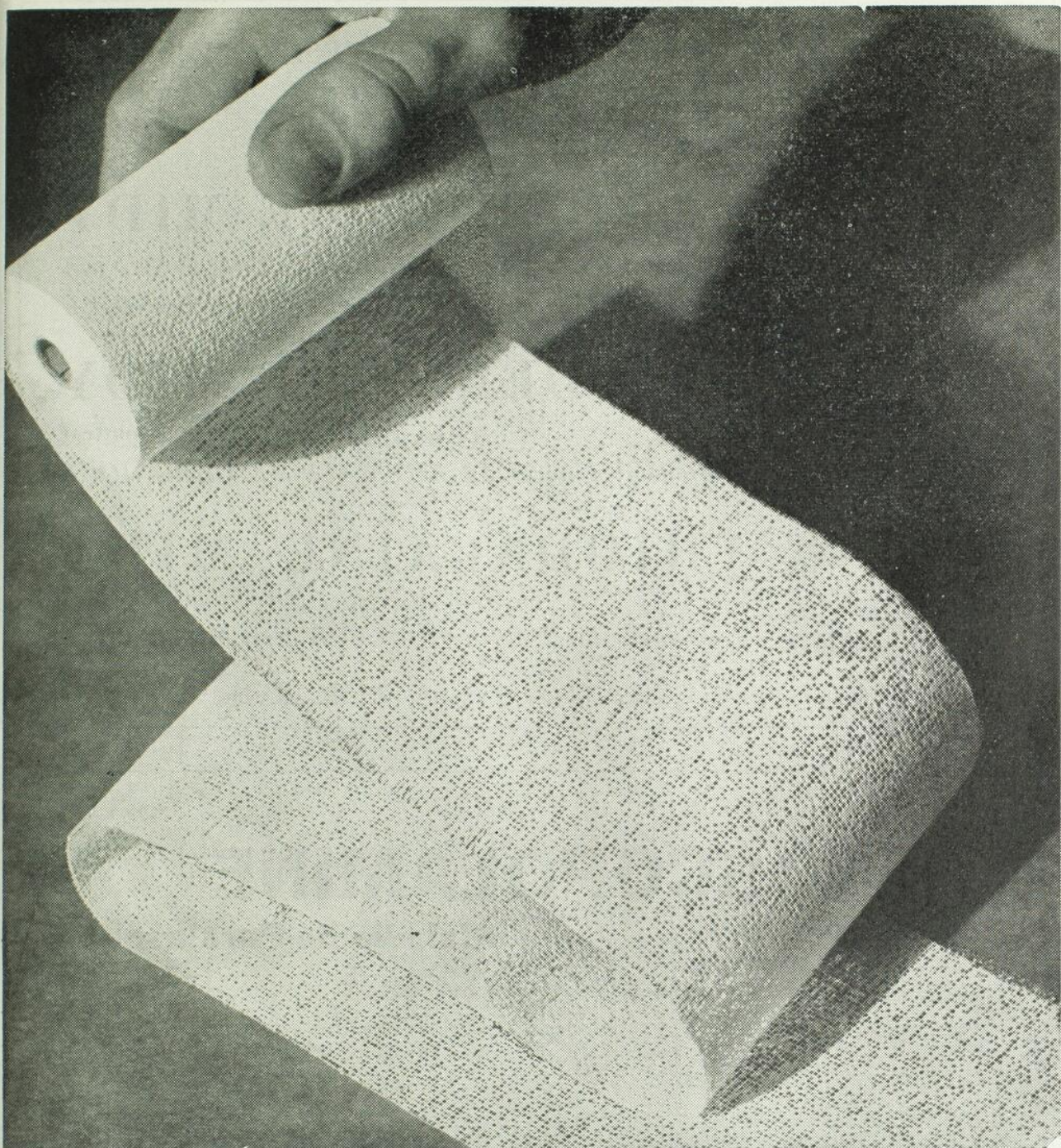
**traitement de l'acné
et de la furonculose**

COMPLEXE B NATUREL + PROTEINATE D'ETAIN

Laboratoires Associés Franco-Anglais

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

Echantillon et littérature sur demande.



Le fini parfait et l'imprégnation uniforme du bandage au plâtre de Paris « Cellona » assurent un moule léger et d'une grande résistance.

BANDAGE AU PLATRE DE PARIS 'Cellona'

SMITH & NEPHEW LTD., 378 ouest, rue St-Paul, Montréal.
Fabriqués en Angleterre par T. J. Smith & Nephew Ltd., Hull.



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

Littérature et échantillons sur demande adressée à: VINANT Ltée, 200, rue Vallée, MONTRÉAL.

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-encéphaliques.

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

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

N'IMPORTE OÙ . . . N'IMPORTE QUAND



Tous ou votre patient pouvez faire l'analyse qualitative du sucre dans l'urine avec cette **MÉTHODE SIMPLE — PRATIQUE — SÛRE**

CLINITEST

(Réactif sous forme de Comprimés, basé sur la Réduction du Cuivre)

- RAPIDITÉ** — Ajoutez simplement un Comprimé Clinitest à la quantité appropriée d'urine diluée. Attendez quelques secondes pour la réaction.
 - SÛRETÉ** — Comparez avec l'échelle des couleurs pour savoir le pourcentage de sucre contenu dans l'urine.
 - COMMODITÉ** — Pas besoin de flamme, de chauffage externe, de bain d'eau ni d'appareils compliqués.
- Pas de Poudre à Renverser:** L'emploi du comprimé et de l'éprouvette limite l'analyse aux agents et réactifs connus. Cela protège l'analyse contre l'oxydation qui pourrait être causée par l'oxygène de l'atmosphère.

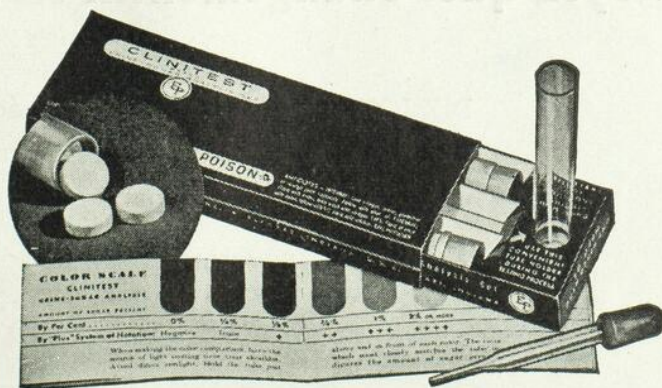


POUR LE LABORATOIRE
Le Nécessaire Clinitest pour Laboratoire contient 10 fioles de 25 comprimés chacune . . . 250 analyses . . . un compte-gouttes Clinitest et un livre d'instructions avec échelle de couleurs. Prix raisonnable.

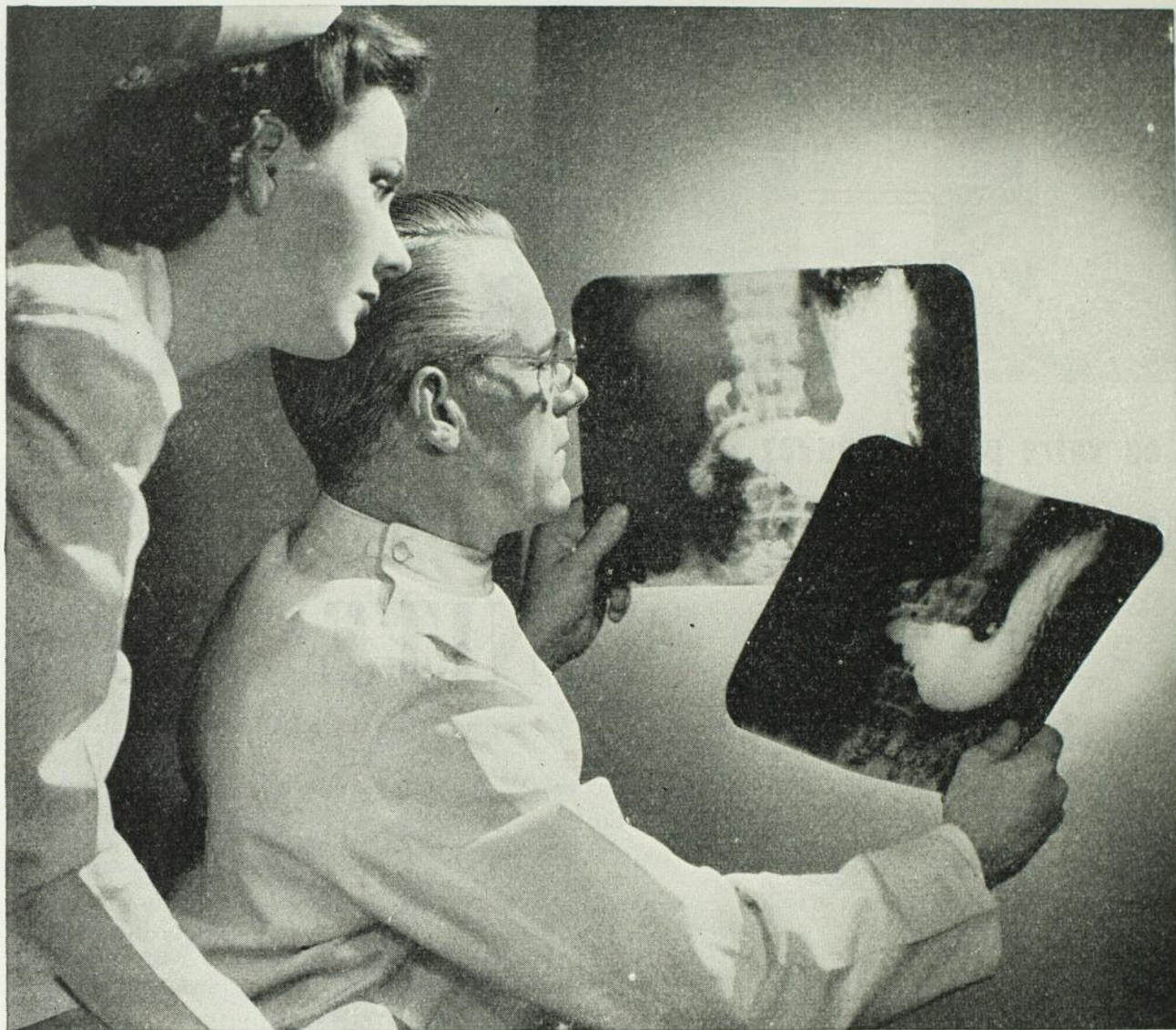
NÉCESSAIRE CLINITEST POUR LE PATIENT

Nécessaire complet... tel qu'illustré à droite. Comportant une éprouvette ou tube d'essai, un compte-gouttes, un livre d'instructions, une échelle de couleurs et suffisamment de Comprimés Clinitest pour 50 analyses. Coûte \$1.75 au patient. Comprimés de rechange (pour 75 analyses) \$1.75.

Les Nécessaires de Fournitures Clinitest se vendent dans les maisons d'accessoires chirurgicaux et les pharmacies d'ordonnances. De la documentation descriptive vous sera promptement envoyée sur demande.



EFFERVESCENT PRODUCTS INC.



“Voyez quel changement... APRÈS 10 JOURS seulement!”

DIX JOURS après le début d'un régime de l'ulcère par Amphojel, une nouvelle radiographie révèle souvent la disparition complète de la niche de l'ulcère peptique*.

* WOLDMAN, E. E., et POLAN, C. G.: La valeur de l'hydroxyde colloïdal d'alumine dans le traitement de l'ulcère peptique; étude de 407 cas consécutifs. (août)

JOHN WYETH & BROTHER (Canada) LIMITED

Amphojel

Wyeth

En plus de stimuler une rapide guérison de l'ulcère, Amphojel procure :

- Soulagement rapide de la douleur...
- Augmentation de poids durant le traitement...
- Peu de récurrences...
- Pas d'alcalose.



A Wyethical en flacons de 12 onces fluides.

La plus ancienne maison pharmaceutique au Canada

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée présente:

idrocol

▶ DÉHYDRO-
CHOLÉRÉTIQUE

▶ CHOLAGOGUE

▶ DIURÉTIQUE

FORMULE NOUVELLE, TRES EFFICACE
Exerce une action bienfaisante marquée sur
les fonctions *internes et externes* de la *cellule
hépatique* ainsi que sur *l'estomac et l'intestin*.

Sa composition réunit les qualités
du parfait cholagogue:

Acide déhydrocholique
Pepsine, Peptone,
Pancréatine, Sels biliaires.

- IDROCOL** • favorise la sécrétion biliaire,
• l'augmentant jusqu'à 200 pour
cent,
• tendant ensuite à rétablir une sé-
crétion normale.

Agent fluidifiant de choix, il aide ainsi à
l'élimination des matières solides, et même
des débris de calculs qui adhèrent parfois
après une intervention chirurgicale.

Préparé sous le contrôle de:
Charles Laurin, B. A., B. Ph.,
Léopold Bergeron, B. A., B. Ph., Assistant bactériologiste.
Pharmaciens-chimistes, Analystes, Biochimistes,
Diplômés de l'Université de Montréal.

IDROCOLAX

(Idrocol laxatif)

Chez un grand nombre la **Stase Biliaire** et
l'**Hyposécrétion hépatique** s'accompagnent
souvent de constipation chronique.

IDROCOLAX favorisera donc une **cholérèse
intense** en libérant d'abord l'intestin.

Dans ce but, il a été ajouté aux comprimés
Idrocol $\frac{1}{4}$ de grain de Phénolphtaléine.

Echantillons et littérature sur demande à Messieurs les Médecins seulement.

CASGRAIN & CHARBONNEAU
Limitée

SPÉCIALITÉ DU LABORATOIRE



**Citation tirée de parmi plus
de 400 publications...**

"Pour notre travail dans un poste d'évacuation des blessés, le pentothal offre les avantages suivants: (1) Grande facilité de transport de dépôts jusqu'au front. (2) Sommeil post-opératoire prolongé, sans vomissements ni agitation, qui lui vaut la reconnaissance du patient et les éloges enthousiastes des gardes-malades surchargées de travail, (3) Anesthésie agréable. (4) Facilité d'administration."

Laboratoires Abbott Limitée, 20 Chemin Bates, Montréal

Moore, R. H., Major R.A.M.C.

*Correspondance: L'Anesthésie en Temps de Guerre
British Med. Jour., Vol. 2: 336, 7 sept. 1940*

**PENTOTHAL
SODIQUÉ**

**POUR
ANESTHÉSIE
INTRAVEINEUSE**



Le Cardiaque voguera plus doucement dans la vie

La stimulation myocarditique et l'établissement de la diurèse sont des mesures vitales qui permettent à nombre de cardiaques artérioscléreux et hypertensifs de reprendre leurs activités professionnelles et récréatives. A cette fin les diurétiques xanthiques, et surtout les diurétiques xanthiques améliorés tels que la Glucophylline, ont montré particulièrement utiles. La Glucophylline est une combinaison de théophylline, le plus efficace des diurétiques xanthiques, et de la méthylglucamine, elle-même un diurétique doux. Cette combinaison offre deux avantages importants sur la théophylline seule:

La solubilité et l'efficacité thérapeutique sont augmentées; l'irritation gastro-intestinale est diminuée.

La méthyl glucamine exerce apparemment un effet diurétique qui se prolonge au cours du lendemain de son administration. Ceci tend à éliminer l'oligurie compensatrice qui se manifeste souvent le lendemain de l'administration de certains autres dérivés xanthiques.

Les comprimés de Glucophylline contiennent 2.3 grains de théophylline-méthyl glucamine, ce qui représente 1.18 grains de théophylline. Ces comprimés peuvent être obtenus dans toutes les bonnes pharmacies, en flacons de 100 et 1000.

COMPRIMÉS DE GLUCOPHYLLINE ET NEMBUTAL. Chaque comprimé contient 2.3 grains de Glucophylline et $\frac{1}{4}$ grain de Nembutal, combinant ainsi l'effet diurétique du premier et l'action sédatrice et antispasmodique du Nembutal. Les comprimés de Glucophylline et Nembutal sont destinés au traitement de certains cas de maladies du cœur avec hypertension.

LABORATOIRES ABBOTT LIMITEE • MONTREAL

GLUCOPHYLLINE

NOM DÉPOSÉ

BULLETIN

LE DIX-HUITIÈME CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD

Québec, 4, 5, 6 et 7 septembre 1944

Le présent Bulletin au sujet du Congrès de septembre est rédigé par le trésorier du Congrès; l'on devra donc nécessairement s'attendre à ce qu'il soit ici question d'argent.

DATE DU CONGRÈS.

Les 4, 5, 6 et 7 septembre 1944, à Québec.

LIEU DES RÉUNIONS ET DES EXHIBITS.

A l'Académie Commerciale, Place de l'Hôtel de Ville, où seront aussi, pour la durée du Congrès, les bureaux du *Secrétariat* et du *Trésorier*.

MONTANT DE L'INSCRIPTION.

Au cours de la réunion du Conseil général de l'Association, durant le dix-septième congrès, tenue à Montréal en septembre 1942, il a été unanimement résolu que le montant de l'inscription pour chaque congrès soit porté à \$10.00. Il nous semble qu'il n'est pas nécessaire d'expliquer plus longtemps cette décision, et encore moins de l'excuser, si l'on songe que le montant de \$10.00 représente la cotisation comme membre de l'Association pour une durée de deux ans, l'inscription au congrès bi-annuel, et l'abonnement au *Bulletin* mensuel de l'Association des Médecins de langue française. Nous encourageons très fortement les médecins de l'Association, et ceux qui désirent en faire partie, à s'inscrire pour le prochain congrès le plus hâtivement possible, de façon que le Secrétariat puisse mettre au point aussi hâtivement que faire se peut, toute la documentation individuelle se rapportant à l'inscription, et ainsi satisfaire plus facilement les médecins inscrits dès leur arrivée aux bureaux du Secrétariat.

Le chèque couvrant cette année le montant d'inscription sera donc de \$10.18 (puisque'il n'est pas nécessaire que ce soit l'Association qui paie l'échange bancaire sur les chèques négociables).

En vertu d'une résolution adoptée par le Comité exécutif du dix-huitième congrès, tous les médecins en uniforme, soit de la marine, soit de l'armée, soit de l'aviation, n'auront pas à payer de contribution pour l'inscription au congrès, mais devront cependant s'enregistrer.

Et, au sujet de cet enregistrement, nous désirons informer la profession médicale que tous et chacun des médecins de langue française

du Canada et des Etats-Unis recevront très bientôt une lettre les invitant à assister au congrès de septembre, en même temps qu'un bulletin d'inscription, que tous, nous n'en doutons pas, voudront bien nous retourner, encore une fois très hâtivement.

HÔTELLERIES.

Il n'est ni pratique, ni réalisable, de mettre en branle un comité, dit de logement. Les inscrits devront donc voir eux-mêmes à réserver à l'avance leur chambre ou appartement dans les diverses hôtelleries de la ville. Pour l'information de tous, nous présentons donc la liste des hôtels de Québec où il sera *peut-être* possible de trouver place.

Hôtel	Ch. doubles	Simple	Disponibilité
Château Frontenac	\$9.	Aucune	150 chambres
Château Champlain	\$4. et \$2.50	\$1.50 et \$2.50	30 chambres
Hôtel Clarendon	\$6.	Aucune	Aucune garantie
Hôtel Montcalm	\$2.50	\$1.60	"
Hôtel Saint-Louis	\$5, \$6., \$7.	\$2.50, \$3., \$3.50	"
Hôtel Victoria	\$4., \$5., \$6.	Aucune	"
Hôtel Saint-Roch	Pas de chambre sûrement à cause de l'Exposition provinciale.		
Château Normandie (50 chambres)	\$4., \$5.	\$2., \$2.50, \$3.	Aucune garantie
Kent House	Sera fermé à cette date.		

Nous réitérons à tous et à chacun la recommandation suivante, à savoir: qu'à cause d'autres événements coïncidents, qui ordinairement attirent une assez grande foule à Québec, il sera très prudent de réserver ces chambres très tôt si l'on ne veut pas avoir en septembre de très sérieux désappointements.

Comme on pourra s'en rendre compte dans d'autres sections de la présente livraison, le programme scientifique du dix-huitième congrès, tout autant que les activités sociales qui l'accompagneront, devraient être propres à susciter l'intérêt des médecins tout autant que de leur famille. C'est pourquoi nous renouvelons notre demande de nous retourner les bulletins d'inscription qui seront adressés à tous dès leur réception. L'adresse où ces bulletins devront être retournés sera imprimée à l'avance sur une enveloppe affranchie incluse.

Québec, 14 avril 1944.

C.-A. GAUTHIER,
Trésorier du Congrès.

PROGRAMME PRÉLIMINAIRE DES ACTIVITÉS SOCIALES DU XVIII^e CONGRÈS DE L'A.M.L.F.A.N.

Québec, comme en 1934, aura de nouveau le privilège de recevoir chez elle les médecins de Langue française de l'Amérique du Nord.

Ce Congrès, dont tous les travaux seront imbus de médecine préventive, sera la pierre angulaire sur laquelle seront cimentés les matériaux qui serviront d'assises à l'édification et à la diffusion des principes de la « Médecine préventive ».

Dans deux articles parus ici même, l'un du président, le docteur Vézina, renferme les idées directrices de ces journées médicales, l'autre, du secrétaire, le docteur Jean-Baptiste Jobin, contient les grandes lignes du programme des Séances d'étude.

Or, en plus des réunions scientifiques, il existe dans nos congrès une louable coutume qui consiste à procurer aux médecins et à leur épouse l'occasion de rencontrer, dans diverses réceptions ou dîners, de bons amis, des parents ou des anciens professeurs.

Cette année, le programme social a été agencé de façon telle qu'il sera récréatif tout en étant très instructif. C'est ainsi que le président, de concert avec les directeurs, a convenu d'offrir aux femmes des Congressistes un déjeuner-causerie auquel un conférencier de marque exposera un sujet de grande importance. De plus, elles seront tout spécialement invitées à visiter une exposition d'« Arts domestiques » qui sera montée dans le Café du Parlement.

Les dames auront aussi, grâce à un privilège tout à fait exceptionnel de la part des Rév. Sœurs Hospitalières de l'Hôtel-Dieu, l'occasion de visiter les trésors historiques de la plus vieille institution hospitalière du pays.

Enfin, elles seront invitées avec leur mari à assister à deux réceptions en plein air (*garden parties*), l'une dans les jardins de l'Université, le soir de l'ouverture du Congrès, et l'autre à Spencer-Wood, gracieusement offerte par le Lieutenant-Gouverneur, sir Eugène Fiset, et lady Fiset.

Comme il y a une âme de mélomane en tout médecin, on a pensé que le Concert de musique instrumentale et vocale était le plus sûr moyen de les distraire et de les reposer de leurs longues journées d'étude.

C'est pourquoi, mardi et mercredi soir, deux groupes d'artistes de grande réputation se feront entendre dans un répertoire des mieux choisis. Enfin jeudi, le 7 au soir, aura lieu au Château Frontenac le grand dîner de clôture du Congrès. Ce dîner sera suivi d'un bal.

Ces quelques données générales du programme social seront détaillées plus tard dans le « Livret-Programme du Congrès » qui sera distribué à tous les congressistes.

Sommaire du programme des activités sociales

4 septembre, lundi soir.

- a) Ouverture officielle du Congrès, Salle des Promotions de l'Université Laval.
- b) Réception en plein air dans les jardins de l'Université après la séance d'ouverture.

5 septembre, mardi.

- a) Déjeuner-causerie réservé aux dames (1 heure). — Château Frontenac.
- b) Déjeuner des congressistes (1 heure). — Château Frontenac.
- c) Visite de l'exposition d'Arts Domestiques. — Parlement.
- d) 8 h. p.m. Concert dans la salle de bal, Château Frontenac. Buffet et Danse.

6 septembre, mercredi.

- a) Déjeuner offert par le président.
- b) Visite à l'Hôtel-Dieu.
- c) 8 h. p.m. Concert au Château Frontenac. Buffet et Danse.

7 septembre, jeudi.

- a) Déjeuner aux rapporteurs scientifiques.
- b) Réception à Spencer-Wood vers la fin de l'après-midi.
- c) 7 h. p.m. Dîner de clôture du Congrès et bal.

Pour le Comité de Réception.

J.-Edouard MORIN,
Président.

L'ANESTHÉSIE CAUDALE¹

ANESTHÉSIE CAUDALE

Etude anatomique et physiologie de son mode d'action

Par **M. CLERMONT, F.I.C.A., R.C.P. (crt), C.**

Anesthésiste en chef à l'hôpital de la Miséricorde (Montréal).

S'il faut en croire la nature humaine, et qu'un de ses principaux instincts est d'éviter la douleur, il est surprenant de constater que le développement de l'anesthésie ait pris des siècles, pour atteindre la place importante qu'elle a su se faire aujourd'hui, dans le domaine de la Médecine moderne.

Parcourant les pages de l'Antiquité, il semble qu'un certain degré d'anesthésie était produit par l'administration de préparations végétales, de décoctions contenant de la morphine, de la codéine, de l'hyoscine et de l'hyosciamine.

Aux XVI^e et XVII^e siècles, les médecins tentaient d'abolir la douleur en donnant des boissons alcooliques et des opiacés; en produisant même la syncope par phlébotomie. On obtenait le relâchement musculaire nécessaire aux réductions de fractures ou de dislocations, par des lavements de tartre émétique ou même de décoctions de feuilles de tabac.

Un siècle seulement s'est écoulé, depuis la première opération sans douleur faite par Crawford Long en 1842, date mémorable de la découverte de l'éther comme anesthésique.

Toutefois, après les succès de l'éther, son emploi devint universel, sanctionné qu'il était quatre ans plus tard, par le « Massachusetts General Hospital », où il avait été introduit par Morton et Jackson.

L'année suivante, emploi du chloroforme en Angleterre par Simpson.

L'emploi du protoxyde d'azote par un dentiste américain, Wells, en 1844, a précédé de quatorze ans l'emploi du protoxyde d'azote-oxygène par Andrews, de Chicago. En 1844, Koller, de Vienne, introduisit la cocaïne.

Une fois que l'usage délibéré des anesthésiques eut été bien établi, on commença à étudier et à en mieux connaître les propriétés, les indications, ainsi que les différentes techniques d'application.

Et c'est alors que toute une pléiade d'anesthésistes s'est alliée aux spécialistes de recherches expérimentales, aux pathologistes et aux chirurgiens, pour développer de nouvelles techniques et de nouveaux anesthésiques. C'est ainsi que l'éthylène et plus tard le cyclopropane ont vu le jour, et que ce dernier s'est révélé, dans les mains expertes de Ralph M. Waters, un anesthésique de premier ordre, quand il l'administra sur l'être humain en décembre 1930.

Et puis sont venus s'ajouter les anesthésiques de base: l'avertin, les barbituriques en lavement rectal ou en injections intraveineuses, etc.

En 1940, Lemon perfectionna la rachi-anesthésie.

Au lieu de ne donner qu'une seule et même dose de solution anesthésique, de procaïne, par exemple, pour produire une rachi-anesthésie, dose trop forte parce qu'unique, il laissa en place l'aiguille munie d'un long tube de caoutchouc relié à une seringue, de manière à pousser de nouvelles doses d'anesthésique toutes les vingt minutes environ, selon le métabolisme de l'anesthésique, c'est-à-dire selon le besoin du patient. De cette façon, la rachi-anesthésie pouvait être maintenue des heures durant.

L'an passé, un médecin américain, Hingson, appliqua ce même principe à l'anesthésie caudale. Il eut l'idée de laisser l'aiguille en place, et de donner des doses d'anesthésique répétées pour satisfaire au besoin du patient.

L'anesthésie caudale est donc une forme d'anesthésie régionale, épidurale, où l'insensibilité est produite par l'injection d'un anesthésique local dans le canal sacré, à travers l'hiatus sacré.

L'anesthésie caudale se distingue de l'anesthésie rachidienne, en ce que la solution anesthésique est déposée en dehors de la dure-mère dans la caudale, et en dedans, c'est-à-dire dans le liquide céphalo-rachidien, pour ce qui est de la rachidienne.

Employée depuis plusieurs années, cette méthode était considérée, par ceux qui en étaient familiers, comme une technique sûre pour des

1. Travaux présentés à *La Société Médicale de Montréal*, séance du 21 décembre 1943.

opérations ou des manipulations douloureuses sur le pelvis et le périnée.

Le champ d'action de l'anesthésie caudale a

on est tenté en certains milieux de l'appeler, a d'abord été mise à jour par Sicard et Cathelin, en 1901, en se servant de cocaïne. Cette méthode

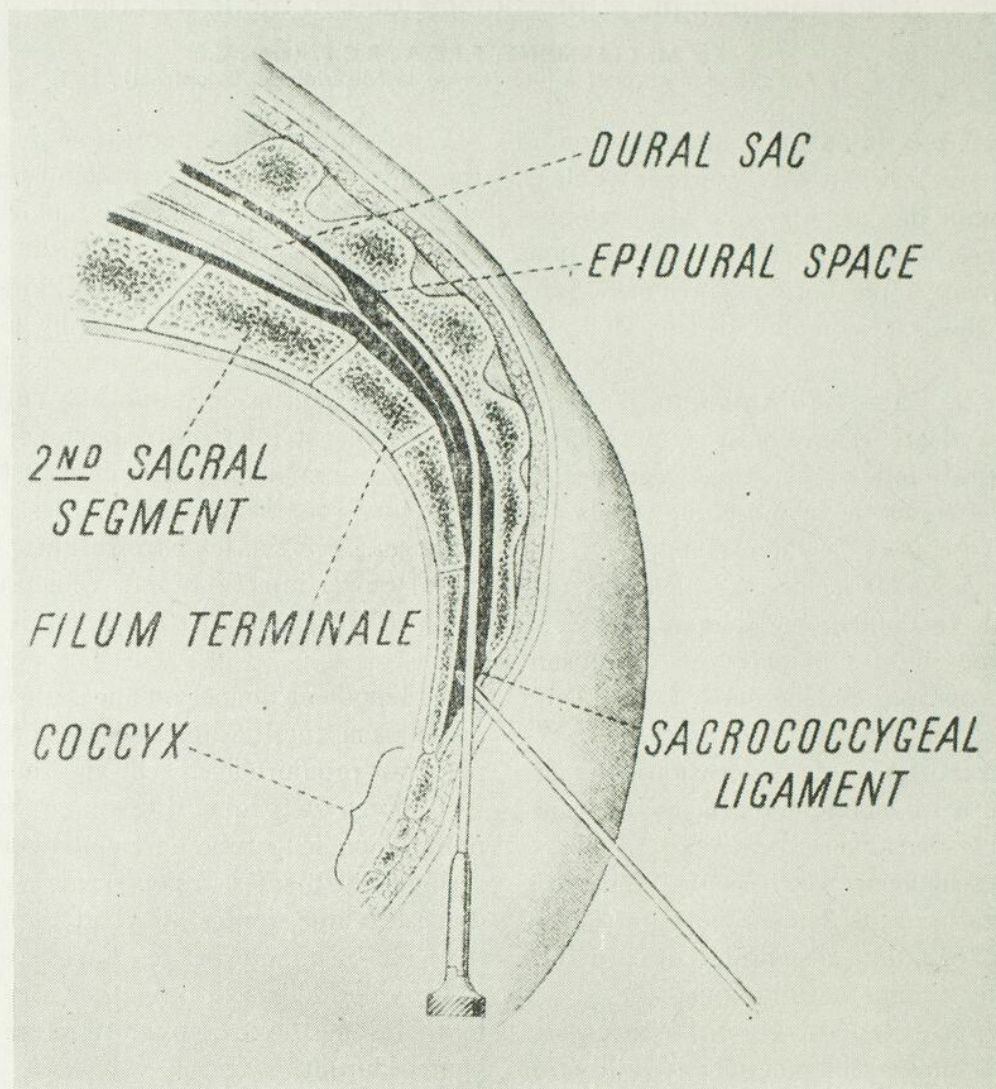


FIG. 1.

cependant été largement augmenté par les travaux de Robert A. Hingson, James L. Southworth et Waldo B. Edwards, du Service de Santé des Etats-Unis, qui ont développé une technique pratique pour la prolongation indéfinie de l'anesthésie, et qui ont réussi à élargir le champ de l'anesthésie caudale jusqu'au-dessus de l'ombilic.

Mais, quoique l'anesthésie caudale, telle que mise au point par Hingson, ait été d'un grand progrès pour la chirurgie, c'est une anesthésie qu'on peut qualifier de révolutionnaire dans le champ obstétrical, parce qu'elle permet, ce qui était le rêve des accoucheurs depuis des années, l'accouchement sans douleur.

L'anesthésie caudale, et non analgésie, comme

a eu son application pratique en chirurgie et en obstétrique.

Laewen, Gaza et Schlimpert en ont été les pionniers en Allemagne. En Amérique, Meeker, Bonar, Oldham, Lundy, de la Clinique Mayo, Henry, Jaur, Rucher, Sword, de New-York, Baptisti et Lahman ont tous apporté d'importantes contributions à l'étude de ce mode d'anesthésie tant en chirurgie qu'en obstétrique. De telle sorte qu'en 1920, Sweifel a pu en trouver dans la littérature 4,200 cas de rapportés.

Ces anesthésies caudales à doses uniques, même données par des anesthésistes expérimentés, les ont empêchés en général, d'accepter cette idée

d'anesthésie caudale continue, à cause d'accidents qui ont conduit à des tragédies.

Et, comme pour ce qui est de toutes les techniques en médecine, l'anesthésie caudale a été retardée dans son application par plusieurs autres facteurs: tels que l'instrumentation, l'agent anesthésique et la technique.

Avec la venue de la Métycaïne, il est devenu possible d'étendre l'anesthésie au niveau de l'ombilic, et même au-dessus, par l'administration d'un plus grand volume de solution. Et tout dernièrement on a employé la Novocaïne (Lundy, de la Clinique Mayo), et même la Pontocaïne (Meyer, de Syracuse) avec les mêmes résultats.

Les principes fondamentaux de la technique ont été établis sur une base anatomique. Les

ciale malléable (Fig. 1), parce que la mobilité des parturientes donnait un haut pourcentage d'aiguilles brisées. Adams et Lundy, de la Clinique Mayo, ont substitué à l'aiguille un cathéter urétéral n° 5, qu'ils introduisent dans le canal sacré au moyen d'une aiguille n° 13 dont ils se servent comme d'un trocart. (Fig 2.)

Il est évident que, de cette façon, le danger de l'aiguille brisée n'existe plus. De plus, l'injection intraveineuse n'est plus à craindre, et il faudrait un opérateur bien maladroit pour percer le cul-de-sac dural.

A part plusieurs avantages sur les autres modes d'anesthésie, il semble que l'anesthésie caudale continue soit une des formes d'anesthésie les moins dangereuses. Les complications

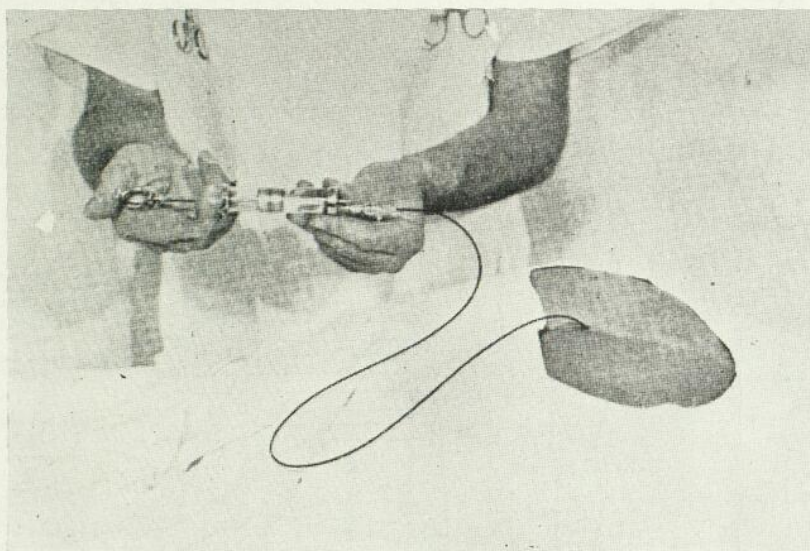


FIG. 2.

Français, aussi bien que les Allemands, connaissaient bien les deux principaux dangers de la méthode: l'injection intraveineuse et l'injection intrarachidienne de la solution anesthésique. Cependant aucun changement important n'avait été apporté avant l'introduction de l'injection continue par Hingson.

Comme je l'ai dit, il y a quelques instants, dans l'anesthésie caudale continue, l'aiguille est laissée en place, et des injections supplémentaires, soit fractionnées toutes les 20 minutes, soit par le goutte-à-goutte, sont données pour maintenir l'effet anesthésique aussi longtemps que nécessaire.

Quand cette technique a été appliquée par Hingson et Edwards en obstétrique, il devenait évident qu'on devait employer une aiguille spé-

post-anesthésiques sont pratiquement nulles. C'est l'anesthésie idéale chez le patient âgé, débile ou en état de choc.

Comparée à la rachi-anesthésie, l'anesthésie caudale possède tous ses avantages, sans en avoir les inconvénients; il n'y a, par exemple, aucune contre-indication du fait de maladie pulmonaire. Parce que la dure-mère n'a pas été percée, il n'y a aucune céphalée consécutive, pas plus que danger d'arrêt respiratoire, du fait du contact direct de l'agent anesthésique avec le centre respiratoire, par le liquide céphalo-rachidien. Les muscles des membres inférieurs ne sont pas immédiatement paralysés, quoique après plusieurs heures d'injections continues, l'absorption de la solution anesthésique par les racines antérieures de la moelle, qui sont motrices, provoque la perte

progressive de la fonction motrice des muscles correspondants, des membres inférieurs aussi bien que de ceux de l'abdomen. Et cette perte progressive de la motricité musculaire est en fonction de la fréquence et du volume des injections.

Quoiqu'il y ait une paralysie vaso-motrice sympathique des membres inférieurs, cette dilatation artério-veineuse consécutive ne s'accompagne pas chez les individus normaux d'une grande baisse de tension artérielle, comme il arrive fréquemment sous anesthésie rachidienne. Vous verrez plus loin, d'ailleurs, une explication à ces données.

Mais le plus sérieux désavantage en chirurgie résulte du temps requis pour la mise en place de l'appareil, pour injecter la solution et attendre l'anesthésie complète. Trente à quarante minutes sont nécessaires, en effet, pour avoir une anesthésie chirurgicale complète.

Cependant, c'est en chirurgie que l'anesthésie caudale continue a d'abord été employée par Hingson: chirurgie du pelvis, du périnée, et des membres inférieurs à cause de la proximité anatomique de l'hiatus sacré et des nerfs de cette région. La continuité de l'espace épidual autour des nerfs émergeant de la dure-mère et

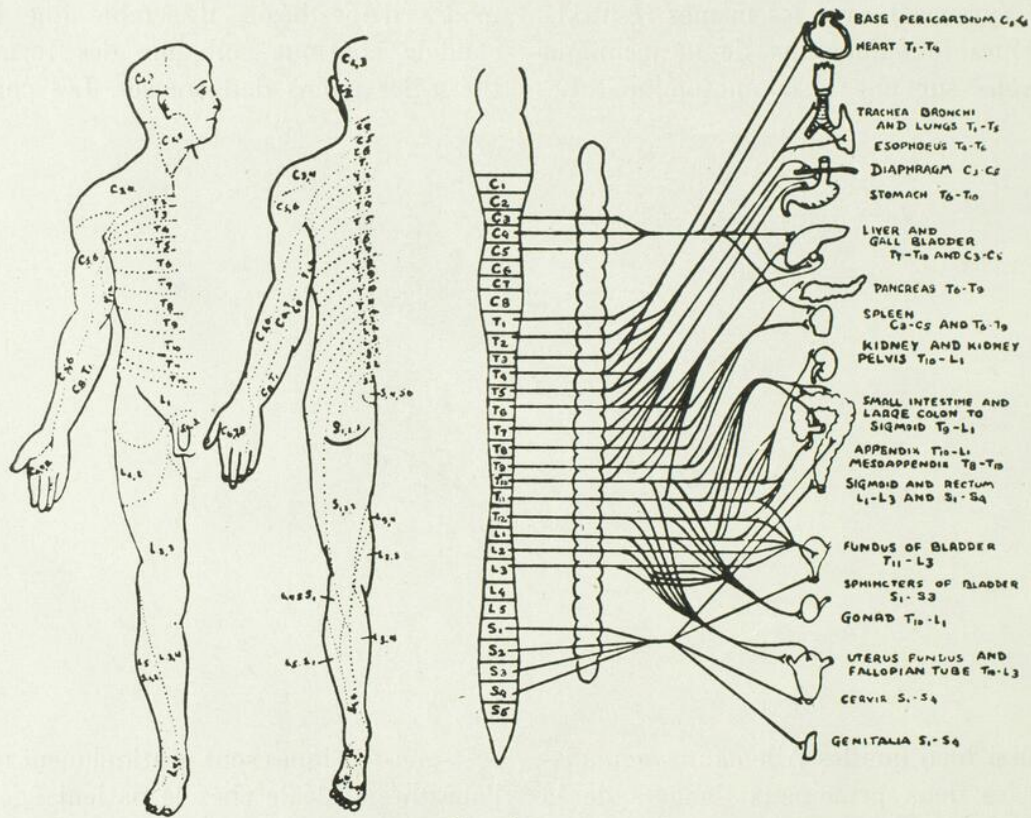


FIG. 3.

Comparée avec les autres formes d'anesthésie régionale, l'anesthésie caudale continue a l'avantage d'une seule insertion d'une seule aiguille, mise en place une seule fois et l'anesthésie peut être produite aussi longtemps et aussi haute que désirée.

Le désavantage de l'anesthésie caudale réside dans sa technique. On ne peut en effet, l'appliquer aux patients qui ont des anomalies du sacrum, un sac dural trop bas situé; pas plus qu'en présence d'infection locale du sacrum. Elle est tout à fait contre-indiquée chez les hypotendus.

l'extension de l'anesthésie aux nerfs lombaires et thoraciques, présentaient la possibilité d'opérations à des niveaux plus élevés.

Depuis 1941, Hingson et Edwards l'ont employée dans de nombreuses opérations et, moi-même, j'ai eu l'occasion, en fin d'année 1942, de la voir administrer par Hingson, à son hôpital de Staten-Island, où il est chef anesthésiste, dans des cas de hernie bi-latérale, phlébotomie, arthrotomie avec excision du cartilage semi-lunaire, réduction ouverte du col du fémur, hydrocèle, varicocèle, fistule anale, résection prostatique trans-urétrale. Si on augmente la quan-

tité de la solution injectée, on peut s'en servir aussi pour la chirurgie abdominale. Nous voyons dans les Figures 3 et 4, représentées schématiquement, que l'anesthésie des différents organes dépend de la hauteur qu'atteint la solution anesthésique. (Fig. 3 et 4).

Operative Procedure or Field	Pathways to be Blocked
Appendectomy	T6 to L3
Upper abdomen, gall bladder, stomach, etc.	T5 to T12
Inguinal herniac, vaginal hysterectomy	T9 to S4
Dilatation and curettage and transurethral resections	T10 to S5
Nephrectomy and nephrostomy	T9 to L2
Left sided colostomy	T10 to S4
Rectal and perineal work, i.e., vaginal plastics	S1 to S5
Laminectomy or spine fusion	Depending on area
Lower extremities, amputations, etc.	L1 to S4
Thoracic surgery, i.e., rib resections, thoracotomy, etc. (except 1st stage thoracoplasty)	T2 to T12 depending on operative area and sometimes with brachial block.

FIG. 4.

Mais c'est dans la chirurgie traumatique des membres inférieurs que l'anesthésie caudale continue est appréciée des malades, parce qu'elle leur donne l'opportunité d'être transportés sans douleur, de subir facilement les manipulations nécessaires au radiologiste, et enfin de subir leur opération avec la même anesthésie.

De même pour des interventions prolongées, orthopédiques, périnéales, urologiques, ou même

plastiques en gynécologie; de même aussi, dans certains cas, où le chirurgien est obligé à de grands délabrements, comme dans les cas de cancer de rectum par exemple, l'appareil a été en place pendant des heures avec des séries d'injections toutes les deux heures pour prévenir les douleurs insupportables que le malade ressent après ces délabrements. Dans un cas, Hingson l'a laissé en place pendant 48 heures.

L'anesthésie caudale continue, dans la chirurgie générale, a un autre avantage, en ce sens que, quoique maintenue durant de longues périodes de temps, les fonctions physiologiques du patient ne sont pas dérangées. Il peut manger et boire et, dans certains cas, il peut mouvoir ses membres inférieurs durant et après l'opération, facilitant la position du membre, et diminuant le danger possible d'embolie et de thrombose.

Ce mode d'anesthésie trouve son mode d'application dans la chirurgie de guerre. Si l'on considère que la douleur est un important facteur dans le choc, la prompt administration de l'anesthésie caudale au lieu de l'accident permet une transportation facile du blessé et diminue le choc.

En urologie, on peut l'employer dans toutes les opérations sur la vessie, les organes génitaux et le périnée: de la cystoscopie et les opérations sur l'urètre et la prostate, à la circoncision et la prostatectomie périnéale. Pour la castration, cependant, l'anesthésiste doit se rappeler que, quoique la plupart des fibres nerveuses sensibles des tissus génitaux viennent des segments sacrés, celles des testicules émergent de très haut, aussi loin que de la 11^e vertèbre thoracique.

De même que l'urologie, la proctologie offre un champ d'action idéal pour l'anesthésie caudale continue. Le relâchement musculaire parfait du sphincter dans les opérations de l'anus et du rectum permet à l'opérateur une manipulation facile et une visibilité parfaite.

En gynécologie, déjà en 1910, Lawen en reconnaissait l'usage pour les opérations sur les organes génitaux externes de la femme. Et, ici, l'anesthésie caudale a les mêmes avantages qu'en urologie et en proctologie. En effet, dans les réparations longues du périnée ou du vagin, le relâchement musculaire est parfait. Hingson l'a employée également dans des hystérectomies et des césariennes. Et nous-mêmes avons eu l'occasion de l'employer dans un cas de césarienne.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

Le canal sacré est la continuation du canal spinal. Il se termine dans l'hiatus sacré, formant un triangle ouvert en bas, dont les côtés sont marqués par deux rugosités osseuses con-

comme vous le verrez tout à l'heure, il s'est rencontré occasionnellement des sacs durs au niveau de la 4e et même de la 5e vertèbre sacrée.

Le canal sacré, par suite de la fermeture de la dure-mère, contient des nerfs: le nerf coccygien,

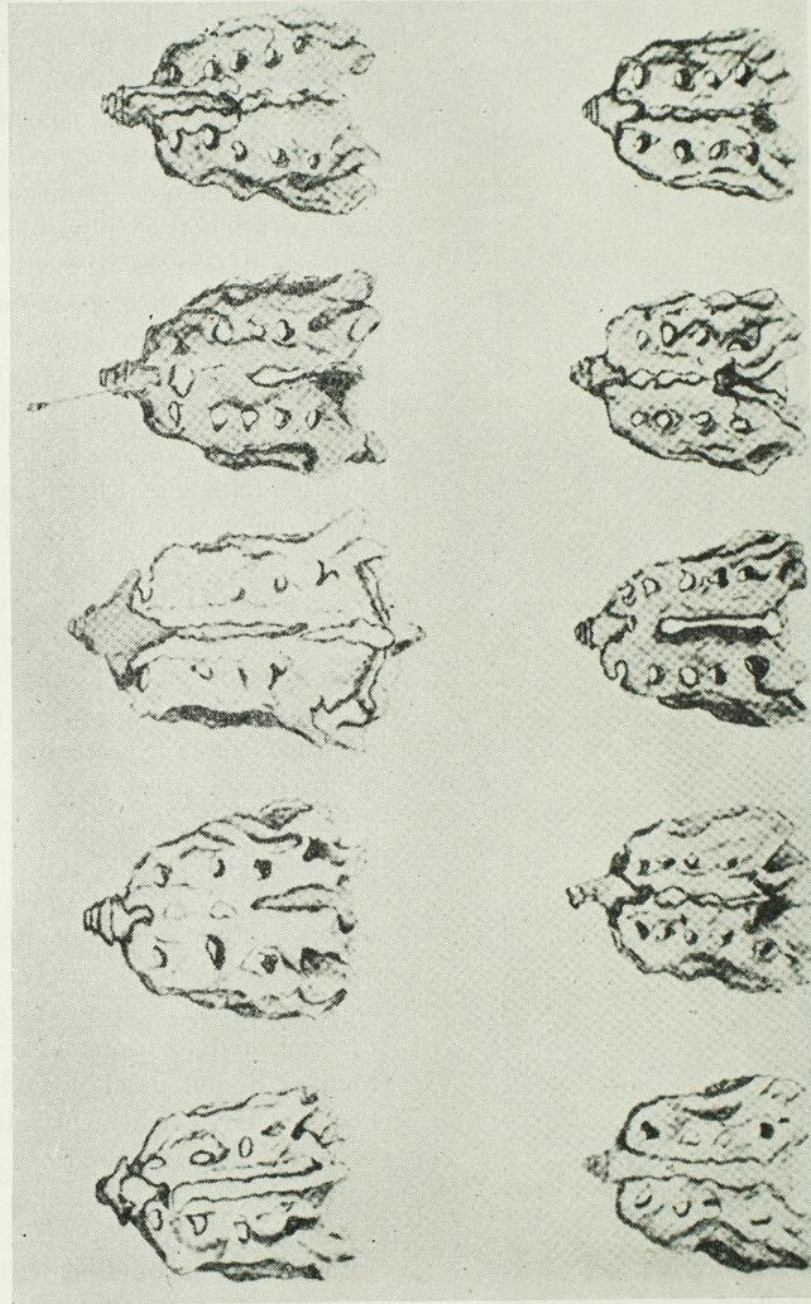


FIG. 5.

nues sous le nom de cornes du sacrum et qui varient de formes et de grosseur chez les différents individus. (Fig. 5.)

Si, donc, une aiguille est introduite à travers l'hiatus sacré et ne se rend pas à la seconde vertèbre sacrée (Fig. 1), on est à peu près sûr qu'elle ne percera pas le sac dural, quoique,

les 5e, 4e, et 3e nerfs sacrés et les ganglions spinaux de la racine postérieure sensitive; un tissu aréolaire libre, de la graisse, des lymphatiques, et des vaisseaux sanguins, consistant surtout en la partie terminale du plexus veineux vertébral interne. Ce plexus repose à la périphérie du canal sacré, et les veines sont plus nom-

breuses antérieurement, sur le dos du corps du sacrum.

Le canal spinal contient la moelle épinière, entourée de son liquide céphalo-rachidien. Ce dernier se trouve contenu dans l'espace sous-arachnoïdien, où il est constamment sous pression. (Fig. 6).

descend qu'à la 5e vertèbre lombaire, mais qu'en d'autres cas, il descend jusqu'à la 4e et 5e vertèbre sacrée.

L'espace épidural du grand trou à l'hiatus sacré, comprend l'espace entre la dure-mère et le périoste recouvrant le canal spinal. Il se continue en haut aussi loin que le trou occipital où il

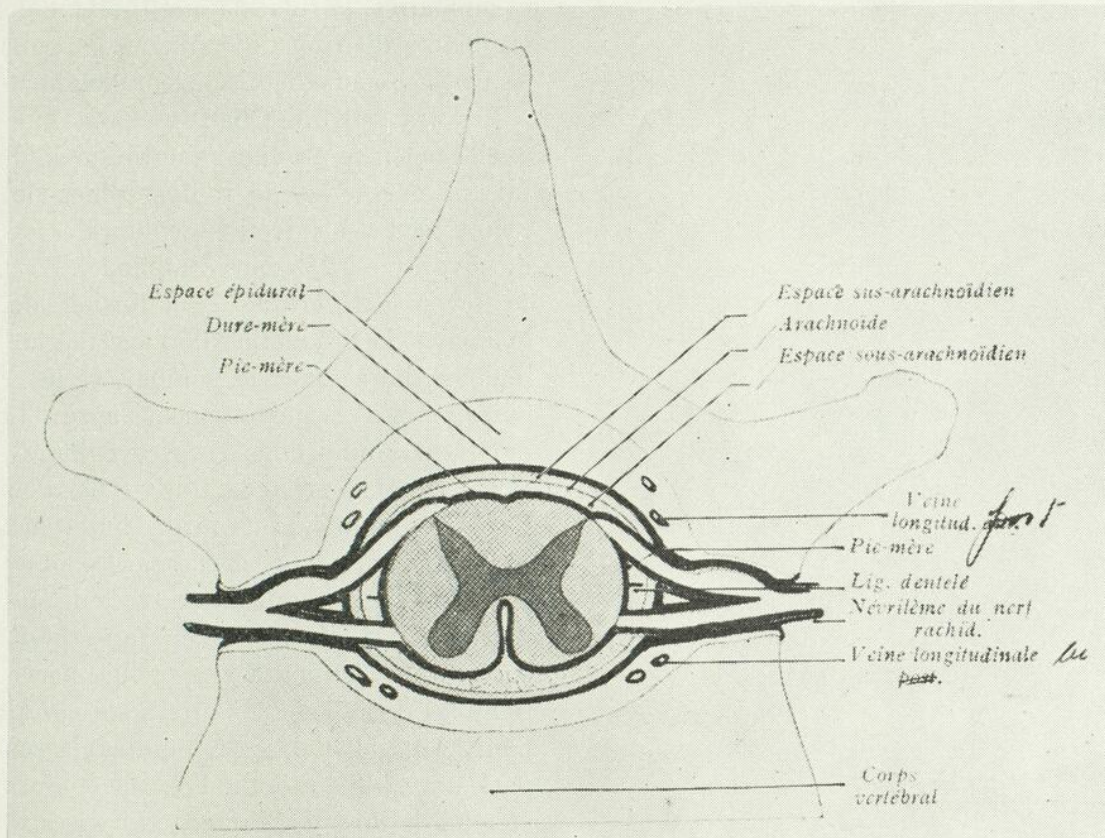


FIG. 6.

L'espace sous-arachnoïdien, qui est situé entre la pie-mère, qui est la membrane adhérente à la moelle, et l'arachnoïde et la dure-mère, qui séparent le liquide céphalo-rachidien de l'espace épidural, ne communique pas avec le canal sacré. La communication est interrompue par la fermeture de la dure-mère autour des troncs nerveux, vers la seconde vertèbre sacrée.

L'on doit se souvenir, cependant, et avoir toujours présent à l'esprit qu'il existe des anomalies du canal vertébral, de même que du canal sacré. (Fig. 5.) La pratique de nombreuses autopsies, par Hingson, Edwards et plusieurs autres, a démontré que la dure-mère entoure les troncs nerveux de la queue de cheval pour former le sac-dural, que quelquefois ce sac-dural ne

prend fin parce que la dure-mère adhère au périoste du trou occipital. Il se continue latéralement à travers les trous de conjugaison. Cet espace est rempli de tissu adipeux et de tissu conjonctif; il est très riche en vaisseaux sanguins. Ce tissu n'offre aucune résistance à l'injection de liquide, qui monte facilement en haut, d'après la quantité injectée. Il n'offre aucune résistance, car la pression est négative. (Fig. 7.)

L'espace épidural communique donc avec le tissu gras para-vertébral par le trou de conjugaison. La communication entre le tissu épidural et le tissu para-vertébral peut être petite, mais, dans chaque cas où l'on a injecté du lipiodol, le liquide injecté fuse le long et en dehors de l'enveloppe dure-mérienne du nerf, et se forme un

passage vers le trou de conjugaison, anesthésiant les nerfs, c'est-à-dire les racines postérieures et antérieures; les ganglions; et même la chaîne para-vertébrale du sympathique. (Fig. 7.)

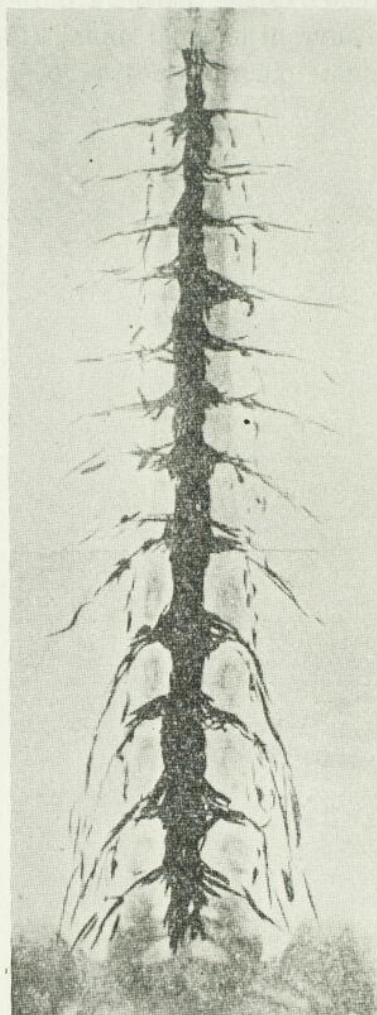


FIG. 7.

Comme Sicard et Cathelin l'ont démontré, Lawen, Gaza, Muroya et plusieurs autres l'ont confirmé, les liquides injectés en dehors de la dure-mère ne pénètrent pas les méninges; ils demeurent dans le canal sacré, et montent plus haut dans l'espace épidual.

Puisque la dure-mère recouvre les racines antérieures et postérieures, et les ganglions spinaux, il est évident que dans l'anesthésie épidual, l'agent anesthésique ne peut agir que sur les fibres nerveuses distales de leurs ganglions spinaux.

Dans le canal sacré, les 3e, 4e, 5e ganglions sacrés sont situés latéralement dans le canal, de telle façon que les nerfs distaux à leur ganglion sont exposés à une action anesthésique très forte

de la solution injectée. Au-dessus du 3e trou sacré, le ganglion de la racine postérieure est situé de plus en plus près de leur trou de conjugaison respectif, et les ganglions de la région lombaire sont situés en partie, et ceux de la région thoracique sont situés complètement dans les trous de conjugaison.

Ceci veut dire que, dans les régions thoraciques et lombaires, la solution anesthésique doit passer en dehors du trou de conjugaison, pour baigner les nerfs spinaux distaux de leur ganglion. (Fig. 6.)

Les travaux de Charles Odom montrent de quelle façon se produit l'anesthésie épidual. En faisant des séries de radiographies de patients ayant reçu des injections épiduals de solution de novocaïne à 2% dans du lipiodol, il a démontré de façon catégorique la diffusion du liquide opaque et la production de l'anesthésie. Dans les régions thoraciques et lombaires, les radiographies prises immédiatement après l'injection, montrent l'huile dans l'espace épidual, dans le canal spinal. A ce stage, il n'y a pas d'anesthésie. Quelques minutes plus tard, l'huile commence à se diffuser en dehors de l'espace épidual, à travers le trou de conjugaison, le long des couches péri-neurales. A ce stage, l'anesthésie débute. Au bout de 15 minutes, les racines nerveuses sont remplies de lipiodol. L'anesthésie est alors complète. Au bout de trente minutes, la plus grande partie de l'huile a laissé l'espace épidual et s'est étendue le long des racines nerveuses.

S'il est vrai que la solution de novocaïne ne pénètre pas la dure-mère, il est impossible qu'elle anesthésie les racines nerveuses, avant qu'elle ait quitté l'espace épidual et soit entrée dans les régions para-vertébrales, parce que la dure-mère continue de recouvrir les racines nerveuses jusqu'en dehors du trou de conjugaison inter-vertébral. Ceci pour la région thoracique. (Fig. 6.) Et ceci est très important à comprendre, pour expliquer, comme vous le verrez tout à l'heure, l'action de la solution anesthésique sur la respiration, le cœur, la pression artérielle et le système vasomoteur.

Il est facile d'expliquer, en outre, par ces expériences, certains cas d'insuccès de l'anesthésie caudale, car il a été démontré, dans quelques radiographies, qu'il y a occasionnellement obstruction à la diffusion de la solution novocaïne-lipiodol à travers un ou plusieurs trous de con-

jugaison, probablement dus à des adhérences ou à d'autres anomalies anatomiques. Et, parce que la solution ne vient pas en contact avec les racines nerveuses correspondantes, il en résulte une anesthésie incomplète. Si, dans un accouche-

les nerfs spinaux à leur émergence de la dure-mère. Elle agit aussi sur les rami-communicants blancs et gris, et sur le sympathique para-vertébral où la solution diffuse lentement (Fig. 7), (Degliotti).

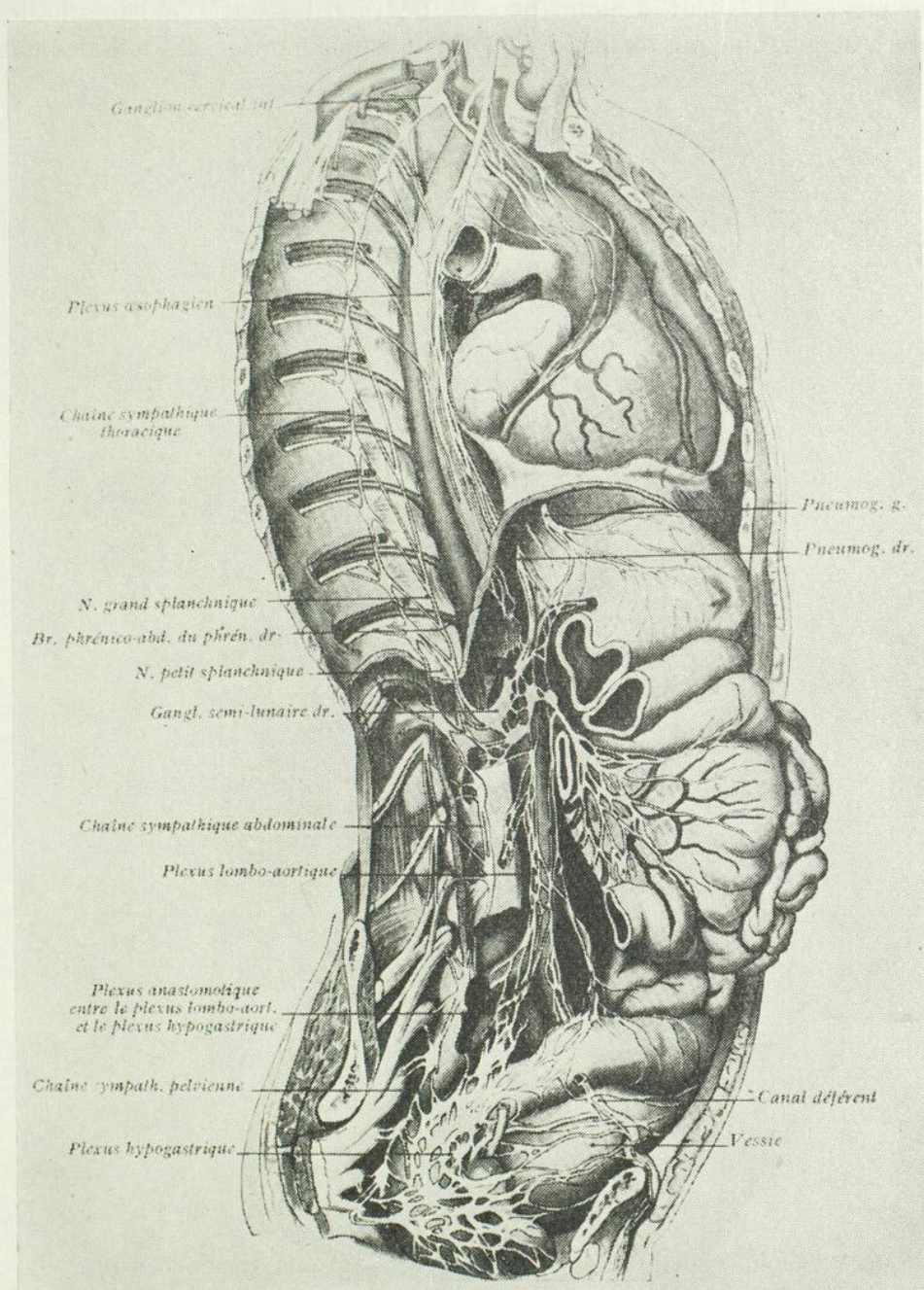


FIG. 8.

ment, cette obstruction existait au niveau des XI^e et XII^e vertèbres dorsales (Fig. 12), l'accouchement ne se ferait pas sans douleur, comme vous le verrez dans quelques instants.

Mais, dans les cas normaux, la solution anesthésique injectée dans l'espace épidual agit sur

Globinsky et Best ont observé dans l'anesthésie caudale un ordre défini quant à son apparition, non seulement dans le début de ses effets, mais aussi dans les niveaux relatifs obtenus. Premièrement apparaît une diminution de la sensibilité à la douleur sans atteinte

des autres sens. Ensuite disparaît la sensation tactile. Hingson et Edwards ont trouvé que, à l'exception des muscles innervés par les nerfs sacrés les plus bas, i. e., nerf coccygien, 5e, 4e, et 3e nerfs sacrés, qui ont une paralysie motrice complète, la diminution de la motricité musculaire ne disparaît pas généralement, à moins que l'anesthésie ne dure depuis quelque temps.

atteints par la cocaïne, et ceux chez qui l'action anesthésique se fait sentir le plus longtemps.

Bishop et O'Leary ont étudié ces mêmes idées chez l'homme dans des anesthésies rachidiennes basses avec la procaïne, pour en venir au même résultat.

Le retard relatif de l'anesthésie caudale sur la fonction motrice des muscles dont les racines

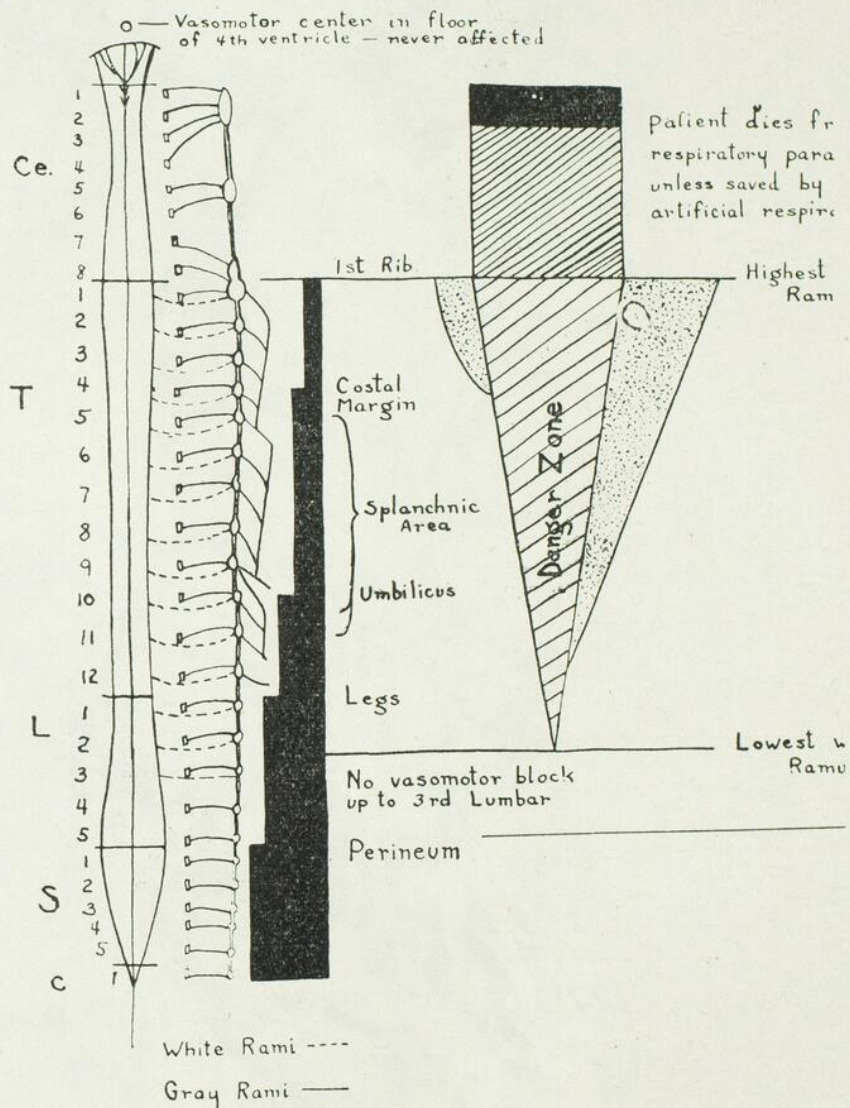


FIG. 9.

On peut expliquer de plus la différence de susceptibilité des différents types de fibres nerveuses à l'action d'un anesthésique local, dans la différence d'épaisseur de leur tronc et de leur couche de myéline. (Fig. 8.)

Etudiant cette action sur les nerfs des grenouilles, Gosser et Erlanger en ont conclu que les nerfs les plus petits ayant une mince couche de myéline, sont ceux qui sont les premiers

nerveuses sont situées au-dessus de la 3e vertèbre sacrée, est probablement dû à la comparative inaccessibilité de la racine antérieure motrice à la solution anesthésique. On a remarqué en effet que les solutions colorées injectées par l'hiatus sacré, coloraient beaucoup moins les racines motrices antérieures comparées aux postérieures. Nous avons constaté une diminution motrice marquée, pour ne pas dire paralysie mus-

culaire complète, des muscles de l'abdomen. Paralyse plus complète des muscles de l'abdomen que de ceux des membres inférieurs. Cette action serait explicable par la différence de grosseur des troncs nerveux et l'épaisseur des

caudale puisse atteindre sans danger, comme vous le verrez tout à l'heure. (Fig. 9, 10, 11.) Dans l'anesthésie spinale chez les chiens, Bower et ses assistants ont trouvé que l'anesthésie atteignant des niveaux supérieurs à la 6e vertèbre thora-

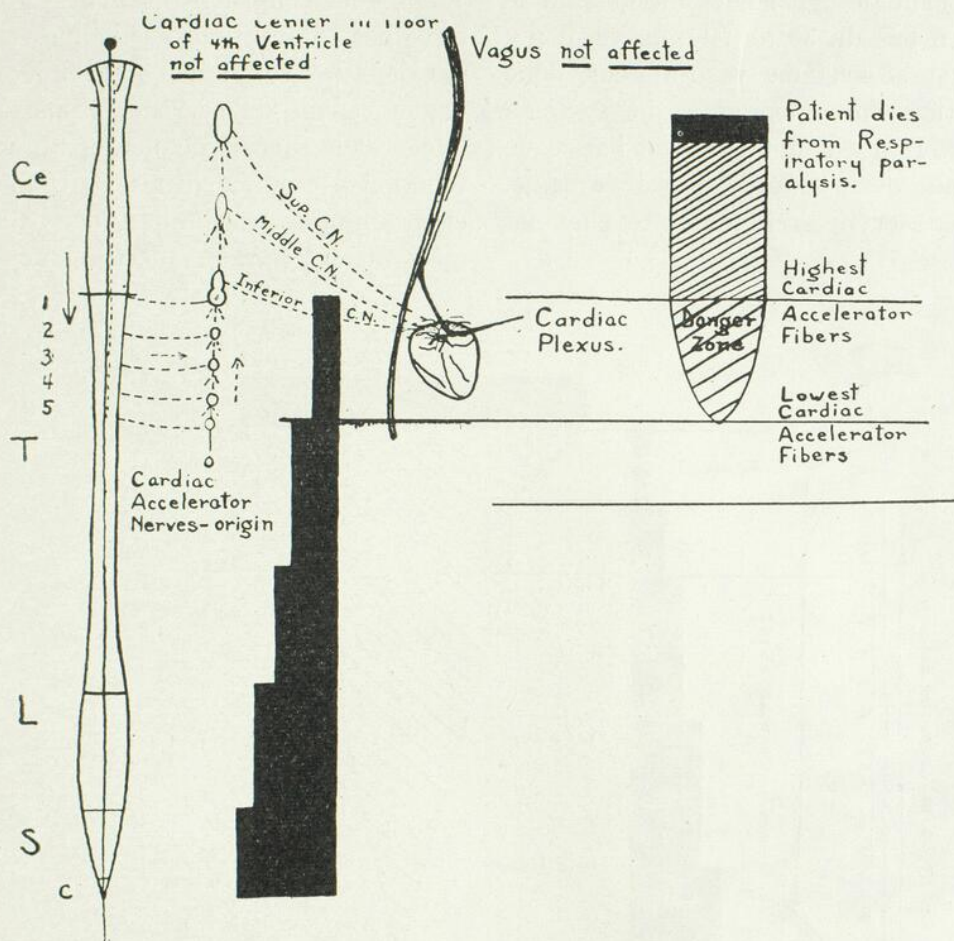


FIG. 10.

couches de myéline à l'action de la solution anesthésique. (Fig. 8.)

Sicard et Cathelin et d'autres ont montré que le niveau atteint dans l'espace épidual par le liquide injecté dans le canal sacré à travers l'hiatus sacré, dépend en grande partie du volume de la solution injectée. Il dépend aussi, mais à un degré moindre, de la rapidité de l'injection et de la pression négative de l'espace épidual. Quoiqu'une partie de la solution injectée puisse aller plus haut, l'anesthésie clinique nécessaire pour les nerfs sacrés demande de 15 à 20 c.c. de solution (Fig. 3); 30 c.c. sont suffisants pour rejoindre les 11e et 12e vertèbres thoraciques, 40 c.c. atteignent la 8e vertèbre thoracique et 50 c.c. atteignent la 6e thoracique. La 6e vertèbre thoracique est apparemment la plus haute que l'anesthésie

cique, produisait des difficultés respiratoires et circulatoires; effets attribués non pas tant à la paralysie motrice, mais plutôt au blocage anesthésique de la portion sensitive des réflexes de la respiration et de la circulation.

Et ceci nous amène à traiter d'un sujet trop peu connu. Comment l'anesthésie épidual agit-elle sur le système vaso-moteur, sur le cœur et la pression artérielle et sur la respiration?

Système vaso-moteur.

Du centre vaso-moteur situé dans le plancher du 4e ventricule, un courant constant d'influx vaso-moteur descend par la moelle épinière et en sort par les rameaux communicants. (Fig. 9.) Ces rameaux communicants émergent des racines antérieures motrices des nerfs spinaux des 1e ou 2e

vertèbres thoraciques aux 2e ou 3e vertèbres lombaires, et s'en vont aux ganglions correspondants de la chaîne sympathique. De là, cet influx nerveux s'en va aux vaisseaux sanguins des deux grandes cavités. (Fig. 9.)

L'anesthésie caudale agit sur ce mécanisme de bas en haut. En bas du 3e nerf lombaire, il n'y a pas d'effet sur ce système vaso-moteur, donc pas de dilatation correspondante du système artério-veineux. Il n'y a donc pas de baisse de pression artérielle dans l'anesthésie sacrée basse. Et on peut s'en servir avec impunité chez les vieillards.

pas le seul facteur dans la baisse de la pression, parce que l'atteinte des fonctions cardiaques et respiratoires joue aussi une part importante.

Cœur.

Dans les conditions normales, le nombre et la force des contractions cardiaques sont influencés par deux facteurs opposés. Premièrement, le nerf vague venant du cerveau, et passant à travers le cou et le thorax, donne des fibres au cœur. Sa fonction est de ralentir le battement cardiaque et de diminuer son amplitude. Ce nerf n'est jamais atteint par un anesthésique épidural. Ce-

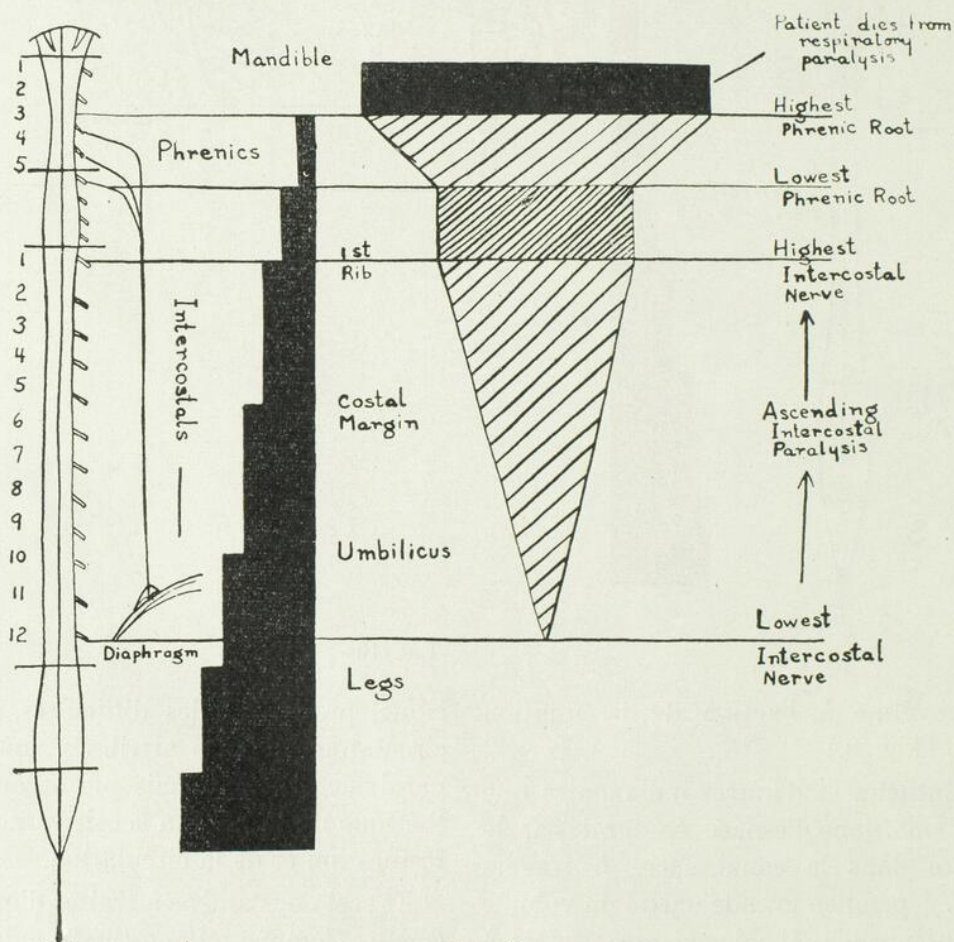


FIG. 11.

Mais, si l'anesthésie monte plus haut, il y aura de plus en plus de rameaux communicants qui seront bloqués, jusqu'à ce que à la première vertèbre thoracique, ils auront tous été bloqués. Et tous les vaisseaux sanguins correspondants auront perdu leur tonus. Une baisse de la pression artérielle, proportionnelle aux nombres de rameaux communicants affectés, est inévitable.

Cependant le blocage des vaso-moteurs n'est

pendant les nerfs sympathiques accélérateurs peuvent être affectés par l'anesthésie épidurale. (Fig. 10.)

Quoique ces nerfs viennent des trois ganglions sympathiques cervicaux, l'influx nerveux qu'ils transportent procède du centre nerveux cardiaque central, descend dans la moelle jusqu'aux 4e ou 5e premières vertèbres thoraciques. Ils

émergent ensuite de la moelle épinière à ces niveaux par la racine antérieure de ces mêmes nerfs, passant ensuite aux ganglions thoraciques correspondants de la chaîne sympathique et ensuite en haut jusqu'aux ganglions cervicaux. Il est facile de comprendre par là que l'anesthésie des fibres motrices antérieures, atteignant les

du système vaso-moteur, concourt à la chute de pression artérielle.

Respiration.

De même que pour le système vaso-moteur et le cœur, le centre respiratoire réside sur le plancher du 4^e ventricule. L'influx nerveux descend donc à deux niveaux. (Fig. 11.) Premièrement,

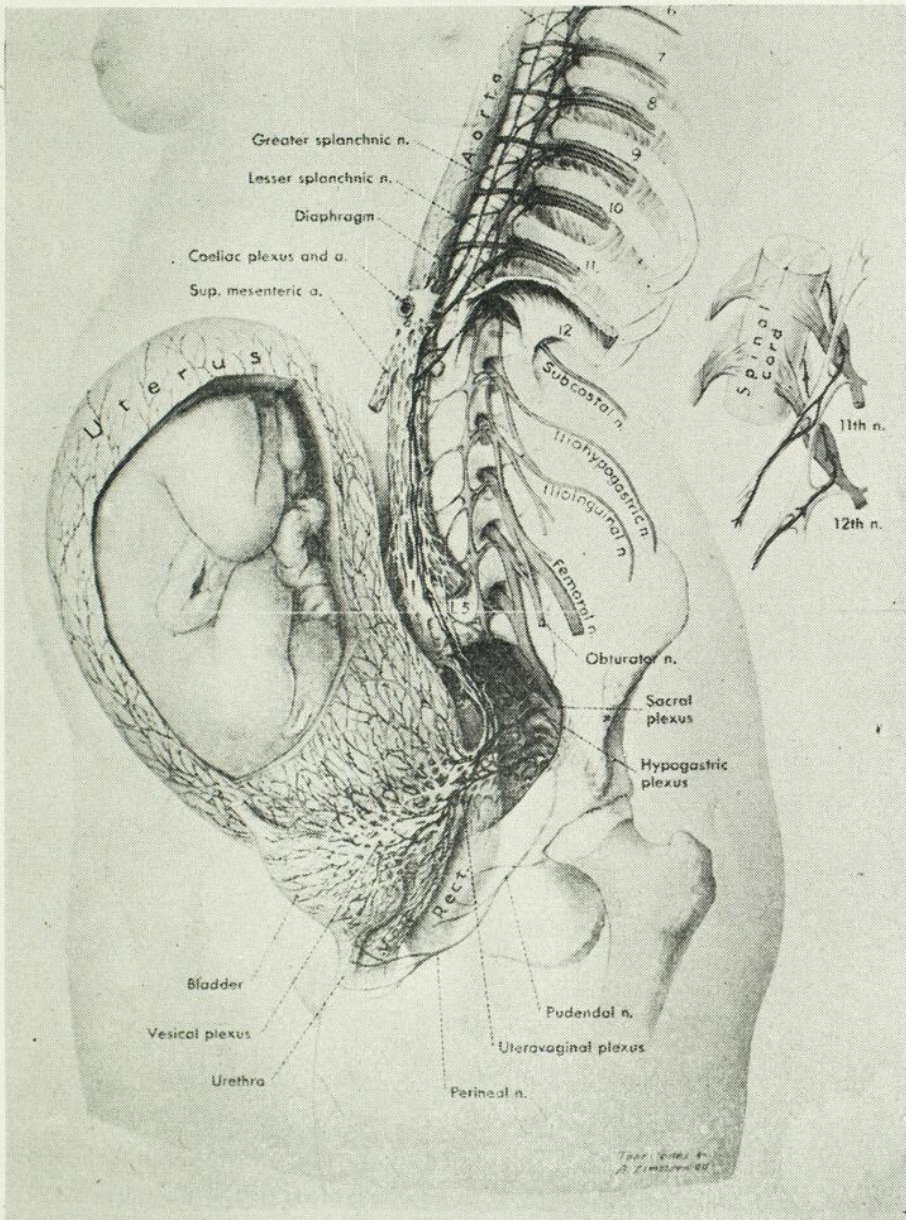


FIG. 12.

5^e nerfs thoraciques, coupe plusieurs de ces influx nerveux, et qu'ils sont tous coupés, quand l'anesthésie gagne la 1^{ère} vertèbre thoracique. Et le fait de cette diminution du rendement cardiaque par le mécanisme physiologique que je viens d'expliquer, se surajoutant à la paralysie

les nerfs intercostaux pour les muscles respiratoires de la cage thoracique, venant des racines antérieures des douze paires de nerfs thoraciques. Et deuxièmement, le nerf phrénique, qui innerve le diaphragme, vient du cou et tire son origine des 3^e, 4^e et 5^e nerfs cervicaux. (Fig. 11.)

Le mécanisme respiratoire devient paralysé, comme pour les autres, de bas en haut. Il est évident qu'il n'y a aucune difficulté respiratoire, jusqu'à ce que l'anesthésie bloque les nerfs thoraciques les plus bas. Mais de ce point en montant, il y a une augmentation de la difficulté respiratoire, jusqu'à ce que, au niveau du premier nerf thoracique, tout le thorax soit paralysé et la respiration ne soit maintenue que par le diaphragme. (Fig 11.) Votre patient est dyspnéique, mais il peut encore continuer à respirer suffisam-

portant facteur de baisse de la pression artérielle.

L'explication de ces trois facteurs: 1° action de l'anesthésie épidurale sur le système vasomoteur; 2° sur le cœur; 3° sur la respiration, met en évidence la sécurité d'anesthésie basse et le danger d'anesthésie haute. De plus, ces trois facteurs forment un cercle vicieux, chacun réagissant l'un sur l'autre.

Il est clair, donc, que le danger de l'anesthésie caudale limitée au 1er segment lombaire est nul,

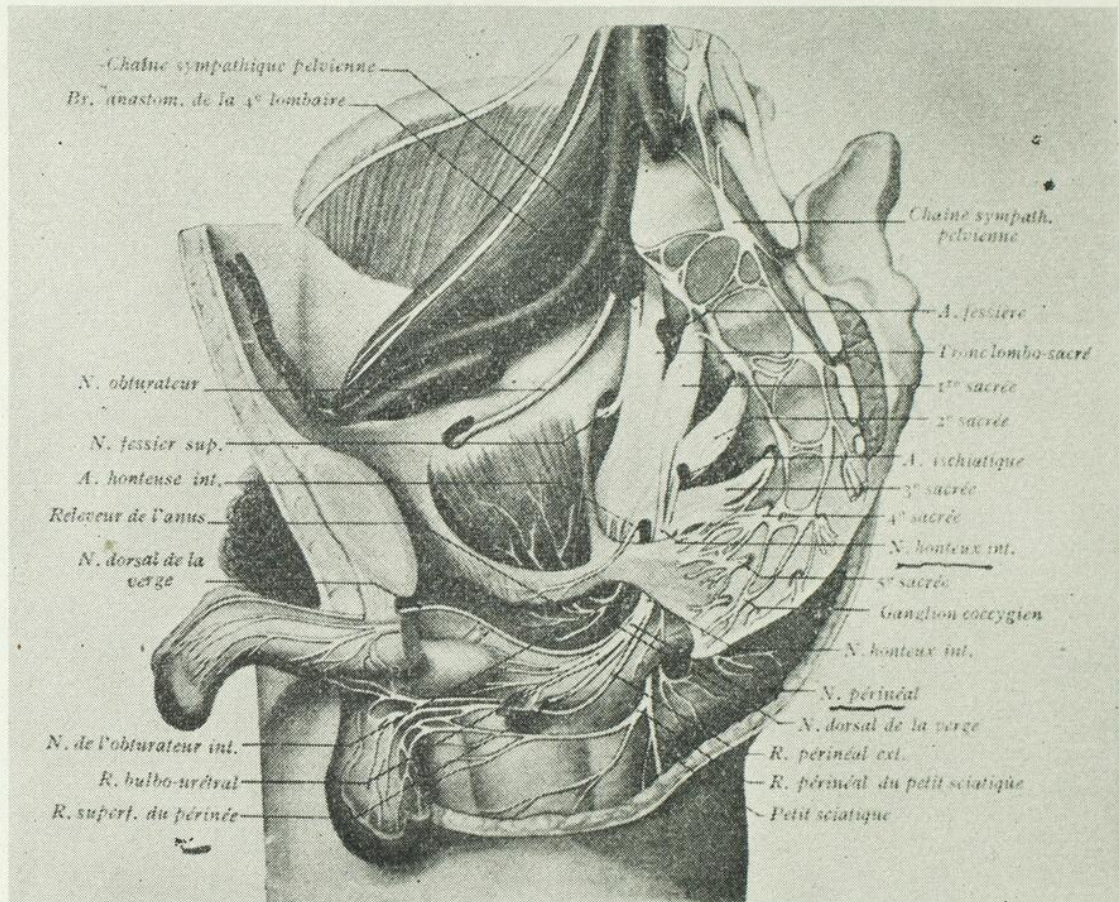


FIG. 13.

ment par son diaphragme pour se maintenir en vie. Mais, si l'anesthésie monte plus haut et rejoint les racines du phrénique, la respiration cesse complètement.

Chacun sait que l'action de la respiration, c'est-à-dire l'action des muscles respiratoires, muscles de la cage thoracique et diaphragme, dans le mouvement du sang dans les grands vaisseaux qui vont au cœur, est très importante. La paralysie même partielle de cette fonction respiratoire est un facteur important et certains physiologistes prétendent que c'est le plus im-

portant facteur de baisse de la pression artérielle. et qu'une telle anesthésie est l'idéale pour les personnes très âgées. Mais il est évident, aussi, que l'anesthésie jusqu'à l'ombilic, i. e. jusqu'au 11e nerf thoracique (Fig. 12), comme on doit l'employer pour les accouchements, n'est pas sans danger, et il faut bien s'assurer qu'on ne dépasse pas trop ce niveau, car, une fois ce liquide injecté, on ne peut plus l'enlever.

Cette action de l'anesthésie caudale continue dans les accouchements sera mieux comprise, à la lumière de l'innervation de l'arbre gynécologique. Il semble, en effet, que la nature avait

tout préparé pour la venue de l'accouchement sans douleur. (Fig. 12.)

Cleland a démontré que la douleur du travail, consiste en deux parties: celle provenant des contractions utérines proprement dites, et celle provenant de la distension du col et du vagin.

Les fibres sensibles de l'utérus constituent des fibres viscérales afférentes et, quoique fonctionnellement indépendantes du système nerveux autonome, elles traversent le plexus pelvien, hypogastrique et aortique, avant de se jeter dans le ganglion de la racine dorsale sensitive des 11e et 12e nerfs thoraciques. (Fig. 12.)

Les fibres sensibles de l'isthme, du col et de la partie supérieure du vagin, de même fonctionnellement indépendantes du système nerveux autonome, traversent le plexus parasymphatique sacré, pour aller se jeter dans les ganglions sacrés. (Fig. 12.)

Les fibres sensibles et motrices de la partie inférieure du vagin, du périnée et du plancher pelvien, viennent des nerfs spinaux: périnéal et honteux. (Fig. 12 et 13.)

Les fibres motrices de l'utérus appartiennent au système nerveux autonome de l'utérus et reçoivent des fibres efférentes sympathiques et para-symphatiques. La clinique indique que les fibres motrices de l'utérus quitte la moelle, au-dessus de la 10e vertèbre thoracique. Ces fibres motrices descendent par le plexus aortique, hypogastrique et pelvien. (Fig. 12.)

Les fibres inhibitrices de l'anneau de Band, de l'isthme et du col, traversent les nerfs parasymphatiques pelviens.

L'étude clinique prouve que:

1° *L'anesthésie des nerfs sacrés abolit la douleur de la dilatation du col, paralyse les muscles du périnée et abolit les contractions des muscles du col.*

2° *Etendant l'anesthésie au-dessus de la 11e vertèbre thoracique, on abolit la douleur des contractions utérines, sans en diminuer la force.*

3° *Et, si on étend l'anesthésie à la 6e vertèbre thoracique, la contraction utérine sera très diminuée, sinon abolie complètement.*

BIBLIOGRAPHIE

1. R. A. HINGSON et W. B. EDWARDS: Continuous caudal anesthesia in Obstetrics. *American Journal of Surgery*, 57: 459 (sept.) 1942.
2. — Continuous caudal anesthesia during labor and delivery. *Anesthesia and Analgesia* (nov.) 1942.
3. J. S. LUNDY et C. R. ADAMS: A technic for continuous caudal anesthesia. *Proceedings of the Staff Meeting of the Mayo Clinic*, 7 avril 1943.
4. F. R. IRVING, C. A. LIPPINCOTT et F. C. MEYER: Continuous caudal anesthesia in Obstetrics. *New York State Journal of Medicine*, 1023 (juin) 1943.
5. R. A. HINGSON et W. B. EDWARDS: Comprehensive review of continuous caudal anesthesia for Anesthetists. *Anesthesiology* 181 (mars) 1943.
6. W. T. LEMMON et G. W. PASCAL: Continuous spinal anesthesia with observations on the first 500 cases. *Pennsylvania M. J.* 975 (mai) 1941.
7. F. CATHELIN: Les injections épidurales par ponction du canal sacré et leur application dans les maladies des voies urinaires. *Recherches anatomiques, expérimentales et cliniques*, 1903.
8. A. LAWEN: Ueber die Verwertung des Sakralanästhesie für chirurgische operationem. *Zentralbl. f. Chir.* 37: 708; 1910.
9. W. STOKEL: Uber sakrale anästhesie. *Zentralbl. f. Gynak.* 33: I, 1909.
10. E. SWIFEL: Extradurale anästhesie. Diderlein Kronig: *Operative Gynakologie*, 4e éd. 117+127 Leipzig G. Thieme, 1921.
11. A. M. DOGLIOTTI: A new method of block anesthesia: Segmental peridural spinal anesthesia. *Am. J. Surg.* 20: 107 (avril) 1933.
12. C. B. Odom: Epidural anesthesia. *Am. J. Surg.* 34: 547 (déc.) 1936.
13. — Epidural anesthesia in Resumé and Prospect. *Anesthesia and Analgesia*, mars-avril 1940.
14. GRAFFAGNINO et L. W. SEYLER: Epidural anesthesia in Obstetrics. *Anesthesia and Analgesia*, janv.-fév. 1939.
15. J. R. FRASER: Lumbar anesthesia in Obstetrics. *Anesthesia and Analgesia*, nov.-déc 1940.
16. A. L. SORESI: Episubdural anesthesia. *Anesthesia and Analgesia*, nov.-déc. 1937.
17. John ABAJIAN jr: Peridural segmental anesthesia with Intracaine. *Anesthesiology*, juillet 1943.
18. B. CALESNIK, J. P. LANDY, A. LIEBERMAN et P. A. BRADLOW: Success and failure of local anesthetics. (A comparative study according to experiments reported by R. Beutner in *Anesthesia and Analgesia*, mai-juin 1943.
19. Americo VALERIO: Peridural analgesia by the Dogliotti method. *Anesthesia and Analgesia*, jan.-fév. 1937.
20. N. D. DEAN: Anesthesia and analgesia in obstetric and gynecology. *Anesthesia and Analgesia*, nov.-déc 1943.
21. L. H. MAXSON: The present status of spinal anesthesia. *Anesthesia and Analgesia*, mars-av. 1938.

L'ANESTHÉSIE CAUDALE ET SON APPLICATION EN OBSTÉTRIQUE

Par Azarie COUSINEAU.

Anesthésiste à l'hôpital Sainte-Justine (Montréal).

De tout temps on a recherché les moyens de soulager les douleurs de l'accouchement et, depuis l'origine de la médecine, toute découverte en anesthésie fut appliquée à l'obstétrique. Il est donc logique que la première application pratique clinique d'analgésie caudale l'ait été à l'accouchement.

Les deux premiers médecins à parler d'analgésie caudale, à injection unique par la novocaïne, furent deux Français, Sicard et Cathelin en 1901.

Puis, en 1909, un Allemand, Stoeckel, rapporte 141 délivrances normales sous l'influence d'analgésie caudale. Vers la même époque, un autre Allemand, Schlimpert, était également en faveur de cette méthode, qu'il utilisait cependant comme supplément au « twilight sleep ».

Il semble que Meeker et Bonar, Oldham et Rucker se soient faits les pionniers de l'analgésie caudale en obstétrique, aux Etats-Unis, Oldham rapportant plus de 500 cas en 1925 et Rucker, en 1930, plus de 1,000. Oldham déclare que la méthode ne comporte pas de risque, mais il ne dit rien de plus. Rucker rapporte trois mortalités qui ne sont pas dues à l'anesthésie. Des articles subséquents comprennent ceux de Cleland, Battisti, Poole, Hopp, et Lahmann et Mietus, les plus importants étant ceux de Lahmann et Mietus se rattachant à 400 cas en janvier 1942.

Vu la durée limitée de l'analgésie caudale produite par une simple injection, on en faisait une méthode avantageuse seulement pour l'accouchement proprement dit, c'est-à-dire pour la période d'expulsion, mais, comme à cette période de l'accouchement on pouvait anesthésier la parturiente par les anesthésiques alors en usage, cette méthode de l'injection caudale ne l'emportait guère sur les autres anesthésiques. Tout de même, lorsque l'injection était donnée à point, c'est-à-dire assez longtemps avant la période d'expulsion, on constatait le relâchement rapide du périnée, des déchirures moins fréquentes, une perte de sang moins abondante et d'autres résultats satisfaisants.

Aujourd'hui, la méthode de Hingson et Edwards: l'analgésie caudale continue au moyen de la « Métycaïne », semble atteindre le but

depuis si longtemps visé — sécurité, accouchement sans douleur — puisque la prolongation indéfinie de l'analgésie permet l'insensibilité pendant toute la période du travail. Hingson et Edwards ont utilisé ce nouveau procédé chez plus de 1,500 sujets; d'autres médecins américains ont aussi fait des expériences. Les principales caractéristiques de l'analgésie caudale en obstétrique sont les suivantes:

1. disparition complète de la douleur cinq à quinze minutes après l'injection, l'effet se continuant aussi longtemps que nécessaire;
2. la mère reste consciente et conserve ses mouvements volontaires;
3. la respiration et autres organes vitaux de l'enfant ne sont pas touchés;
4. les contractions utérines ne sont pas diminuées;
5. la durée du travail semble être moins longue;
6. l'expulsion du fœtus en mauvaise position est plus facile;
7. l'hémorragie *post-partum* est moins grande;
8. les accidents et les complications *post-partum* sont diminués;
9. aucun effet nuisible du côté des voies respiratoires ou des poumons.

INNERVATION DE L'UTÉRUS.

On peut mieux comprendre l'action de ce procédé nouveau, si on étudie l'innervation des organes pelviens. Cleland est d'opinion que les douleurs du travail sont dues à deux facteurs: contraction utérine et relâchement du canal pelvien; dilatation du col et des muscles périnéaux. Si on examine un schéma de l'innervation utérine, on comprend que les douleurs de la dilatation du col et des muscles du périnée sont abolies par le blocage des fibres nerveuses sensibles du segment sacré et que l'effet analgésique, s'étendant jusqu'au onzième segment thoracique, fait disparaître les douleurs de l'utérus.

LE TRAVAIL.

Sous l'effet de l'analgésie caudale continue, le travail s'opère un peu différemment de celui où cette méthode n'est pas employée. La dilatation du col est généralement rapide tant chez les primipares que chez les multipares; la durée de

la période de dilatation est sensiblement réduite, ceci résulte, sans aucun doute, du relâchement très rapide du col et du périnée. Quant à la période d'expulsion, elle semble peut-être un peu plus longue, parce que les contractions utérines seules suffisent rarement, sans l'aide de l'action des muscles abdominaux, à provoquer l'expulsion du fœtus. Mais, comme les muscles abdominaux sont en quelque sorte inhibés, il s'ensuit que la parturiente devient incapable de pousser.

A ce moment, un forceps à la vulve est souvent nécessaire. Mais les tissus cervicaux et périnéaux sont tellement relâchés que le forceps et l'épisiotomie deviennent des procédés plutôt ordinaires.

Le cœur *fœtal* n'est pas affecté. La tension artérielle est quelquefois légèrement diminuée.

Pendant que la mère est sous analgésie caudale continue, une attention particulière doit être portée aux organes respiratoires du bébé, car en général les nouveau-nés respirent dès que le nez a traversé le périnée. La respiration qui débute vite et spontanément est l'une des caractéristiques de la présente méthode; par ce moyen, pas de résurrection à opérer.

Le décollement et l'expulsion du placenta se font rapidement sans l'aide d'ocytociques. La perte de sang est de 30 à 90 c.c. en moyenne. Il arrive souvent que l'épisiotomie produise une hémorragie plus considérable que celle de l'utérus.

Il n'existe absolument pas de complications *post-partum*. Sur un groupe de 160 patientes, la moyenne du travail fut de 4 heures et demie à compter de l'analgésie; le temps a été minutieusement enregistré. Il est à noter, et c'est important, que la plupart de ces parturientes étaient des primipares et que l'injection fut donnée dès qu'on se fut assuré que le travail était définitivement commencé.

Pendant le travail, de même qu'après la délivrance, les parturientes peuvent prendre de la nourriture liquide et solide, le procédé ne causant aucun ennui gastro-intestinal et le métabolisme demeurant normal. (Ici je dois dire que nous n'avons pas fait de métabolisme, mais qu'il a été recherché par Hingson et Edwards.)

Il y a parfois quelques nausées ou vomissements au cours de la dilatation du col, mais ceci n'est que transitoire et de courte durée.

Les suites de couches ne sont pas modifiées par la méthode.

CONTRE-INDICATIONS.

1. une déformation de la colonne vertébrale et du bassin et en particulier du sacrum;
2. tumeurs du bassin;
3. une infection locale avoisinant l'hiatus sacré;
4. dermatites telles que la furonculose généralisée et autres dermatites;
5. hypersensibilité de la patiente aux médicaments employés;
6. disproportion du fœtus et du bassin;
7. placenta *prævia*;
8. chez les hypotendues et les anémiques;
9. chez les hystériques;
10. obésités.

INDICATIONS.

1. patiente porteuse d'hernie;
2. chez les pré-éclampsiques et hypertendues avec albuminurie;
3. chez les cardiaques;
4. dans les maladies respiratoires.

CONCLUSIONS

1. Ce procédé d'analgésie en obstétrique, permet un accouchement sans douleur, sans risque pour la mère et l'enfant.
2. L'analgésie est contrôlée et précise, grâce au perfectionnement des appareils et de la technique qui triomphent des ennuis dérivant de l'anesthésie caudale antérieure.
3. L'analgésie peut être commencée à n'importe quelle période du travail, pour être continuée aussi longtemps que nécessaire.
4. L'organisme vital de l'enfant ne court aucun risque.
5. La délivrance est plus rapide, moins pénible.
6. D'après expériences faites, les complications ultérieures sont moins fréquentes.
7. Ce procédé comporte une nouvelle technique d'analgésie, laquelle devrait être enseignée par les experts qui ont fait des expériences avant la mise en pratique.
8. De toute évidence, le succès du procédé est basé sur la compétence réelle en obstétrique, puisque certains cas entrent dans la catégorie des contre-indications; il faut également savoir éviter toute intervention risquée ou précipitée et être à même de se rendre compte, d'après les caractéristiques observées, du progrès du travail.

LA TECHNIQUE DE L'ANESTHÉSIE CAUDALE CONTINUE

Par **Jean CHAMPEAU**,
Médecin de l'hôpital de la Miséricorde (Montréal).

Employée avec précaution et habileté, l'analgésie caudale continue avec la « Métycaïne » est absolument exempte d'accident.

Il y a tout de même certains dangers que nous devons connaître avant de procéder. Comme dans toutes techniques médicales, la pratique et l'expérience nous rendent service. Le succès et la sûreté de sa pratique dans les premiers cas sont augmentés par l'étude et l'observation des enseignements des professeurs.

La manœuvre la plus difficile est l'insertion de l'aiguille dans le canal sacré. Chez la plupart des patientes, elle est plus facile qu'une ponction lombaire. Chez les obèses et avec certaines anomalies sacrées, cette insertion devient difficile ou même impossible.

Il y a un premier danger, celui de briser cette aiguille malléable, manufacturée par « Becton Dickson Co. » Une manœuvre à éviter, c'est de provoquer une analgésie prolongée au delà de la dure-mère dans l'espace sous-arachnoïdien.

En troisième lieu, l'injection intraveineuse ainsi que l'infection doivent être absolument évitées.

La possibilité d'injecter dans une veine est diminuée en dirigeant l'aiguille vers la partie dorsale du canal sacré après avoir traversé le ligament sacro-coccygial.

L'aiguille caudale spéciale est trop courte pour atteindre la dure-mère si l'anatomie du canal sacré et la dure-mère sont normales. Nous pouvons pratiquer une injection initiale de 8 c.c. dans le canal sacré, et attendre s'il surviendra une réaction.

Cette quantité ne produit aucun effet si elle est injectée dans l'espace péri-dural. Tout de même cette quantité est suffisante pour produire une petite analgésie si la dure-mère a été percée. Alors la « Métycaïne » produit chez la patiente une faiblesse et même une sensation de perte de sensibilité dans les jambes.

La pénétration de la dure-mère par l'aiguille caudale devient une absolue contre-indication de l'emploi de l'analgésie caudale. C'est pourquoi on peut calculer que l'ouverture ainsi pratiquée par l'aiguille est suffisante à laisser pénétrer trop de solution de « Métycaïne » et causer une anesthésie trop profonde. Comme traitement de l'ano-

xémie, on donne de l'oxygène et on pratique la respiration artificielle durant une heure, assez longtemps pour permettre le métabolisme de la « Métycaïne ».

L'ampoule de 5 c.c. contient 1 gramme; on en fait une solution à 1½% en versant deux ampoules dans 135 c.c. de sérum isotonique.

En obstétrique, on prépare la parturiente à recevoir l'analgésie caudale lorsqu'elle est en travail. Le meilleur résultat est obtenu lorsqu'on calme une contraction qui dure au moins 30 secondes et que le col est effacé à demi et dilaté de 25 à 50 sous.

Hingson et Edwards n'ont pas employé de barbituriques avant de pratiquer l'anesthésie caudale. La patiente peut garder sa chambre ou être amenée à la salle des parturientes.

Il est à propos de lui expliquer le mode d'action de cette anesthésie et de lui demander sa coopération.

Tout au début, faisons pratiquer un lavement, s'en abstenir si le travail est trop rapide. La patiente repose sur son côté gauche. Son genou droit est attiré en avant, sa cuisse et sa jambe gauches légèrement fléchies, tout le corps sur un plan horizontal. Nous pouvons aussi employer la position génu-pectorale, qui fatigue plus rapidement la malade.

Une scrupuleuse asepsie est toujours nécessaire. Un bon badigeonnage de la peau est fait avec un bon antiseptique et la patiente recouverte d'une serviette stérilisée.

L'introduction de l'aiguille.

a) L'hiatus sacré est localisé à 1½ ou 2 pouces au-dessus de la pointe du coccyx.

Si la phalangette du médius gauche localise la pointe du coccyx, la pulpe du pouce découvre le U ou le V. Le médius prend la place du pouce et marque l'endroit de l'hiatus.

Si l'hiatus sacré est anormal ou s'il peut difficilement être palpé, une tentative d'anesthésie caudale ne peut être risquée que par un médecin expérimenté.

Chez les obèses, l'introduction de l'aiguille est très difficile, voire même impossible. Il est essentiel de localiser les deux crêtes osseuses et de les reconnaître pour repérer l'hiatus.

b) Quand une patiente repose sur le côté, les tissus mous de ce côté sont anesthésiés par gravité.

Quand l'hiatus est localisé, on anesthésie la peau en injectant la « Métycaïne » dans le derme en effectuant un bouton anesthésique d'une dimension d'une pièce de 5 cents. A travers ce bouton intradermique anesthésié, au moyen d'une aiguille d'une longueur de 2 pouces (n° 22) on infiltre la surface du ligament sacrococcygial.

L'aiguille spéciale, malléable avec stylet, est introduite dans le centre dans la direction de l'hiatus à un angle de 45 degrés avec la peau.

L'aiguille est poussée à peu près au niveau de la deuxième vertèbre sacrée, le biseau regardant la face postérieure du canal sacré. Le tube, muni d'un embout spécial, est alors adapté à l'aiguille.

On ajuste la seringue et on aspire, aucun liquide ni sang ne doit revenir dans la seringue. Ensuite on injecte de l'air tout en tenant la main appuyée sur le sacrum pour constater l'absence de crépitements sous les tissus mous. On injecte d'abord 8 c.c. pour constater les effets. Si tout va bien on procède à l'injection de 35 c.c. tout en tenant la main fermement appuyée sur le sacrum. Cette dose est habituellement suffisante pour atteindre un niveau d'analgésie complète. Des injections supplémentaires de 20 c.c. à toutes les 30 à 40 minutes sont suffisantes à continuer l'analgésie. On recherche la sensibilité le long de la colonne et en avant, du pubis à l'ombilic.

L'insensibilité doit exister jusqu'à l'ombilic, ne jamais dépasser l'appendice xiphoïde. Habituellement le niveau d'analgésie est plus élevé sur le côté sur lequel repose la patiente. Il faut pour corriger cette différence de niveau changer la malade de côté. Pour maintenir l'asepsie du piston de la seringue, il faut le tenir dans le fond du baril.

Une autre technique a été proposée par Adam, Landry, et Seldon. Avec une aiguille n° 13 in-

troduite dans le canal sacré, on passe un cathéter urétéral dans le canal sacré. On retire l'aiguille et on injecte les solutions par le cathéter.

Les complications sont rares

Voici les principales qui pourraient éventuellement se montrer:

1. L'infection.
2. Une anesthésie spinale massive et malencontreuse.
3. Une injection intraveineuse.
4. Une intoxication aiguë causée par l'absorption de l'agent analgésiant au niveau des capillaires ou des lymphatiques. Cette intoxication arrive très rarement avec la « Métycaïne ».
5. On note habituellement un abaissement de la P.A. sans conséquence. Si cette P.A. s'abaisse trop, on injecte 0 gramme .025 de sulfate d'éphédrine intraveineuse.

En août, au « Lying-in Hospital », les statistiques de 10,000 cas ont montré 85% de plein succès; 2% de ces cas ont eu des réactions nerveuses, 7% ont eu des nausées ou vomissements qui sont dus au spasme pylorique.

Inspirons confiance à nos patientes. Donnons si besoin un verre de lait sucré pour apaiser leur soif.

Aux moments de l'expulsion, 3% doivent subir un sondage de vessie.

Au « Lying-in Hospital », on a déploré:

- 1 cas de mort par septicémie;
- 1 cas d'abcès péri-dural;
- 1 cas de mort par goutte à goutte de la solution analgésique;
- 2 morts par injection intraveineuse;
- 1 mort pour avoir transpercé le rectum et la tête fœtale.

A l'hôpital de la Miséricorde, nous avons une statistique de 150 à 175 cas, avec succès dans 80%.

D'autre part, nous avons observé un cas de réaction méningée, un cas où la dure-mère fut traversée, plusieurs cas d'injection intraveineuse, un cas de fibrome terminé par césarienne.

*
* *

Les doses furent injectées aux heures suivantes:

Voici deux histoires de cas de patientes accouchées avec l'anesthésie caudale.

Un cas de grossesse gemellaire. Présentation de deux sommets.

Marie Esther, est une primipare âgée de 20 ans. Son état général est parfait. Elle pèse 146 lbs et son système osseux est partout normal.

Sa grossesse est à terme et le travail est déclenché. Au début de l'anesthésie, la patiente a de très bonnes douleurs et présente une certaine nervosité. A l'examen vaginal, on trouve un col à demi effacé et une dilatation de 50 sous.

Les doses ont été injectées aux heures suivantes:

Dose	Heure	P.A.	Remarques
35 c.c.	6.50 p.m.	150-90	
20 c.c.	7.20		
20 c.c.	8.15	140-90	8.10 heures p.m., petite paume
20 c.c.	8.45		
8 c.c.	8.50		
20 c.c.	9	130-92	
15 c.c.	9.15		
20 c.c.	9.30	120-85	
20 c.c.	9.45		
15 c.c.	10.25		10.25 heures p.m., grande paume
20 c.c.	10.55		
15 c.c.	11.20	132-72	
20 c.c.	12.15	135.75	11.30 heures dilatation complète accouchement

Ces deux patientes ont eu une anesthésie caudale parfaitement réussie.

Dose	Heure	Temp.	Pouls	Resp.	P.A.	Remarques.
35 c.c.	7.25 p.m.	98.4	46	28	110-70	8.10 heures p. m., grande paume.
25 c.c.	7.45					
20 c.c.	8	98.3	90	26	110-70	
20 c.c.	8.30					
20 c.c.	9		80	24	105-70	
10 c.c.	9.05					9.05 heures p. m., très grande paume.
20 c.c.	9.10	98.2	78	22	105-65	
15 c.c.	9.13					
20 c.c.	9.35		80	24	110-70	
25 c.c.	10.05					10.05 heures p.m., dil. com- plète, accouchée de jumeaux à 1.10 a.m. et 1.20 a.m.
20 c.c.	10.35				126-70	
30 c.c.	11.20					
40 c.c.	12					
20 c.c.	12.15		72	24	140-80	Forceps et épisiotomie.

Etiennette Marie est la deuxième patiente présentée sous anesthésie caudale. C'est une primipare de dix-huit ans à terme.

Sa grossesse fut normale. Son état général ne présente rien de particulier.

Le travail est en marche. Au début de l'anesthésie, la patiente ressent de très fortes douleurs. Elle est bien disposée à recevoir ce genre d'anesthésie. Elle est calme et accepte les manipulations sans présenter aucune appréhension. Le toucher vaginal révèle un col épais de deux centimètres et dilatation de cinquante sous.

La première grossesse gemellaire était une patiente nerveuse qui a difficilement coopéré. Nous lui avons injecté une quantité globale de 330 c.c. de Métycaïne à 1½%.

Les injections furent à peine espacées de vingt-cinq à trente minutes. Sans cette continuité rigoureuse, les douleurs réapparaissaient. Il a donc été nécessaire de bien suivre cette patiente.

La deuxième eut une anesthésie des plus normales. Les injections furent espacées de trente à quarante minutes et la somme globale fut de deux cent cinquante c.c. de Métycaïne.

MOUVEMENT MÉDICAL

L'ASEPSIE INTÉGRALE DES SALLES D'OPÉRATION D'APRÈS M. GUDIN¹

Par Pierre SMITH

Chirurgien de l'hôpital Saint-Luc (Montréal).

« L'infection par les germes de l'air n'aurait jamais dû faire de doute pour personne, puisque c'est Pasteur lui-même qui nous l'a apprise dans sa géniale communication à l'Académie de Médecine, en 1878. » — M. Gudin.

« Il est bien connu qu'à la fin de l'opération la plus correcte, la plaie opératoire que l'on va fermer n'est pratiquement et jamais absolument sans germes. »

Lecène et Leriche (Thér. chir., p. 4).

Le fait essentiel qui domine toute l'histoire de la chirurgie est la lutte constante des chirurgiens contre l'infection des plaies opératoires.

Cette lutte contre l'infection peut être divisée en trois périodes distinctes:

La première période, qui persiste jusque vers la fin du siècle dernier, est caractérisée par l'ignorance de l'existence des microbes. Ce fut la période de la cicatrisation « par seconde intention », avec ses conséquences redoutables, la septicémie, la pyohémie, la gangrène gazeuse, le tétanos, etc.

La deuxième période commence avec les premières notions de l'existence des bactéries; elle est caractérisée par la possibilité de contrôler partiellement l'action nocive des microbes au niveau de la plaie opératoire, à l'aide de la méthode antiseptique de Lister et de l'asepsie préconisée et instaurée par Terrier. Cette deuxième période voit donc apparaître la cicatrisation « par première intention » en rapport direct avec les heureux résultats opératoires qui sont vraiment extraordinaires en comparaison de ceux obtenus au cours de la période précédente.

La troisième période est caractérisée par la

stérilisation totale, le seul procédé permettant l'asepsie intégrale, et partant la réalisation d'un mode de cicatrisation jusqu'ici inconnu, la cicatrisation en milieu rigoureusement aseptique, c'est-à-dire la cicatrisation pasteurienne qui modifie profondément et au mieux les résultats opératoires.

Cependant, même à l'heure actuelle, on continue à opérer avec des instruments et du matériel qui, parfaitement stérilisés à l'étuve ou à l'autoclave, deviennent immédiatement septiques dès qu'ils sont exposés à l'air ambiant. Pour se rendre compte de ce fait, il suffit d'exposer à l'air des salles d'opérations les instruments et le matériel ainsi stérilisés, de les placer dans un milieu de culture approprié et d'en faire ensuite l'examen bactériologique, pour constater à coup sûr la présence de nombreuses colonies microbiennes.

Il est très important en pratique de comprendre les conséquences de cet état permanent et inévitable de contamination inhérent à la méthode d'asepsie relative, c'est-à-dire associée à un certain degré de contamination microbienne, méthode qui comporte une source fondamentale d'erreurs.

Il est évident que la période post-opératoire, basée sur cet état d'équilibre instable, demande une vigilance constante, en raison de la possibilité d'accidents toujours à redouter.

Nous pouvons même en toute logique penser que la maladie post-opératoire elle-même est, en très grande partie, tout simplement due à l'infection.

Parmi les facteurs essentiels d'infection opératoire: peau du malade, équipement ou matériel opératoire, air atmosphérique, il est au-

1. Ce travail a été présenté au XVIIe Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord. Il consiste en un relevé textuel de passages choisis dans les articles du Professeur Maurice Gudin, mentionnés à la bibliographie.

jourd'hui nettement démontré que, dans l'état actuel de la chirurgie, c'est la contamination de l'air qui est la cause de la grande majorité de ces accidents.

Ces accidents varient à partir d'une simple déhiscence de la paroi au niveau des sutures, jusqu'à la mort du patient.

Il résulte encore de cet état de choses que les collections sanguines et séreuses provoquées par l'acte opératoire s'infectent constamment et suppurent avec la plus grande facilité, raison pour laquelle on cherche à les éviter en les drainant préventivement. Pour les mêmes raisons on constate une intolérance manifeste pour tout corps étranger laissé à demeure dans l'organisme (fils, plaques métalliques, vis ou agrafes d'ostéosynthèse, greffes, etc.), intolérance variable suivant les circonstances diverses.

C'est encore pour la même raison que le drainage est simultanément un agent d'évacuation et de contamination. Encore et toujours pour cela que, dans tous les cas à foyer septique préexistant (tuberculose osseuse, abcès ossifluents, empyèmes, phlegmons, ostéomyélites, voies urinaires infectées, etc.), il y a superposition de l'infection aérienne à celle déjà existante et qu'il en résulte toutes sortes d'associations microbiennes dont les effets nuisibles sont souvent méconnus.

L'air, facteur permanent d'infection opératoire, agit: 1° par les germes qui y existent en suspension; 2° par l'effet de l'augmentation de leur quantité provoquée dans la salle par toute personne, véhicule ou matériel venant du dehors; 3° comme élément de transport des germes qui émanent des voies respiratoires et digestives des occupants de la salle; 4° sous l'influence de sa température, de la présence de l'eau, qu'on y trouve sous forme de vapeur, des gouttelettes de Flügge, et des gouttelettes microscopiques de Trillat de l'Institut Pasteur.

Celles-ci, de la grandeur du micron, doivent retenir tout particulièrement l'attention, car, grâce à la présence des « gaz aliments », les germes pathogènes y prolifèrent abondamment et, échappant à l'action de la pesanteur, elles les transportent à de grandes distances et pénètrent,

malgré l'appareil défensif, avec la plus grande facilité et très rapidement jusqu'aux alvéoles pulmonaires.

D'autres facteurs, ionisation, variations brusques de la pression, condensation sur des surfaces refroidies, etc., sont encore à considérer.

C'est uniquement pour lutter contre l'infection aérienne que l'on a construit des salles d'opérations à carrelages, murs lisses, angles arrondis, facilement lavables, salles dites à tort aseptiques, car, encore une fois, si l'on y expose des boîtes de Pétri, on recueille toujours un nombre plus ou moins considérable de germes microbiens.

Les germes pathogènes qu'on y a trouvés ne diffèrent que par leur moindre quantité de ceux qui existent constamment dans les salles d'hôpitaux. On y révèle comme élément pathogène prédominant le staphylocoque, mais on y trouve aussi le streptocoque viridans ou hémolytique, le colibacille, le pyocyanique chromogène ou achromogène, le pneumocoque, le bacille tuberculeux, le tétanique ainsi que différentes variétés d'anaérobies, selon le hasard des circonstances.

Quénu et Landel ont montré qu'en exposant des boîtes de Pétri, de 65 cm² de surface, pendant 10 minutes en moyenne, on obtenait approximativement 80 colonies par boîte.

Ils ont montré que la présence d'assistants dans la salle, portant des blouses stérilisées, augmente du simple au triple ou au quadruple, le nombre de germes en suspension. Ils ont constaté qu'en injectant à des cobayes une certaine quantité de poussières recueillies dans la salle on produisait des abcès, des phlegmons et des septicémies confirmant ainsi les expériences de Miquel à ce sujet. Flügge a montré que, même en parlant bas, on contaminait à plusieurs mètres de distance des plaques exposées. On a constaté ultérieurement que, même masqué, l'opérateur contamine à petite distance des plaques, quand il parle, mais que le fait ne se produit pas s'il observe le silence. Tous ces faits ont leur conséquence logique. Quénu conclut son remarquable mémoire en disant « que s'il est possible d'exécuter avec succès, dans un milieu septique, un plus ou moins grand nombre d'opérations, on ne peut répondre que dans certaines circonstances,

difficiles à déterminer d'avance, il n'y aura pas, du fait de la viciation de l'air, une cause d'erreur ou d'accident », et il ajoute: « Il ne convient donc pas d'avoir pour la pureté de l'air des salles d'opérations le dédain que paraissent afficher certains chirurgiens. » L'expérience n'a fait que confirmer ces affirmations si judicieuses.

Le chirurgien, en opérant d'après les règles de la méthode dite aseptique, commet toujours *une faute d'asepsie* inhérente à la méthode et dont il n'est pas responsable.

Les effets de cette contamination permanente de la plaie opératoire se manifestent en pratique sous des formes variées. Ils vont d'un simple ennui post-opératoire jusqu'à la mort, d'un fil qui s'élimine à une septicémie. E. Seifert, se basant sur une statistique chirurgicale de dix années à la même clinique, constate que l'on observe la suppuration des plaies opératoires dans 10 pour 100 des cas chez les individus maigres, et que cette proportion s'élève à 35 pour 100 chez les sujets gras.

Ses effets sont particulièrement sensibles et très nets dans la cure des éventrations dont la proportion « d'échecs avoués » va de 10 à 16 pour 100, échecs d'autant plus pénibles que la situation du malade est toujours pire après qu'avant l'opération.

En matière de hernies, la situation est assez analogue. Erick et Halsted, dans leur statistique, signalent trois cas de mort par péritonite ainsi que 30 pour 100 de récidives après suppuration.

En chirurgie cérébrale et médullaire, Cushing, Djorup et d'autres accusent une mortalité qui varie de 5 à 13 pour 100.

Tous les chirurgiens connaissent, par ouï-dire ou par expérience personnelle, des cas de péritonite ou de septicémie survenant inopinément et qui ne trouvent leur explication que dans l'infection aérienne. Jean-Louis Faure, Proust et particulièrement Irving, qui en fit la preuve, les ont signalés.

En chirurgie osseuse, surtout en matière d'ostéosynthèse, étant donné la faible capacité de défense du tissu osseux, le rôle de la contamination aérienne est particulièrement néfaste. Les

accidents auxquels elle donne lieu, justifient l'opinion de Boehler qui a soigné plus de 10,000 fractures: « Des milliers de vies humaines lui ont été offertes en holocauste et elle a fait plus encore d'estropiés. »

Il ne s'agit pas là d'une « simple question d'asepsie », comme l'a affirmé Lambotte, car, ainsi que nous l'avons démontré, la contamination de la plaie se produit toujours.

Le problème d'ailleurs n'est sûrement pas si simple, car il attendait sa solution depuis 1865.

La vérité, si on n'emploie pas la stérilisation totale, est celle exprimée par Houdart et Gradet: « Certes nous n'évitons pas encore ces accidents. »

Harold Neuhof et Arthur Hauses (*Ann. of Surgery*, mars 1930), sur 800 autopsies consécutives à des opérations diverses, sont arrivés à la conclusion que l'infection est responsable de la mort, dans une proportion variant entre 40 et 50 pour 100 selon les cas. Ils ont constaté également que très souvent la mort n'avait guère été attribuée à cette cause. Ces chiffres sont impressionnants. Ils montrent bien combien il reste à faire en chirurgie en matière d'infection.

Signalons le rôle important en chirurgie abdominale de l'infection exogène, d'autant plus conséquent qu'il s'agit de plaies opératoires à grande surface exposées pendant un laps de temps souvent considérable et qu'il y a forcément maintes fois superposition de contamination endogène préexistante.

Dans un courageux article, R. Stich étale au grand jour les accidents péritonéaux qu'il a pu observer au cours de sa pratique chirurgicale. Une consciencieuse statistique montre que le danger de la péritonite existe encore, depuis la laparotomie exploratrice qu'elle grève de .71 pour 100 de mortalité, les opérations gastriques de 3.5 pour 100, jusqu'à l'amputation du rectum où elle entraîne la mort dans 17 pour 100 des cas.

Il est juste de dire que le danger est surtout grand dans les opérations pour le cancer. Il existe cependant dans toutes les interventions, et c'est un fait qu'il aime à répéter dans son enseignement aux jeunes chirurgiens.

Ce rappel, très sommaire d'ailleurs, des aléas et des échecs de la méthode dite « aseptique » confirme en tous points ce qu'a dit Pierre Delbet: « L'asepsie est ou elle n'est pas. Tant qu'on ne l'a pas atteinte, il faut s'efforcer d'y arriver, sans chercher à décorer d'épithètes consolatrices les états imparfaits que l'on traverse en chemin. »

LA STÉRILISATION TOTALE

Il est évident qu'on ne peut supprimer l'infection exogène qu'en opérant dans un milieu aérien stérile. Pasteur a d'ailleurs très nettement formulé cette conception au point de vue expérimental, et parfaitement bien prévu la difficulté de sa réalisation.

Songeant à obtenir une plaie opératoire « à l'air pur », parfaitement stérile, « l'expérience serait délicate », disait-il en janvier 1875, à l'Académie des Sciences.

Pour exécuter une opération sans infection exogène de la plaie, il n'y a qu'une solution possible, c'est de la faire dans une salle absolument dépourvue de germes microbiens au moment de l'opération. Il est de toute évidence qu'il ne s'agit pas de stériliser seulement l'air, mais que parois et tout objet y contenu, doivent être également stérilisés.

Pour remplir ce but, il faut:

1° disposer d'un procédé capable, non seulement de tout stériliser, mais de permettre une parfaite respirabilité dans l'air d'une salle hermétiquement close, sans y laisser pénétrer l'air extérieur;

2° empêcher ultérieurement, au moment de l'emploi, par des moyens appropriés, la contamination de ce milieu stérile.

LE PROCÉDÉ

Le procédé utilisé consiste fondamentalement à employer un agent antiseptique gazeux, l'aldéhyde formique, en lui proportionnant toute facilité de pénétration partout, en faisant en plus un brassage énergique de l'air par des ventilateurs, puis, une fois la stérilisation obtenue, à la neutraliser, d'abord au moyen de l'ammoniaque également gazeux, dans les mêmes conditions de facile pénétration, puis à retirer de l'atmosphère de

la salle le produit de cette combinaison chimique (urotropine) mélangé à un léger excès d'ammoniaque, en faisant barboter l'air dans une solution d'acide tartrique dans de l'eau stérilisée, dans laquelle l'héxaméthyle-tétramine se dissout et l'ammoniaque se transforme en tartrate soluble.

Ainsi, tout est stérilisé et l'air, revenu à sa composition initiale, est parfaitement respirable.

L'APPAREIL

L'appareil utilisé et dénommé « stérilisateur total » est constitué par deux ou quatre plaques d'un fourneau électrique, sur lesquelles sont posés les ballons en verre contenant le formol et l'ammoniaque, et d'un réservoir contenant la solution d'acide tartrique au travers de laquelle on fait passer l'air au moyen d'une soufflerie électrique. Il est manœuvré de l'extérieur au moyen d'un tableau de commande électrique.

La stérilisation du matériel opératoire peut être faite, comme d'habitude, par la chaleur. Il faut alors absolument introduire à l'avance, dans la salle d'opérations, les boîtes contenant le matériel opératoire stérilisé, mais qui ont déjà été contaminées extérieurement, par les mains et par l'air, et il faut les exposer sur une étagère à filet, convenablement, pour qu'elles soient restérilisées.

La stérilisation totale des salles ordinaires.

On peut très bien obtenir un milieu aérien stérile et respirable dans une salle quelconque. Il suffit pour cela d'en calfeutrer soigneusement toutes les issues par les procédés connus. Il est toutefois évident que, ne possédant pas le moyen d'isoler la salle stérilisée de l'air extérieur septique, on ne peut pratiquer dans de bonnes conditions que la première opération, ce qui, d'ailleurs, rend déjà des services signalés.

La ventilation réfrigérée.

Dans une salle d'opérations ordinaire, nous trouvons généralement assemblées toutes les conditions favorables à la transpiration: stagnation obligatoire de l'air dans le but d'éviter de soulever les poussières et les courants d'air froid, degré hygrométrique de plus en plus accentué à mesure que se prolonge la séance opératoire, tem-

pérature suffisamment élevée pour éviter le refroidissement du malade.

Or, il est de toute première importance, au point de vue infection, d'éviter la transpiration du malade et du chirurgien, et elle est abondante sans qu'on arrive à des degrés excessifs. Ce qu'il faut, c'est de pouvoir opérer sans infection, dans de bonnes conditions de « température effective ». On entend par là le rapport des indications du thermomètre sec, du degré hygrométrique et de la vitesse de circulation de l'air, qui nous permet d'y arriver. Nous n'entrerons point, ici, dans les détails de ces problèmes éminemment complexes qui se présentent au point de vue chirurgical, en milieu stérile, sous une forme tout à fait particulière à l'encontre des notions généralement admises. Nous utilisons maintenant, après étude et mise au point, un procédé de ventilation réfrigéré en milieu hermétique stérile, par récirculation totale de l'air, qui correspond, en tous points, aux nécessités chirurgicales.

Nous avons adopté, comme « température effective », le rapport de 23 à 25 pour cent du thermomètre sec, 50 à 55 pour cent de degré hygrométrique, 0.25 à la seconde pour la vitesse de circulation de l'air. C'est parfait au point de vue pratique.

Conditions à remplir pour l'exécution de l'acte opératoire.

Nous avons fait remarquer avec insistance que, pour opérer sans infection de la plaie, il faut qu'il y ait absence totale de germes au moment de l'opération. Il ne suffit pas de stériliser totalement une salle, encore faut-il ne pas la contaminer. Il faut faire en sorte que:

- 1° Il y ait interposition entre la salle d'opérations et l'air extérieur de deux, ou mieux de trois compartiments étanches stérilisés pour le passage successif à travers eux du malade, et aussi de deux pour le chirurgien.
- 2° Que le malade et le chirurgien soient totalement revêtus d'un habillement spécial stérilisé — le scaphandre — endossé en milieu stérile, qu'il porte un masque en dessous, et qu'il observe le silence.

- 3° Que les personnes qui assistent à l'opération soient *complètement isolées* du milieu opératoire: salle à deux étages.

Le chirurgien, débarrassé de ses vêtements et de ses chaussures, pénètre dans le premier compartiment étanche stérile, réduisant au minimum le temps d'ouverture de la porte.

Il chausse une paire de souliers de tennis stérilisés, procède au lavage très soigné des mains et passe dans le second compartiment étanche où il endosse l'habillement spécial, dénommé scaphandre, et les gants.

Ainsi préparé, il pénètre dans la salle d'opérations.

Pour le malade, stérilisation de sa peau et habillement dans le premier compartiment, anesthésie sur la table d'opérations mobile dans le deuxième, puis on pousse la table d'opérations dans la salle. Etant donné que le chirurgien et son aide ont la facilité de saisir avec leurs gants le matériel opératoire qui se trouve à leur disposition sur l'étagère à filets, un seul aide est suffisant dans la grande majorité des opérations. L'opération terminée, on fait repasser le malade sur la table d'opérations dans le deuxième compartiment étanche, et on fait rentrer le suivant. Tout cela est extrêmement facile à réaliser et ne change pas grand'chose aux habitudes courantes.

La concrétisation pratique de ces idées, consécutives à des faits scientifiques solidement établis, est beaucoup plus simple qu'on ne peut se le figurer au premier abord et demande assurément beaucoup moins d'efforts et de sacrifices aux habitudes acquises par la routine, que quand il a fallu passer de la méthode antiseptique à la méthode aseptique.

Conclusions

On ne peut concevoir l'exécution d'une opération chirurgicale à l'abri de l'infection exogène que dans un milieu à air stérile.

Il ne faut pas croire que l'idée est neuve et révolutionnaire. Elle est même la première en date puisqu'elle remonte à Pasteur (1865).

Ce qui est nouveau, c'est sa mise en pratique. De l'application réglée et systématique de cette méthode, il s'ensuit un changement radical dans l'évolution de la plaie opératoire. Il en résulte: 1° que la cicatrisation des plaies opératoires est amicrobienne et aplegmasique; 2° que les épanchements hématiques et séreux, parce que non infectés, se résorbent naturellement; 3° que les corps étrangers non résorbables (fils, plaques métalliques, etc.), laissés à demeure dans l'organisme sont parfaitement bien tolérés; 4° que le drainage n'est plus un facteur de contamination et qu'on le supprime dans la très grande majorité des cas; 5° que, dans les cas à foyer septique endogène, on se met à l'abri des conséquences des associations microbiennes.

Voilà donc des faits nouveaux en chirurgie. Il en résulte que tous les aléas inhérents à la méthode dite aseptique disparaissent du terrain de la chirurgie opératoire.

Ces aléas sont, comme il a été démontré, beaucoup plus importants qu'on ne pourrait croire à première vue, puisqu'ils arrivent même à provoquer la mort.

Nous possédons donc, grâce à la stérilisation totale, un moyen assuré de réduire plus encore le taux de la mortalité, d'atténuer la morbidité opératoire, proportionnant aux malades une plus grande sécurité et des suites opératoires plus bénignes et plus rapides.

L'assurance que nous possédons de pouvoir, dès aujourd'hui, exécuter nos opérations sans la moindre contamination exogène, nous donne la

confiance nécessaire pour élargir notre rayon d'action, car la sécurité qui résulte de l'application de cette méthode entraîne, sur bien des points, des changements sensibles dans les indications opératoires.

Au point de vue économique — dont l'importance croît de jour en jour — on réalise une diminution de 60 pour cent dans les frais de matériel opératoire, au moyen de la stérilisation chimique.

Ce n'est pourtant pas encore là que réside le très grand intérêt économique de la stérilisation totale: c'est dans la très grande réduction du temps d'hospitalisation des opérés, qui se trouve réduit en moyenne de 40 pour cent.

C'est une technique simple, précise, réglée sur une base scientifique irréfutable. Ce qui est bien certain, c'est que la chirurgie ainsi exécutée, à l'abri de l'infection exogène, n'est plus tout à fait la même chirurgie et qu'elle conduit à des résultats jamais atteints jusqu'à ce jour.

BIBLIOGRAPHIE

- M. GUDIN. « Méthode opératoire stérile. » *Presse Médicale*, 38: 516 (16 avril) 1930.
- M. GUDIN: « Infection opératoire et stérilisation totale. » *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, 61: 994 (20 juillet) 1935.
- M. GUDIN: « Asepsie fictive et stérilisation totale. » *Presse Médicale*, 44: 355 (4 mars) 1936.
- M. GUDIN: « The third phase of Surgery. » *Ann. of Surg.*, 115: 452 (mars) 1942.

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.

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

L'Union Médicale du Canada
(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

Tome 73 — N° 5 Montréal, mai 1944

LA CURE QUI S'IMPOSE...

Les réunions médicales vont en mai se faire nombreuses et instructives. Il est de toute importance que les dates en soient soulignées dans l'agenda de chacun et que, toute affaire pressante mise à part, de larges heures soient retenues et réservées aux assemblées médicales.

Le Congrès qui doit avoir lieu à Toronto, du 22 au 26 mai, attirera bon nombre des membres de l'*Association Médicale Canadienne*, car le programme en est attrayant et de nature à instruire. Mais le déplacement est d'importance et n'est pas à la portée du plus grand nombre, d'autant plus qu'au début de septembre, il y aura à Québec le Congrès de l'*Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord* qui va demander la migration dans la Vieille Capitale d'une proportion imposante de médecins de la région montréalaise.

Il est pour ceux-ci, cependant, une occasion de satisfaire à ce besoin que nos collègues américains connaissent de longue date et assouvissent chaque année ou presque: *la cure de rafraîchissement scientifique*. La *Société Médicale de Montréal* organise depuis plusieurs années, pour ses membres et les médecins de la région, quatre matinées cliniques. Elles sont connues sous le nom de *Journées Médicales*. Elles auront lieu cette année les 29, 30, 31 mai et le 1er juin.

Il est clair que les présentations faites à ces réunions, et préparées à l'intention du médecin praticien, sont susceptibles d'enrichir le fonds intellectuel de ceux qui y participent; le rapporteur y gagne d'étudier à fond la question qu'il traite et donc de la mieux posséder

encore, et ceux qui l'écoutent y trouvent des notions qu'ils ignoraient ou qu'ils connaissaient imparfaitement. Le capital est augmenté sans grand effort pour les uns et avec profit pour tous; le tout au bénéfice ultime du malade. Si l'acquis professionnel est l'objectif à atteindre et le plus méritoire des mobiles, il n'est pas indifférent qu'à l'occasion de ces journées cliniques les médecins de toute une région se rencontrent, discutent et fraternisent.

Il est bon qu'à la faveur de ces séances scientifiques, il y ait un peu relâche de l'activité professionnelle coutumière et que la détente ainsi permise soit consacrée à l'étude. Le médecin, quelles que soient ses années de pratique, redevient élève, même s'il est clinicien dans un hôpital donné; il se retrouve stagiaire. Il y gagne des connaissances utiles et, d'avoir vu ce qui se fait ailleurs, il éprouve une saine émulation; mais encore faut-il vouloir et savoir voir. Que ceux qui se sentent en état de réceptivité notent bien les dates: 29 mai, 30 mai, 31 mai et 1er juin.

Edouard DESJARDINS.

LA "FONDATION NATIONALE DE LA PARALYSIE INFANTILE" ET LA MÉTHODE KENNY

Après dix-neuf mois d'expériences répétées de la méthode Kenny dans le traitement de la poliomyélite antérieure aiguë, l'Université de Minnesota présenta son second rapport à la *Fondation Nationale de la Paralysie infantile*. Ce rapport fut remis en décembre 1941 et le comité médical consultatif de cette Fondation, qui en prit connaissance, émit, après étude faite, cette déclaration:

«C'est l'opinion de ce comité que la méthode Kenny écourte considérablement la durée de la douleur et de la sensibilité aux membres du début de la maladie, et qu'elle prévient la contracture musculaire. L'état général du malade semble se maintenir meilleur du fait de la méthode Kenny, que si on a recours à tout autre procédé thérapeutique durant une période similaire.»

A la suite de ce rapport, la *Fondation Nationale* alla de l'avant et fit en sorte que toutes les régions des Etats-Unis pussent bénéficier pleinement de la méthode. On s'organisa pour instruire tous les médecins des Etats-Unis sur le sujet et pour entraîner des techniciennes. L'épidémie de 1943, où 12,401 cas furent rapportés, démontra l'opportunité de l'organisation qui avait été prudemment établie.

Jusqu'à date, neuf cents personnes ont reçu un entraînement de la méthode à la seule Université de Minnesota, où Mlle Kenny elle-même prodigua des démonstrations. La somme de \$107,000 fut versée à cette Université pour fins d'expériences cliniques et d'entraînement.

En plus, \$140,000 additionnels furent octroyés à d'autres facultés de médecine (Califor-

nie, Illinois, Indiana, Georgie, Pennsylvanie et New-York) dans le même but d'enseignement et d'entraînement de techniciens et de techniciennes.

En fait, depuis trois ans, la *Fondation Nationale* a dépensé la somme de \$500,000 pour l'étude et l'enseignement de la méthode Kenny.

Cela semble énorme pour une méthode qui n'apporte qu'un palliatif aux conséquences de la maladie, mais il faut se rappeler qu'aucun agent curatif n'existe et que la méthode Kenny semble encore, quoique très imparfaite, ce que nous puissions réaliser de mieux auprès des poliomyélitiques.

R. A.

MÉDECINE SOCIALE

RÉUNIONS DES ORGANISATIONS MÉDICALES NATIONALES¹

Toronto, 28 et 29 janvier 1944

Par C.-A. GAUTHIER,
Médecin-neurologue (Québec).

Dans la livraison de mars 1944, le docteur D. Marion a présenté un résumé des idées émises par les principales associations nationales médicales et paramédicales au cours de cette réunion tenue à Toronto, en janvier dernier.

Nous continuons, à notre tour, par la présentation aussi succincte que possible des questions à l'ordre du jour au cours des réunions subséquentes.

A la séance de l'après-midi du 28 janvier, on procéda à la nomination d'un comité de résolutions composé des docteurs F. S. Patch, A.D.A. Mason, Holbrooke et C.-A. Gauthier, de M. Burgess, de l'Association canadienne des pharmaciens, et de Mlle F. Munroe, de l'Association des gardes-malades canadiennes.

Ce comité lut, corrigea, et accepta pour présentation les résolutions qui lui furent soumises et fit la recommandation qu'elles fussent incluses dans les procès-verbaux des réunions de l'as-

semblée générale, mais n'impliquant par là ni l'acceptation ni l'appui de ces résolutions par le comité ou par l'assemblée siégeante.

La première question mise à l'étude au cours de la séance de l'après-midi fut: «Quels points principaux devraient être inclus dans un plan d'assurance-santé de façon à assurer le maximum des soins de la santé dans les régions rurales et les zones urbaines?»

En ce qui concerne les régions rurales, les docteurs Jean Grégoire, H. S. Logan, E. W. Gullitt ouvrirent la discussion en s'attachant individuellement à l'aspect de la santé publique, de la pratique médicale et de la pratique dentaire.

Le docteur Grégoire, absent, et dont les notes furent lues par le docteur McGee du Ministère provincial de la Santé d'Ontario, envisagea la question sous l'angle de la santé publique et insista particulièrement sur le besoin d'une surveillance prénatale plus poussée, sur le développement plus étendu des services des infirmières

1. Cet article fait suite au Bulletin rédigé par le docteur D. Marion et publié dans le numéro de mars 1944.

en collaboration avec le médecin de famille et sur l'établissement d'un service de neuro-psychiatrie, de consultations et traitements avec pour but principal l'hygiène mentale.

Le docteur Logan étant aussi absent, ses notes en rapport avec la pratique médicale de la campagne furent lues par le docteur H. Agnew. Il insista sur les difficultés auxquelles ont à faire face les médecins de la campagne: sensation d'isolement, difficultés de prendre des vacances et du repos, de suivre des cours postsecondaires, d'obtenir des consultations, heures de travail trop longues et rémunération inadéquate en rapport avec les responsabilités et l'effort donné.

Le docteur Archer, président de l'assemblée, prit immédiatement la parole à ce sujet; il déclara qu'un des premiers points à envisager consistait dans une distribution plus égale des médecins pour la campagne, alors qu'actuellement, dans de très grandes parties du pays, surtout dans l'Ouest, la répartition des médecins dans les campagnes était totalement insuffisante. Il déclara, de plus, que l'expérience avait montré que la création de postes de médecin municipal n'était pas toujours une conclusion satisfaisante. Il insista que ces « unités » municipales desservies par un médecin à salaire devraient être plus grandes et que l'on devrait y voir plus de médecins de façon que la qualité du service soit plus adéquate et qu'il y ait plus d'attrait de même que plus de contentement pour les médecins pratiquant dans ces conditions. Il fit remarquer que, selon le plan australien d'assurance-santé, les jeunes gens reçoivent assistance pour leur cours universitaire sous forme de prêt, mais à condition de pratiquer dans un centre rural durant une certaine période de temps avant de se dégager des responsabilités qu'ils ont encourues par cet emprunt. Il ajouta que ce problème de la pratique médicale rurale était très difficile à solutionner par une loi d'assurance-santé, et termina ses remarques en disant que, bien que la question de la spécialisation médicale fût très importante, ce problème ne semblait réellement limité qu'aux grands centres.

Le docteur D. W. Gullitt, secrétaire de l'Association dentaire canadienne, parlant au nom de cette association, entrevit qu'avec le nouveau plan d'assurance-santé le coût pour les soins

stomatologiques serait plus élevé. Il émit l'opinion que la médecine dentaire préventive devrait rester du ressort du médecin hygiéniste. Que, pour les dentistes, le meilleur mode de rémunération consistait en celui du salaire (plein temps). Il démontra que tout bon plan devait assurer pratiquement le même service dans les régions rurales que dans les villes, et que les régions rurales devraient être divisées en districts sanitaires comme pour la pratique médicale. Il préconisa un examen bi-annuel de la bouche et des dents de tous les enfants, un service dentaire prénatal et scolaire, une collaboration des dentistes avec les instituteurs, le service social, le médecin hygiéniste et le médecin de famille, et émit l'opinion que dans les régions isolées un service plus adéquat serait assuré par l'utilisation d'un wagon organisé de façon que le dentiste puisse traiter et rester à bord du train. Il termina en faisant remarquer que, par le changement de système, il était évident que l'on devait s'attendre à une perte d'indépendance du dentiste vis-à-vis de l'Etat et du client.

A la suite de ces exposés la discussion fut poursuivie individuellement; il est impossible de rapporter l'ensemble des commentaires qui furent faits par tous ceux qui y prirent part. Le sousigné ayant été chargé de prendre la parole à ce sujet, comme représentant de l'« Association des Médecins de Langue française d'Amérique du Nord », dit ceci: « Ce n'est pas mon privilège d'être médecin de campagne, mais ce que je vais dire n'est seulement que partie des choses qui me furent dites au cours de fréquentes entrevues et enquêtes parmi les médecins de la campagne. Il y a sans aucun doute un grand nombre de principes généraux qui trouveraient leur application tout aussi bien au sujet des zones rurales que des condensations urbaines, mais le temps alloué pour la discussion ne permet pas de les énumérer maintenant. Il existe cependant, à notre point de vue, certains aspects de la question se rapportant à la bonne santé des gens de la campagne qui devraient entrer en ligne de compte dans tout plan d'assurance-maladie.

1° Les laboratoires provinciaux devraient être décentralisés et de nouveaux laboratoires devraient être construits et aménagés dans certaines zones définies de la province, pour procurer

des facilités de diagnostic qui n'existent pas actuellement. On éliminerait de la sorte la distance entre les points d'expédition et ceux de réception des spécimens, la longueur de temps requise avant que les rapports du laboratoire reviennent au médecin, la perte des spécimens à cause des températures extrêmes (la gelée en hiver et l'hémolyse en été).

2° Il devrait, il nous semble, y avoir prévisions pour des séries de conférences et des cours à donner au public, possiblement sous l'égide des organisations paroissiales pour la vulgarisation et la dissémination des idées concernant la médecine préventive et curative.

3° L'augmentation des facilités d'hospitalisation et la création de nouveaux lits et hôpitaux sont urgentes, de façon que le patient et le médecin soient moins éloignés des hôpitaux, et que le consultant soit plus près du patient et du médecin traitant.

4° Les règlements devraient être rédigés de telle sorte que l'officier de santé ne soit ni un « surveillant », ni un « maître d'école » dans ses rapports avec le médecin praticien, mais au contraire qu'il soit un collaborateur habile, de tact, et diplomate, pour le bénéfice et de la population et de la profession.

5° Une rémunération suffisante et raisonnable devrait être allouée aux médecins qui désireraient s'installer dans les zones peu peuplées de façon que les gardes-malades (dont les responsabilités financières sont certainement moins élevées) n'y soient pas laissées pratiquement seules, sans médecin aux environs, mais y soient présentes, au contraire, en coopération et en collaboration avec un médecin et de façon que chacun des deux soit engagé dans ses activités professionnelles propres et respectives (en d'autres mots, de façon que la garde-malade n'ait pas à entreprendre le travail du médecin et à en porter les responsabilités). »

Le deuxième item concernant la santé dans les centres urbains fut alors soumis à la discussion, qui fut ouverte par le docteur J. B. Gillies, au point de vue pratique médicale, Mlle F. Munroe, au point de vue de l'infirmière, et le docteur J. T. Phair, au point de vue de la santé publique.

Le docteur Gillies présenta un plan complet au sujet de la formation d'« unités » médicales pour les grands centres. En se basant sur une ville de

la population de Toronto, il croit que cent-vingt (120) unités requérant six cents (600) médecins et dentistes conviendraient en rapport avec les exigences pour appliquer le nouveau plan d'assurance-maladie. Le travail du médecin, d'après lui, pourrait être règlementé de la sorte: de 9 heures à 1 heure le matin, de 2 heures à 5 heures dans l'après-midi sur rendez-vous; le soir de 7 à 9 heures, trois soirs par semaine; quatre semaines de vacances par année. Tous ces médecins devraient être affiliés avec les hôpitaux et être tenus d'assister aux assemblées scientifiques locales dans une proportion de cinquante pour cent des séances, au moins. Il y aurait un dossier pour chacun des malades traités. Tous les cinq ans le médecin devrait avoir le loisir de s'absenter six mois pour des cours de perfectionnement. Il devrait y avoir un hôpital pour les cas chroniques et les convalescents par dix mille de population, et finalement, toujours selon le docteur Gillies, le mode de rémunération pour les médecins de ville devrait être le salaire.

Mlle Munroe présenta un travail très poussé au sujet des réclamations de l'Association des gardes-malades et, comme nous sommes certain que ce travail sera reproduit en milieu adéquat, nous n'avons pas cru qu'il y avait lieu de le résumer ici.

Le docteur Phair insista surtout sur la médecine industrielle, en décrivit les avantages et la nécessité, souligna les opportunités futures pour le médecin qui embrasse ce champ d'activités médicales, et termina en déclarant que l'on devrait prévoir la nécessité d'un examen obligatoire avant l'embauchage, mais cet examen devrait être fait par le médecin spécialisé et non pas par le médecin praticien.

La question suivante à l'étude portait sur l'éducation médicale pré et postscolaire. Elle fut subdivisée en deux sous-questions:

1° « Quels réajustements doit subir l'éducation médicale pour rencontrer les nouveaux besoins sous l'assurance-santé » ?

Le docteur Ryerson, de l'Université de Toronto, s'étendit longuement sur le sujet, et insista particulièrement sur la métamorphose que doit subir le concept professionnel dans l'avenir, c'est-à-dire celui de ne plus considérer un individu comme étant x% malade, mais au contraire de regarder l'individu comme posséd-

dant x% de santé. A ce sujet il déclara que le médecin a tellement subi une déformation professionnelle qu'il n'est pas possible de conduire une conversation sur la médecine préventive sans que, peut-être au plus après trois minutes, un des membres présents, médecin, dise: « Ceci me rappelle tel cas que j'ai déjà vu »; d'où il s'ensuit immédiatement que la conversation n'est plus sur la médecine préventive, mais curative. Le médecin dans l'avenir devra s'occuper tout autant des « demi-bien » que des malades. D'où il résulterait, d'après le docteur Ryerson, que le médecin devra non plus s'occuper seulement du 10% normal de la population qui est malade, mais plutôt du nouveau 40% de la population comprenant et les « demi-bien » et les malades. En ce qui concerne le matériel clinique, le docteur Ryerson croit que le matériel de l'avenir consistera dans les étudiants mêmes et les enfants des écoles où l'étudiant s'habitue à pratiquer l'examen physique des individus supposés en santé. Dans les écoles de médecine l'enseignement devra plus porter sur la médecine en général, tandis que les études en spécialisation devront être du domaine post-scolaire. Et, finalement, on devra entraîner les étudiants en médecine à pouvoir enseigner les choses se rapportant à la culture physique et à l'entraînement athlétique.

Le docteur Fraser, de l'Université McGill, déclara qu'à son avis, les études pré-médicales étaient inutilement prolongées.

Le docteur LeSage déclara qu'à l'Université de Montréal l'accélération des études médicales avait été arrêtée parce que ce système s'était avéré une faillite.

Le docteur Routley fit les commentaires suivants: l'on sait actuellement que 40,000 soldats ont fait application pour retourner au collège après la guerre; l'on sait actuellement que 3,000 médecins des forces armées ont fait application pour des études médicales post-scolaires après la guerre. Aucun d'eux ne pourra faire ces études ni en Europe, ni en Grande-Bretagne, ni aux Etats-Unis, alors que tous ces pays seront surmenés par leurs propres problèmes de l'après-guerre et ceux des autres. Il resterait que ces 43,000 militaires qui veulent soit entreprendre, soit reprendre leurs études après la guerre devront le faire au Canada. C'est le problème qui con-

fronte et les collèges et les universités pour l'après-guerre.

Le docteur McPhadren déclara que l'on devra s'occuper de l'aspect d'économie médicale pour tout plan d'assurance-maladie, et insista en disant que l'on ne devait pas mettre cet aspect en oubli ni pour nous de la présente génération, ni pour ceux qui nous suivront dans l'avenir.

2° La deuxième sous-question à cet item se rapportait aux voies et moyens d'obtenir de l'enseignement clinique des patients, du personnel et des facilités hospitalières supplémentaires. Mlle K. W. Ellis, de l'Association canadienne des gardes-malades, présenta un travail extraordinairement poussé et détaillé qui sera reproduit dans les journaux de l'Association. Cependant nous avons remarqué qu'elle a dit qu'en rapport avec le plan d'assurance-maladie le cours d'études des gardes-malades devra être ajusté en rapport avec le besoin de la garde-malade plutôt qu'en rapport avec celui de l'hôpital où elle travaille et étudie.

Le docteur A.D.A. Mason suggéra aussi des plans en autant que l'art dentaire est concerné.

* * *

A la séance du samedi, le 29 janvier, la première partie fut consacrée à des questions et réponses. Il n'est pas possible de tout présenter ni de commenter les questions et réponses qui furent offertes à la discussion, nous nous efforcerons de choisir celles qui nous semblent les plus importantes.

1° Le projet de loi d'assurance-santé, tel que connu en janvier, ne prévoyait pas de changement de l'administration pour les hôpitaux volontaires, corporatifs ou de communautés religieuses.

2° Parmi les moyens suggérés pour rendre plus attrayante la pratique médicale dans les campagnes aux jeunes médecins, l'on suggéra que chaque municipalité fournisse le logement convenable au médecin et, deuxièmement, que la clientèle d'un médecin fût limitée à un nombre raisonnable de même qu'à une superficie aussi raisonnable.

3° L'on devrait prévoir, pour les gardes-malades, un premier cours en rapport avec la

médecine préventive et, deuxièmement, une revue annuelle de quelques jours que toutes les gardes-malades pourraient fréquenter, les dépenses de voyage et d'inscription étant couvertes par le plan d'assurance.

4° Le docteur Graham croit que, quand l'on mentionne le mot d'« unités » médicales, il ne devrait pas être question seulement d'unités sanitaires au point de vue préventif, mais aussi au point de vue curatif, selon le nouveau plan.

5° Le docteur Fraser est d'opinion que, si l'on plaçait le problème médical préventif tout aussi bien que curatif en bon endroit, on devrait tout d'abord donner une attention très particulière à la médecine prénatale; il rapporte les immenses succès obtenus dans l'Etat d'Ohio à ce sujet.

6° L'on se demandait s'il ne serait pas préférable que la mesure provinciale d'assurance-maladie fût enlevée du projet de loi fédéral et laissée à la discrétion de chaque province. Le docteur L. Gérin-Lajoie fit une revue de la situation en autant que l'évolution de la question est concernée et déclara que l'assemblée devait reconnaître que, dans la Province de Québec, s'élevait une opposition de plus en plus forte à ce que plusieurs croient comme étant une ingérence fédérale dans les questions d'ordre strictement provincial. Il ajouta que la question était d'importance primordiale et méritait sérieuse considération; il déclara, de plus, qu'il se voyait obligé d'admettre que certains groupes importants de médecins mettaient en doute l'autorité de l'Association Médicale Canadienne pour parler au nom des médecins de la province de Québec; il termina en disant qu'il fallait tenir compte de ces expressions d'opinions différentes, et que le problème au sein de la profession médicale demeurait de nature assez grave.

Le soussigné déclara que le « Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec » et la « Fédération des Sociétés Médicales de la Province de Québec », avaient étudié et approuvé les principes rédigés par l'« Association Médicale Canadienne » concernant l'assurance-santé; que ces principes avaient été trouvés d'une haute valeur éthique et très recommandables, et qu'à cette occasion il avait été

décidé que l'« Association Médicale Canadienne » et le Collège tenaient une attitude identique et par cela, nous le croyions, ainsi le faisait la profession médicale de la province de Québec. D'où l'approbation des principes. Mais ceci n'impliquait pas l'approbation à l'avance de tout plan d'assurance-santé devant être émis par quelque gouvernement que ce soit. Et il termina en disant: « Si l'acte de santé (fédéral) inclut un acte d'assurance-maladie (provincial) comme un acte type (model act), et si cela limite de quelque façon que ce soit quelque droit que ce soit de quelque province que ce soit de légiférer dans cette matière, la profession médicale de ma Province serait certainement opposée à cela et le dirait, et ainsi le dirait le Collège. »

7° D'une façon générale, l'assemblée s'opposa à ce que le privilège du personnel médical des hôpitaux fût laissé à *tous les médecins*.

8° L'assemblée se prononça en faveur que des réunions de ce genre soient renouvelées dans l'avenir pour échange d'idées. A ce sujet le soussigné fit la déclaration suivante: « S'il existe quelques Collèges de Médecins et Chirurgiens provinciaux possédant quelque pouvoir exécutif, il est suggéré qu'ils soient inclus sur la future liste de convocation si des réunions de ce genre sont tenues dans l'avenir. »

9° A une question du docteur L. Gérin-Lajoie, il fut répondu qu'une copie du procès-verbal de la réunion serait expédiée à chacune des organisations représentées à l'assemblée.

Finalement, le docteur Archer, président de l'assemblée, déclara qu'en ce temps (janvier) personne ne possédait une copie du nouveau projet de loi fédéral. De la sorte l'on pouvait dire que personne n'était au courant de ce dont on était supposé parler à ce sujet en Chambre dans un avenir rapproché.

Les motions transmises au président de l'assemblée par le comité des résolutions furent alors lues sans qu'aucune d'elles ne fût discutée, adoptée ou rejetée.

Et l'assemblée prit fin vers 1.30 heure, samedi après-midi, le 29 janvier.

Québec, le 15 avril 1944.

RÉSUMÉ DU PLAN FÉDÉRAL D'ASSURANCE-SANTÉ

(Tel que connu à date)

Par C.-A. GAUTHIER,
Médecin-neurologue (Québec).

De plus en plus, au sein de la profession médicale de la Province, se font nombreuses et fréquentes et répétées, depuis malheureusement pas très longtemps, les réunions au cours desquelles on discute du projet fédéral d'assurance-santé, ou, comme on l'appelle le plus communément chez nous, d'assurance-maladie. Il y a déjà deux mois, nous avons présenté certains commentaires au sujet du mode de rémunération pour les activités médicales sous ce plan. Nous avons un peu l'impression d'avoir en cette occasion placé la charrue devant les bœufs, et il nous semble que nous aurions d'abord dû procéder par ce que nous présentons aujourd'hui. En effet, au cours de nos différentes pérégrinations parmi les sociétés médicales de la province, nous avons eu définitivement l'impression que le pourcentage des médecins au courant de la question n'est peut-être pas aussi élevé que ce qui pourrait être désiré.

C'est la raison pour laquelle nous avons cru qu'il était à propos de présenter, aussi hâtivement que possible et sans aucun commentaire de notre part, un strict résumé du projet fédéral d'assurance-santé avec les quelques récentes corrections dont nous avons eu plus récemment l'occasion d'entendre parler officieusement.

Nous espérons, en offrant ce résumé à l'étude de la profession médicale, rendre service aux confrères qui plus tard voudront discuter ou faire connaître leur opinion au sujet de ce projet.

Le projet de loi fédéral, tel qu'actuellement connu, se subdivise en deux parties bien distinctes: 1° le « Health Act » qui, paraît-il, équivaut à un « Enabling Act » fédéral; 2° un « Health Insurance Act » qui, lui, est un acte type « Model Act », et dont le champ d'application est strictement provincial.

LOI FÉDÉRALE (« HEALTH ACT »)

1) Des allocations seront versées aux provinces selon les termes de la deuxième partie de la loi, c'est-à-dire de l'acte provincial, et ces termes sont régis par:

- a) les standards,
- b) pour les conditions,
- c) pour les personnes désignées dans l'acte provincial.

Ces allocations seront payées aux provinces:

- a) pour les buts,
- b) sujets aux conditions,
- c) et pour les montants spécifiés dans l'acte provincial.

2) Le montant des allocations à être versées aux provinces doit être déterminé plus tard.

3) Ces allocations publiques du fédéral aux provinces seront versées pour être employées dans les champs d'action suivants:

tuberculose, maladies mentales, santé publique, maladies vénériennes, bourses d'études, recherches, culture physique.

4) Cet acte fédéral contient de plus des provisions pour couvrir les champs d'actions suivants, en autant que la santé du pays est concernée:

services préventifs, facilités d'études, maladies contagieuses (contrôle), nutrition, sanitation, hôpitaux et sanatoria, hygiène maternelle et infantile, quarantaine et navigation aérienne, habitation, tuberculose (prévention), cardiologie (prévention), épidémiologie, services de consultation, hygiène mentale, alimentation et médicaments (contrôle), laboratoires, statistiques, hygiène dentaire, hygiène industrielle, infirmières en santé publique, contrôle des maladies vénériennes, cancer (études, recherches et statistiques), services de santé des écoles, recherches en général.

5) L'acte fédéral contient en plus des règlements en prévoyance des rapports entre le fédéral et les provinces, de l'inspection nécessaire des livres, dossiers, etc.

6) L'administration de la loi, dite de santé (Health Act), se fera sous la dépendance du Département de la Santé Nationale et des Pensions, Division de Santé publique et d'Assurance-maladie.

7) Il y aura un Conseil national d'assurance-maladie composé à peu près de la sorte: le directeur de la division d'assurance-maladie du Ministère fédéral de la Santé Nationale et des Pensions, sera le président; les sous-ministres du Département de la Santé de chaque province, l'administrateur en chef de la Commission d'assurance provinciale; un représentant de l'Association Médicale Canadienne; un représentant du Conseil Canadien des Hôpitaux (Canadian Hospital Council); un représentant de l'Association des pharmaciens, des infirmières, des dentistes, du travail, de l'industrie, de l'agriculture, des organisations urbaines de femmes, des organisations rurales de femmes, et possiblement d'autres, tous étant nommés par le Gouverneur en conseil.

LOI PROVINCIALE (« HEALTH INSURANCE ACT »)
(aussi connue sous le nom de « Model Act »)

Assurables.

Tous les résidents de la province.

Sources de revenus.

Contributions des employeurs et des employés.

Allocations.

Fédérales et provinciales.

Contribuables.

On entend par ce mot toute personne employée. Les autres seront taxés pour eux et leurs dépendants à l'exception des enfants d'au-dessous de 16 ans (le coût des déboursés pour ces derniers étant supposé couvert par les allocations).

Cette contribution annuelle a été fixée au taux basique de \$12.00 pour tous les individus de plus de 16 ans et travaillant.

De plus, les célibataires paieront 3% de taxes sur un revenu de plus de \$660.00 jusqu'à un maximum annuel de \$30.00, tandis que les gens mariés paieront 5% sur un revenu annuel de plus de \$1200.00 pour un maximum de taxes de \$50.00. Nous comprenons que dans le dernier projet de loi la contribution de l'employeur a été totalement effacée, qu'il n'y aura aucun paiement à effectuer pour tous les enfants en

bas de 16 ans et que chaque province collectera le \$12.00 de base pour tout adulte.

Enregistrement.

Il devrait se faire un enregistrement annuel pour tous les assurables et leurs dépendants.

Fonds d'assurance-maladie:

Il est prévu un fonds spécial provincial de prévoyance. Les sources en sont les timbres de primes, les primes, les intérêts, les pénalités d'arrérages et autres, les allocations du Dominion, les argents payables directement par la province en vertu de l'acte provincial et les intérêts sur placements des capitaux par la Commission.

Services assurés.

Les services assurés dans l'acte provincial d'assurance-santé sont de deux ordres:

- a) la prévention de la maladie;
- b) l'application de toute mesure de diagnostic et de traitements.

Ces services sont d'ordre médical, chirurgical, obstétrical, dentaire, pharmaceutique, hospitalier et infirmier.

Services médicaux, chirurgicaux et obstétricaux.

La Commission provinciale (d'après le texte de loi fédérale) prendra arrangement à cette fin avec la profession médicale organisée dans chaque province de ces trois activités médicales (incluant les spécialistes et les consultants en diagnostic et traitements).

Tous ceux pouvant faire partie du plan comme « traitant » devront être dûment qualifiés, licenciés dans la province et ayant un bon standing professionnel.

Les arrangements seront de telle sorte que tout assuré puisse bénéficier de toutes les activités plus haut mentionnées.

La loi provinciale prévoit des règlements portant sur les items et activités suivantes:

On devra faire une liste de tous les médecins acceptant de traiter sous ce plan, liste donnant la qualité du travail professionnel dans lequel chaque médecin est prêt et qualifié à exercer sa profession.

Tous les médecins qualifiés auront droit d'être sur ladite liste.

L'assuré aura le libre choix de son médecin.

L'assuré aura droit aux services de prévention par le praticien.

Il n'y aura pas de rémunération au médecin pour tout service rendu en dehors du champ de sa compétence.

Le mode de paiement.

(Acte médical, capitation, salaire) doit être réglé par les provinces avec les représentants de la profession médicale organisée.

Il devra être maintenu des dossiers adéquats au sujet des malades, et finalement des ententes seront conclues avec des cliniques approuvées

D'autres règlements prescriront:

Les règles à suivre pour déterminer la nature des services professionnels du ressort de chaque médecin; et la nature des services professionnels qui seront du ressort du praticien général.

Services dentaires.

Les soins de prophylaxie et de traitements sont assurés pour tous les qualifiés, c'est-à-dire les assurables et leurs dépendants.

Services de pharmacie.

La Commission provinciale devra réglementer les médicaments convenables et suffisants de même que les appareils qui devront être fournis (formulaires).

Services d'hospitalisation.

La Commission provinciale règle toute hospitalisation sauf en ce qui a rapport à la tuberculose, aux maladies mentales.

Ces règlements devront inclure ce qui a trait à la liste des hôpitaux et à la qualité du service qu'ils peuvent donner. On ne fera affaire qu'avec les hôpitaux non commercialisés (non profit making organization), les hôpitaux municipaux, provinciaux et fédéraux. L'hospitalisation ne sera accordée que sur recommandation du médecin praticien. L'assuré aura le libre choix de son hôpital. Le droit de déterminer quel médecin peut faire partie du personnel médical d'un hô-

pital est laissé au bureau médical de chaque hôpital. L'hospitalisation sera faite dans les salles publiques, sauf pour certains cas d'urgence (sur recommandation particulière du médecin traitant); l'assuré aura droit à une chambre semi-privée ou privée en payant lui-même la différence de prix directement à l'hôpital. Tout assuré pourra servir de matériel d'enseignement.

Services d'infirmières.

Ils seront attribuables à tout assuré sur prescription du médecin traitant.

Administration.

L'administration de la Commission provinciale d'assurance-maladie sera faite par une Commission dont le président est un docteur en médecine, dûment qualifié, licencié et accepté dans sa province, ayant pratiqué la médecine au moins 10 ans. Le sous-ministre provincial de la Santé sera membre de la Commission «ex-officio». Les autres commissaires seront nommés par le Lieutenant-Gouverneur en Conseil, après consultation avec la médecine organisée de la province, les dentistes, les pharmaciens, les hôpitaux, les infirmières, les assurés, le travail, l'agriculture, les employeurs ou tout autre groupe à déterminer, qui apparemment auront un représentant.

La province sera subdivisée en régions administratives sous la juridiction du service des unités sanitaires et de l'assurance-maladie unifiées.

Il y aura des officiers médicaux régionaux avec des assistants (les uns plein temps, les autres temporaires), dont les devoirs seront de

conseiller le praticien;

voir à améliorer le standard des services professionnels;

examiner si de besoin (les dossiers cliniques et autres du praticien);

enquêter sur les prescriptions et traitements excessifs.

La Commission provinciale aura un sous-comité spécial pour ses contacts avec les hôpi-

taux et la profession médicale pour tous les actes hospitaliers, médicaux ou chirurgicaux, si besoin.

D'autres règlements verront à tout ce qui concerne les enquêtes sur plaintes ou disputes, les décisions sur des cas spéciaux, les inspections, les délits, les procédures légales et les pénalités légales.

La rédaction de tous ces items étant laissée à la Commission de chaque province.

Voilà, résumés en style télégraphique, les principaux items que l'on trouve dans le projet fédéral actuel de loi d'assurance-santé couvrant et la loi fédérale de santé et la loi provinciale d'assurance-maladie connue sous le nom de « Model Act ».

Québec, le 14 avril 1944.

RÉSULTATS DE L'ASSURANCE-MALADIE À L'ÉTRANGER ¹

Par Emile BLAIN.

Il convient que les médecins étudient le projet d'Assurance-Maladie actuellement en préparation, et se forment une opinion; ça les regarde joliment.

Ce que des plans analogues ont produit dans d'autres pays, se répétera vraisemblablement chez nous.

Etablissons, en passant, le sens de certains mots. L'Assurance-Maladie évoque l'idée d'un plan, en vertu duquel des primes versées sont mises en commun, et servent à rémunérer les médecins et leurs auxiliaires. La Médecine Socialisée veut dire plutôt une organisation de soins médicaux mis à la disposition de tout le monde, sans égard à la capacité pécuniaire de chacun. La Médecine d'Etat signifie un arrangement, où l'Etat emploie, rémunère et dirige lui-même les médecins.

En théorie, les trois choses sont différentes. En pratique, elles s'appellent et s'enchaînent l'une l'autre. Si l'on approuve les deux premières, la force des circonstances rend la troisième inévitable, un jour ou l'autre. Si la Médecine d'Etat n'est pas de l'Assurance-Maladie, elle en est la sœur jumelle et inséparable. Pour rester logique,

si l'on dénonce celle-là, il ne faut pas admettre celle-ci.

* * *

A l'heure actuelle, il existe une grande variété de plans d'Assurance-Maladie dans le monde. Ce qui prouve bien qu'on n'a pas encore trouvé la formule idéale et magique. Entre autres, trois pays à constitution fédérative ne l'ont pas encore mise en vigueur: l'Australie, les Etats-Unis, et le Canada.

Etudions ce que l'Assurance-Maladie a donné comme résultats en Allemagne, en Angleterre, en France, en Russie, et en Nouvelle-Zélande; ce sont des pays suffisamment représentatifs, à ce point de vue. Ces différents modèles de sécurité sociale ont produit des effets généraux et des effets locaux.

Parmi les premiers, on cite la disparition du médecin de famille, type sympathique par excellence, et aussi souvent ami que conseiller.

En établissant des plans d'Assurance-Maladie, on s'était fixé les objectifs suivants: améliorer la santé nationale, rendre accessible à chaque citoyen le meilleur service médical possible, abaisser le coût des soins médicaux et, par là, abrégé la maladie et augmenter la longévité humaine.

A en juger par ce que nous lisons, les objectifs ne semblent pas avoir été atteints. Au contraire,

1. Résumé de la conférence du docteur Emile Blain sur l'assurance-maladie devant les membres de l'Association des Médecins de langue française des Cantons de l'Est, le 19 mars 1944.

la santé nationale des pays assurés ne s'est pas améliorée, la qualité du service médical s'est avilie; le coût ultime en a été majoré; les taux de la morbidité et de la mortalité n'ont pas fait de progrès.

Localement, la coercition en matière de santé, en Allemagne, a développé le charlatanisme et le goût des maladies longues avec bénéfices. En Angleterre, les différentes sphères chargées d'administrer la loi, sont en lutte ouverte pour la possession du pouvoir et de la domination. La France, plus respectueuse des prérogatives médicales, est arrivée à contenter à peu près tout le monde, sauf son propre gouvernement. Les Russes ne montrent pas volontiers leur jeu; on se doute bien qu'on meurt encore en Russie et, si l'on y meurt, c'est qu'on y est malade au moins une fois. Aux Antipodes, les Néo-Zélandais sont pris dans l'engrenage d'une sécurité sociale avancée; si le coût augmente sans cesse, on n'a pas de preuves que la santé suit le même cours.

Bref, si, partout, les avantages sont difficiles à mettre en relief, les désavantages sautent aux yeux. Pour le médecin, la rémunération n'est pas adéquate. Il devient un fonctionnaire pessimiste et bourru, sans ambition ni initiative, qui descend constamment dans l'échelle sociale. Son sort peu brillant l'incite à l'apathie scientifique. Il prend l'allure d'un nouveau collet-blanc, surmené, mécontent, qui évolue vers la médiocrité.

Le patient ne s'en tire guère mieux. Il ne reçoit plus l'attention qu'il mérite. Il dispute aux paperasses gouvernementales le temps de son

médecin. Il a des examens superficiels, et des traitements plus superficiels encore. En désespoir de cause, il s'adonne aux pilules populaires et devient un « habitué des fioles ». Il ne peut plus compter sur la discrétion de son médecin, car le secret professionnel n'existe plus (sauf en France). Il pense payer bien peu, et reçoit encore moins.

* * *

L'Assurance-Maladie produira-t-elle de meilleurs résultats au Canada? ... Il est à craindre que le jeu des probabilités soit contre nous.

Nulle part, les médecins ou les patients n'ont demandé l'application de l'Assurance-Maladie. Ils s'y sont plutôt opposés. D'où vient donc l'inspiration? ...

Avant de lancer le pays dans pareille aventure, ne vaut-il pas mieux nous arrêter un instant, et garder l'ancien système, en le rendant plus efficace? Qu'on le corrige, qu'on l'améliore, très bien; mais qu'on le garde, du moins, dans ce qu'il a de bon, et il en a! On ne se défait pas ainsi d'un vieux serviteur fidèle, pour se confier à un inconnu dont les recommandations sont si douteuses. Ce serait dommage ...

Les médecins doivent se renseigner sur la valeur du projet fédéral actuel. Il leur incombe d'offrir des contre-propositions sensées, et réalisables sous la juridiction provinciale, à l'intention de ceux qui en ont besoin. Il sera trop tard pour gémir, quand nous serons mis en face du fait accompli.

VARIÉTÉS

LE MÉDECIN DEVANT LA LOI¹

Par Me Gustave MONETTE, C.R.,
Avocat au Barreau de Montréal.

Pour avoir accepté, l'an dernier, de donner une causerie intime devant la Société de Chirurgie, je me sens maintenant pris au piège, ne pouvant décemment refuser aux médecins ce que j'ai accordé aux chirurgiens, encore que ceux-ci se prétendent d'une classe qui ne se compare en rien à celle du médecin ordinaire!... Devenu conférencier presque malgré moi, n'en ayant ni la manière, ni la façon agréable de cacher sa pensée, je m'excuse à l'avance de l'imprévu et de la brutalité possible de mes expressions, comptant à la fois sur votre indulgence et sur l'assurance que vous avez de ma sincérité et de ma haute estime.

Je voudrais tout de même vous être plus agréable que Platon, qui, en son *Traité de la République*, voulait proscrire « cette médecine qui ne sait employer ses efforts que pour multiplier nos souffrances, et nous faire mourir plus longtemps »... ou que La Bruyère, écrivant avec plus d'humour: « Tant que les hommes pourront mourir, et qu'ils aimeront à vivre, le médecin sera raillé et bien payé »...

Comme vous le voyez, votre profession n'a pas accédé d'un seul coup au rang social éminent qu'elle occupe aujourd'hui. Si les origines de la médecine sont bien connues depuis Esculape, celles de la chirurgie semblent plus obscures. Ce ne serait qu'au douzième siècle que s'est opérée en France la division entre les facultés de médecine et de chirurgie, la première seule étant alors admise au sein de l'Université; on explique que, les ecclésiastiques ayant à cette époque la charge des universités, la chirurgie en fut bannie pour le motif que l'Eglise abhorrait l'effusion du sang! Les médecins persistèrent longtemps à assimiler les chirurgiens aux barbiers qui pratiquaient la saignée, et s'étaient immiscés dans les opérations chirurgicales connues sous le nom de « chirurgie ministrante ». Il en fut ainsi jusqu'à ce qu'une

déclaration royale du 23 avril 1743 séparât les deux professions de barbier et de chirurgien.

Ce bref rappel de choses anciennes vous permet de mesurer le chemin parcouru. Et je voudrais vous parler aujourd'hui du médecin devant la société, de ses droits et privilèges d'une part, et aussi de ses devoirs que nous appellerons, en termes juridiques, ses obligations.

DROITS ET PRIVILÈGES DU MÉDECIN

Parmi les droits et privilèges du médecin, il y en a un certain nombre qui sont des monopoles.

Vous avez d'abord le monopole du soin de la santé publique, consacré par l'article 43 du chapitre 264 des Statuts refondus de la Province de Québec de 1941. Il y est établi qu'aucune personne ne peut traiter une autre personne sans être médecin dûment qualifié, accepté et reconnu par votre profession.

Vous avez le monopole du recrutement de vos membres, et celui de l'enseignement de la médecine.

Vous êtes exemptés de certaines charges publiques, municipales ou scolaires.

Vous avez le privilège du secret professionnel sur lequel je reviendrai plus loin.

Comme conséquence du droit exclusif de soigner les malades, la loi vous a reconnu le monopole des honoraires. Devant les tribunaux, les médecins sont crus à leur serment quant à la *réquisition*, à la *nature* et à la *durée* de leurs services, sans nécessité d'un écrit établissant que le client les a requis. Vous devez seulement souffrir que votre témoignage sous serment puisse être contredit comme tout autre témoignage. En pratique, l'état, la quantité des honoraires qui vous sont dus, sont généralement acceptés sans que vous ayez à fournir de détails; en fait, sans justification devant les tribunaux, et, encore moins, devant le client. Vous êtes pourtant, de droit, soumis à la loi générale qui exige la production d'un compte détaillé dans le cas d'une réclamation pour services rendus. Il ne faut pas donc vous étonner

1. Conférence prononcée le 17 juin 1943, à l'hôpital Notre-Dame, à l'occasion des Journées Médicales Annuelles de la Société Médicale de Montréal. Présidence de M. le docteur Adélarde Groulx.

outre mesure de l'attitude de certains avocats, lorsque, défendant les causes qui leur sont confiées, leur rôle les oblige à vous presser de questions relativement aux détails de vos comptes. Il serait de bonne politique que, dans un siècle où ces choses-là sont discutées, vous preniez l'habitude de produire vous-mêmes un compte détaillé, autant pour la satisfaction du client que pour l'utilité du juge au procès. Et si, par extrême bienveillance, ni l'un ni l'autre ne voulaient exiger d'explications sur des comptes de formule extrêmement laconique ou élégante, (comme celle qu'avait adoptée l'un des vôtres: « Le docteur un tel vous présente ses hommages et la note de ses honoraires... six cents dollars! »...), croyez bien qu'ils ont, sous cette prose obséquieuse, aperçu l'illégalité et souvent soupçonné l'extravagance malhonnête d'une réclamation que l'on n'a pas voulu détailler. Donnez sur vos comptes un détail raisonnable de votre travail et de vos vacations: vous vous rendrez ainsi service à vous-mêmes, en faisant accepter avec moins de difficulté, dans certains milieux, le privilège de vous faire payer des honoraires convenables.

Le médecin possède en plus un privilège de fait (non de droit, bien entendu): celui d'être payé par son client avant l'avocat. Je le dis sans amertume. Cette préférence du client ressort d'une appréciation inconsciente de la supériorité de la fonction médicale sur celle de l'avocat; supériorité incontestable. Nous tâchons de régler des liens de droit entre les membres de la société, et ils se résolvent finalement en dollars et centimes. Bien rarement, l'avocat par son habileté ou sa négligence causera autre chose à son client qu'un surcroît de fortune ou une perte d'argent. Tandis que vous, qui êtes constamment penchés sur la vie, c'est l'existence même des êtres qui est entre vos mains, et vous comprenez tout de suite que l'importance de ce bien n'a pas de commune mesure avec les autres.

Il vous arrive parfois d'être appelés devant les tribunaux pour des expertises médicales. C'est encore ici l'un de vos privilèges. Et avec quel respect les juges vous entendent! C'est cependant une épreuve que certains d'entre vous redoutent. Le médecin ordinaire nourrit souvent à cet égard des sentiments contradictoires. Dans une cour de justice, il a d'abord l'impression

de perdre son temps. Il lui faut attendre son tour, inconvenient qu'il ignorait jusque-là, lui qui n'a jamais fait attendre le client... S'il est de ceux qui n'ont pas encore approfondi la psychologie du tribunal, il s'étonne parfois que la justice s'exerce contradictoirement, et qu'il faille, avec elle, épuiser tous les moyens de l'enquête, de la vérification et du contre-interrogatoire. Il n'est pas rare qu'en cet état d'esprit, les questions qui lui sont posées par un avocat, parfois un peu jeune, le conduisent assez vite aux limites de l'impatience et même de l'indignation.

L'expertise légale est pourtant chose utile pour le médecin et peut devenir une carrière intéressante au strict point de vue financier. De toutes façons, la pratique du tribunal vous ouvrira des horizons nouveaux sur presque tous les domaines existant en dehors de la médecine, et plus spécialement sur le domaine des affaires. Elle vous mettra en garde contre la tentation de fixer arbitrairement un taux d'incapacité permanente, sans vérifier d'abord les barèmes établis, ni consulter les auteurs ayant autorité en la matière. Et vous en arriverez à accepter, comme une règle de contrôle et d'équilibre, l'idée que la justice des hommes doit être rendue à ciel ouvert, et que les avocats eux-mêmes ayant à se soumettre à la contradiction comme à une loi de raison, il n'est pas inhumain que les médecins y soient eux-mêmes assujettis.

Un dernier monopole ou privilège établi en votre faveur par la loi, c'est l'inaliénabilité de la clientèle. En ce pays, la question se présente peu de savoir si un médecin pourrait vendre sa clientèle, ou s'associer avec un autre médecin qui n'en a pas, pour former une sorte de mise en commun des clients de l'un d'eux, ou pour entrer en société avec lui. En France, la Cour d'Appel de Paris a maintenu que la clientèle du médecin est inaliénable.

La somme de vos droits et privilèges tient à la primauté du rang social que vous occupez, et à la noblesse de votre profession qui m'apparaît, après le sacerdoce, supérieure à toutes. L'élémentaire psychologie du peuple désignera rarement un avocat sous le vocable de « maître »; les gens nous appellent tout simplement « monsieur ». Mais lorsqu'on s'adresse à vous, on vous appelle:

« Docteur! ». Avant même d'avoir aperçu votre personne physique, le client n'a vu en vous que le médecin. Et songez combien vous vous trouvez par là, dans son esprit, élevé au-dessus de votre individualité d'homme! Devant la société comme devant l'individu vous êtes le « docteur », privilège qui vous distingue, qui fait que vous êtes honorés dans le subconscient des hommes à un degré extrême, à ce point que les qualités nées de votre éducation, de votre instruction et de votre art, sont avant tout celles qui comptent à leurs yeux et vous méritent leur admiration spontanée.

DEVOIRS ET OBLIGATIONS DU MÉDECIN

En regard des privilèges qui vous sont accordés par la société et par la loi, je veux maintenant exposer quelques-uns de vos devoirs.

La première pensée qui nous vient à l'esprit, c'est que le devoir est la corrélation du droit. La possession d'un droit crée une obligation qui lui est propre, même sans stipulation ou sans engagement formel. D'où il suit que vous vous trouvez chargés devant la société de devoirs précis, nés des privilèges dont vous jouissez, imposés, les uns par la loi, et les autres par le caractère même de votre profession.

« C'est dans l'intérêt de la vie des hommes, dit Dalloz, que la loi a soumis à des conditions particulières l'exercice de l'art de guérir. » Nous devons donc placer au premier rang l'intérêt de la vie des hommes. La vie a été créée; par elle, tout grandit, tout se transforme. Nous ne nous mouvons nous-mêmes, dans notre jeunesse, que pour chercher la vie. Quand nous en avons saisi le sens et la forme, nous l'associons, par le mariage, à l'amour des êtres et à la beauté des œuvres, au point qu'elle devient en nous une vie de devoir à l'égard de la vie que nous avons créée. Elle est le sommet de la création. Chargés de la santé publique, tous vos devoirs, messieurs, se rattachent au soin et au maintien de la vie!

D'abord, quelques devoirs accessoires.

En matière d'administration et de statistique. Vous assistez aux mariages par les consultations que vous êtes appelés à donner; vous assistez à la naissance et à la mort. Il y a des registres à

tenir. Vous avez le devoir de constater les faits tels qu'ils sont, de délivrer des certificats exacts, sans favoritisme et sans exagération, évitant surtout de protéger un client ou un ami, quand vous savez que votre diagnostic peut donner naissance à un droit contre lui ou, ce qui est plus grave encore, à une mesure de protection dans l'intérêt général de la société.

En matière d'information judiciaire. Vous êtes appelés à témoigner devant les tribunaux. Le même souci d'exactitude s'impose. Vous savez, par exemple, que le mal dont souffre votre client n'est pas le résultat d'un accident de travail; mais, vous pouvez être enclins à cacher ce fait pour deux raisons: pour faire plaisir à votre client et à la famille, à qui une réclamation peut procurer quelques milliers de dollars, indûment; et aussi parce que vous êtes certains d'être payés si c'est un accident, ou de ne pas l'être, si ce n'en est pas un. Vous êtes en face d'un devoir social que je ne paraphraserai pas davantage, qui est simplement la norme de votre attitude entre une obligation professionnelle précise et les avantages indus que vous pouvez procurer au client, ou à vous-mêmes. Si, par un diagnostic non véridique, vous contribuez à faire payer injustement par quelque citoyen, ou même par les fonds de l'Etat des sommes parfois considérables, votre conduite déroge à la norme du droit et à votre caractère professionnel.

En matière criminelle, ce sont les mêmes devoirs. Je me souviens très vaguement d'un médecin qui avait été appelé à rendre témoignage sur un fait constaté, d'où allait dépendre une décision dans un sens ou dans l'autre: y avait-il eu crime ou non? Ce médecin m'avait paru — je veux m'être trompé — avoir pallié la vérité pour sauver dans le temps un confrère. Noble motif que d'épargner un confrère! Et, je voudrais que nous y soyons tous bien disposés; mais encore faut-il que ce ne soit pas au détriment de la vérité, contre l'intérêt public et les droits sacrés d'autrui.

La question qui vous intéresse sans doute davantage, c'est celle de la responsabilité du médecin devant la loi, à raison de ce que l'on appelle « malpractice », c'est-à-dire à raison d'erreur ou d'insuccès dans la pratique. En cette

matière la responsabilité n'est pas déterminée par des dispositions spéciales différentes de la loi générale qui gouverne la responsabilité des autres hommes pour leurs propres actes. Toute personne a l'obligation de réparer le dommage qu'elle cause par *sa faute*; et la faute consiste dans la commission d'un acte qu'elle n'aurait pas dû faire, ou dans l'omission d'un acte qu'elle aurait dû accomplir.

Voici, par exemple, qu'une théorie pour un nouveau traitement vient de paraître. Il sera plus tard reconnu qu'elle était absolument la meilleure; mais en ce moment le traitement n'a pas encore été éprouvé. Le médecin qui se trouve en face d'un malade ne sera pas tenu responsable d'un insuccès, s'il a préféré appliquer l'ancien traitement au lieu du nouveau. Il n'est pas obligé de départager les opinions et les théories qui ne sont pas encore définitivement acquises à la médecine. Il n'y a pas faute à ne pas adopter une théorie ou un traitement que la science et la bonne pratique n'ont pas encore définitivement consacrés.

« Quand on dit qu'un homme a commis une faute », expliquent Collin et Capitan dans leur ouvrage de Droit Civil, « cela signifie que cet homme ne s'est pas conduit comme il aurait dû se conduire, il n'a pas fait ce qu'il aurait dû faire. » On se demande comment cet homme aurait dû se comporter: on rapproche sa conduite de celle qu'aurait tenue à sa place un homme prudent et diligent. Par conséquent, pour le médecin, la faute ne consiste pas dans le fait qu'il a eu un insuccès, non plus que dans le fait qu'il y a eu des dommages causés à la victime. La faute réside uniquement dans le fait de n'avoir pas donné le traitement reconnu et consacré par la science médicale, et que le médecin ne devrait pas ignorer, et qu'il avait à sa portée.

Vous comprenez dès lors qu'il n'y a pas de distinction à faire entre la faute légère et la faute lourde. « La simple faute légère, dit l'auteur français Mérignac, si c'est une faute, rend le médecin responsable; mais, dans l'analyse de la faute, il faut dire que le médecin n'est pas en faute du tout, même légèrement, s'il n'a pas départagé deux théories médicales qui étaient encore à l'état contradictoire au moment où il a été appelé à

choisir. » Notre Cour d'Appel et la Cour Suprême ont confirmé cette opinion.

Le médecin peut aussi être tenu responsable pour le fait de ses préposés. Si un chirurgien engage sa propre garde-malade pour une opération et qu'il la charge du soin d'enlever les compresses et les instruments, il sera personnellement responsable si cette garde-malade oublie de le faire. Ce serait différent dans le cas où le chirurgien opère à l'hôpital et où c'est l'hôpital qui fournit les gardes-malades et les assistants; car alors, ceux-ci ne sont pas les préposés du médecin, mais de l'hôpital.

En dernière analyse, la faute du médecin résultera de l'appréciation des faits. Il n'y a pas de domaine plus relatif que celui de la faute et de la responsabilité; car, si le principe, en droit, ne souffre pas de discussion, la preuve est laissée à l'entière appréciation du tribunal qui doit juger des circonstances révélées à l'enquête. Mais, en définitive, tout se résumera, pour le juge, à déterminer, d'après son jugement sur les faits, si le médecin a commis quelque *faute*, soit en faisant quelque chose que, d'après la science et la pratique consacrée, il n'aurait pas dû faire, ou en omettant de faire quelque chose que, d'après la science et la pratique consacrée, il aurait dû faire.

Un autre de vos devoirs, c'est le secret professionnel. Le secret professionnel de l'avocat diffère de celui du médecin. L'avocat n'est pas tenu de révéler ce qui lui est confié *confidentiellement* à raison de son caractère professionnel. Le médecin, lui, a le devoir de ne rien révéler de ce qu'on lui a dit ou de ce qu'il a pu observer, même sans en recevoir la *confidence*. Cela se comprend. Il y a une quantité de choses que le médecin constate sans en avoir la confidence, et c'est souvent alors qu'il trouve les choses les plus graves. Le domaine du secret professionnel médical comprend donc tout ce qui vous est déclaré relativement au cas, tout ce qui touche au caractère professionnel, à la consultation médicale, tout ce qui vous est dit directement; et aussi tout ce que vous apprenez à l'occasion ou par suite de vos services professionnels, par vos propres constatations sur votre client, sa famille ou ses proches, même sans en avoir reçu la confidence directe.

Le secret n'est pas seulement pour vous un privilège, c'est un devoir. Même forcés par un juge, vous n'avez pas le droit de révéler quelque chose de grave; et cela tient au fait que le patient doit avoir en la discrétion de son médecin la plus grande confiance. Jusqu'où alors doit aller cette discrétion? Il est impossible d'établir une règle positive. Quelquefois le secret professionnel peut aller jusqu'à l'obligation de cacher le nom du client, lorsque le simple fait de déclarer qu'un tel est son débiteur peut donner ouverture sur un secret auquel le client a des droits absolus. La seule règle possible réside donc dans la bonne foi et l'honnêteté du médecin.

Il y a une décision importante de nos tribunaux qui a reconnu l'obligation des juges de s'en rapporter à la bonne foi et à l'honnêteté du médecin lorsque, refusant de répondre, il invoque le caractère professionnel du secret qu'il entend garder, sans en fournir plus ample explication: c'est la décision de la Cour d'appel dans la cause de Banque Canadienne Nationale v. Lemieux, 48 B.R. p. 368.

Je termine en traitant brièvement des actes déloyaux dont certains médecins — comme certains avocats d'ailleurs — peuvent se rendre coupables; et j'entends par là, non pas les actes dérogatoires prévus par les règlements de la profession, mais les actes qui sont contre la bonne pratique et contre la loyauté qu'au fond de sa conscience on doit au client.

Vous me permettez de ne pas m'étendre sur le charlatanisme. Traiter un client à petit feu pour que ce soit plus long; prodiguer la prescription de certains remèdes dans un seul but de lucre personnel: ce sont là choses connues et depuis longtemps combattues par vos sociétés médicales comme contraires à la justice et à l'honneur de la profession.

A côté de ce charlatanisme dont la lettre est grosse, je voudrais vous parler d'une forme particulière de déloyauté, discutée par les uns et excusée par les autres, qu'on appelle la dichotomie. Comme vous le savez, la dichotomie est une pratique qui consiste à toucher un courtage, une commission sur le prix des médicaments prescrits et délivrés aux patients par les pharmaciens, ou encore, à partager avec le confrère

consultant les honoraires réclamés par celui-ci, ou enfin, à recevoir d'un chirurgien une ristourne proportionnelle sur les honoraires d'opération.

Il y a des praticiens qui croient ces calculs légitimes, parce qu'en certains cas la dichotomie n'entraîne pas de conséquence fâcheuse. Avoir une entente avec un pharmacien lorsque les remèdes prescrits sont nécessaires, cela va bien; recommander un excellent chirurgien, qui réussit une opération délicate, et qui, sur ses honoraires, remet une ristourne au médecin qui lui a envoyé le malade, peut également ne point paraître condamnable. Mais le principe est mauvais. « La pratique de la dichotomie, écrit le docteur Vincent, personnifie la corruption de toute la société accroupie devant son dieu: l'argent. C'est une opération commerciale, une ristourne, et c'est de plus une opération malhonnête. » A la longue, et presque fatalement, le médecin se laisse entraîner à prescrire n'importe quoi pour avoir sa ristourne, et le chirurgien, à augmenter ses honoraires pour pouvoir indemniser le confrère qui lui a envoyé le client. Cela n'est pas juste, parce que d'abord, vous avez contre la fortune des gens des comptes qui sont exposés à monter, et parce qu'ensuite une quantité de remèdes seront fatalement prescrits dans un but d'intérêt personnel, sans aucun souci de conscience professionnelle. Il y a plus encore: la faveur que vous dispense en ristourne le confrère chirurgien, ou simplement médecin, vous amène à le préférer à d'autres confrères dont la compétence en certains cas serait plus à l'avantage du malade. Vous fermez avec un bandeau d'or la claire vue de la conscience professionnelle qui vous commande de fournir à votre client et à la vie les meilleures ressources d'une profession sacrée, et non les fruits d'un calcul sordide.

Je m'excuse d'avoir l'air de vous faire un sermon. Je veux simplement vous rappeler, du point de vue civil, des notions qui sont au fond de l'âme humaine. Nous subissons avec fierté les lois qui ont mis entre vos mains le monopole du soin de la santé. Nous allons à vous en toute confiance, sûrs de votre compétence et de votre droiture; et lorsque, malades, nous nous présentons chez vous, nous attendons votre directive saine et consciencieuse, désirant que

sans attache aucune et sans intérêt, vous soyez absolument libres de prescrire le médicament, ou d'ordonner le traitement, que vous trouverez être le meilleur dans chaque cas.

Votre corps professionnel, plus que tous les autres corps de l'Etat, est chargé d'une responsabilité dont notre société s'enorgueillit. Vous avez la mission d'assurer la santé publique et la continuation de la vie. Je sais à quel point vous réalisez l'importance de cette fonction, de ce sacerdoce qui fait que les meilleurs d'entre vous consentent parfois de grands sacrifices sans aucune hésitation. Vous contribuez par là à relever le niveau moral de notre société, puisque les peuples ne déclinent qu'en raison directe du

déclin des classes élevées de la société. Par votre conscience professionnelle, vous assurez la permanence des privilèges qui vous sont accordés et l'exécution des devoirs nécessaires à la conservation de l'ossature sociale. Par là, vous assurez l'avenir de vos enfants, à qui vous laisserez ainsi un bel héritage d'honneur et de vertu professionnels. Et, dans les soubresauts d'une société assaillie de toutes parts, votre profession restera, comme elle le doit, la sauvegarde des vertus nationales. Au moment où tant d'institutions sont menacées, et où la conscience populaire elle-même tend à s'égarer, la valeur et l'intégrité de ses classes professionnelles pourraient bien être le suprême rempart de la démocratie.

“L'Union Médicale du Canada” en 1875

Note sur un cas de kyste ovarique

Par le docteur J.-B. CHAGNON, de St-Pie.

Mai, 1875.

Le 7 janvier 1873, je fus appelé auprès de Mlle A., âgée de 26 ans. Cette personne était de tempérament lymphatique. Six ans auparavant, une de ses sœurs, âgée de 18 ans, était morte de phtisie pulmonaire.

Ma malade paraissait être affaissée par la douleur et l'anxiété. Après lui avoir posé plusieurs questions sur son état général du moment, je procédai à l'examen physique de l'abdomen, partie du corps sur laquelle les signes objectifs concentrèrent le plus mes soupçons pour le diagnostic.

Je m'aperçus bientôt que ma nouvelle patiente était déjà passée par la trémure du charlatan et de l'empirique; une couche d'emplâtre de je ne sais quoi, adhérent fortement à la peau, couvrait l'abdomen dans toute son étendue. Aussi j'en fus peu étonné quand on m'apprit que, huit jours avant ma visite, on était allé à huit lieues chercher un individu qui guérissait invariablement et infailliblement toute personne atteinte de beau mal, moyennant la modique somme de dix piastres, et, ça va sans dire, payable d'avance!

En palpant l'abdomen, je trouvai la région iliaque droite d'une sensibilité extrême avec une légère tuméfaction. L'examen digital du rectum et du vagin, puis l'introduction de la sonde utérine de Simpton, n'accusant aucune déviation de la matrice, mon diagnostic se trouva à peu près confirmé, du moins quant au siège de la maladie.

Je traitai alors mon cas comme étant une ovarite à la forme sous-aiguë, vu l'extrême douleur au toucher et l'absence complète de fièvre.

Je ferai remarquer en passant que les menstrues n'avaient dévié ni en quantité, ni en qualité, pas plus qu'au temps de leur venue habituelle.

Les altérants à l'intérieur et à l'extérieur ainsi que les calmants, remèdes que j'employai le plus pendant plusieurs mois, ne firent que mitiger les symptômes de l'affection ovarienne, sans en arrêter la marche ni donner l'ombre d'espérance d'une terminaison heureuse.

A la fin d'avril, gonflement considérable et matité absolue sur toute l'étendue de l'abdomen avec vibrations ondulantes ou ballottement.

Vu les antécédents, il n'y avait pas à balancer entre l'ascite et l'hydropisie ovarienne. J'avertis ma malade de la terminaison probable de sa maladie si l'on n'avait pas, à bonne heure, recours au seul moyen reconnu aujourd'hui curatif par la profession.

Ne pouvant la décider à subir l'ovariotomie, et les symptômes devenant d'une telle urgence qu'il fallait de toute nécessité les pallier, j'eus recours en conséquence à la parentérose abdominale, que je pratiquai pour la première fois le 25 juin.

Je tirai alors 12 pots d'un liquide épais, contenant une grande proportion d'albumine. Le 23 août, renouvellement de la ponction avec même résultat et même quantité de liquide.

Le 14 octobre, troisième ponction, même résultat, et ainsi de suite jusqu'au 9 décembre 1874, espace de temps durant lequel je dus opérer 29 fois.

J'ai extrait 145 gallons de liquide.

A la dernière ponction, j'appliquai à l'orifice laissé par le trocart un cathéter femelle (en argent) auquel j'adaptai un tube en caoutchouc afin de laisser le liquide s'écouler *ad libitum*, la malade étant couchée sur le côté gauche; n'osant plus répéter l'opération, crainte d'une syncope fatale, tant elle était épuisée.

Il a dû s'écouler encore de cette manière au moins cinq gallons additionnels jusqu'au temps de sa mort qui arriva le 25 décembre. Après la dixième ponction, les règles cessèrent tout à coup, et je constatai la présence d'une tumeur ovarienne gauche. Celle-ci, grossissant rapidement, était, à la terminaison de la maladie, pas moins du double de la grosseur de son aînée, c'est-à-dire à peu près douze pouces de long et six en épaisseur.

Contrairement à la suggestion de la plupart des auteurs modernes, j'ai toujours opéré ma malade assise et cela sans inconvénient. Ayant déjà opéré plusieurs fois sur d'autres patientes dans un décubitus latéral, j'ai souvent éprouvé assez de difficulté pour vider complètement le sac, quoique ayant affaire à des tumeurs ovariennes uniloculaires. Je regrette fort qu'une circonstance incontrôlable m'ait empêché de faire l'autopsie dans le cas que je viens de décrire.

J'ai dit qu'à la dixième ponction les règles cessèrent et l'ovaire gauche s'hypertrophia tel que l'avait fait l'ovaire droit.

Je n'ai jamais donné plus qu'un seul coup de trocart pour vider complètement le sac dans les opérations subséquentes. Je suis donc à me demander s'il existait deux sacs ou s'il n'y en avait qu'un seul.

Dans la première hypothèse, comment put-il se faire qu'un seul coup de l'instrument les ait fait évacuer entièrement? Car c'est une règle bien reconnue que, quand la tumeur est multiloculaire, il faut faire séparément la ponction de chaque chambre ou cellule pour produire l'évacuation de chacune d'elles; conséquemment, il doit en être ainsi si l'hydropisie est double. Est-il permis de supposer qu'il peut y avoir endo ou exosome d'un sac à l'autre durant l'évacuation?

Cette dernière hypothèse me semblait presque inadmissible sinon impossible, on peut conclure, selon moi, qu'il n'existait qu'un seul sac du côté droit, le premier affecté; et que la tumeur à la région iliaque gauche n'était qu'une tumeur solide du genre adenoma ou fibrocistoïde.

* * *

Nouvelles médicales

Empoisonnement par le chloral. — Le docteur J.-L. Wherry, de Québec, est mort subitement vendredi le 9 avril, dans le courant de l'après-midi. Ses amis demandèrent qu'une enquête fût tenue immédiatement sur le corps du défunt. Le témoignage qui a été donné par madame Wherry devant le député coroner Belleau, prouve que le docteur souffrait de rhumatisme, il y a plus d'une semaine. Lundi soir, il envoya acheter pour la valeur de vingt-cinq centins de chloral, ce qui pouvait peser à peu près deux onces. Pendant la nuit il en prit plusieurs doses, la dernière, vers 10 heures et demie, vendredi matin. A une heure moins vingt minutes, madame Wherry alla dans sa chambre et le trouva raide mort. Le docteur Moffatt prouva dans son témoignage que le défunt était mort pour avoir pris une trop forte dose de chloral. Le verdict a été suivant les faits.

Petite vérole. — Cette affection sévit parmi les Canadiens de Brunswick, Etat du Maine.

Hypophagie. — La consommation de la viande de cheval, à Paris, en 1874, a été de 1.245,520 kilogrammes et elle augmente tous les jours.

Le nombre des boucheries de cheval, à Paris, en ce moment, est de 50.

Dans la banlieue, on en compte 5.

Encore les femmes médecins. — Parmi les étudiants admis à la pratique de la médecine, par le Collège des Médecins et Chirurgiens d'Ontario, est madame Jenny K. Frost. C'est la première fois que le Collège confère le titre de médecin à une femme.

Au mois de mars dernier, madame Frost a été graduée au Collège de médecine de Philadelphie.

— La Chambre des Communes d'Angleterre s'est occupée dernièrement de la discussion d'un projet de loi ayant pour but d'autoriser les universités d'Ecosse à conférer à des femmes les degrés de la science médicale. A la votation, il a été repoussé par une majorité de 43 voix.

— D'après le dernier recensement des Etats-Unis, il existe chez nos voisins cinq cent vingt-cinq femmes exerçant la profession de médecin.

Electricité hygiénique. — On lit dans l'*Abeille Médicale*: M. Poggioli a donné lecture à l'Académie de Médecine d'un mémoire intitulé: *Développement physique et intellectuel chez les jeunes sujets par l'électricité.*

Ce n'est pas sans quelque raison que la médecine générale accuse la spécialité de rêver des conséquences exagérées et d'oublier souvent les lois primordiales de la physiologie à leur poursuite. Nous ne savons si M. Poggioli se fait une arme spéciale et presque universelle de l'électricité, mais nous le croyons après l'avoir entendu exposer sa méthode de développement de l'intelligence au moyen de fluide électrique appliqué au cerveau. Avis donc à tous ceux qui ont le malheur d'avoir des enfants en retard (expression adoucie), M. Poggioli vous en fera des petits génies en les soumettant à quelques tours de disques vitreux.

Pendant que l'auteur faisait sa lecture étrange, il a passé sous nos yeux, comme sous ceux de beaucoup d'autres assistants, un petit papier sur lequel on lisait que, pour guérir les enfants paresseux et lourds d'intelligence, il fallait leur flanquer une *pile*.

L'opium en Chine. — Un missionnaire du Kian-Nan, en Chine, écrit à un de ses confrères:

«Ce n'est pas ici qu'il faut élever une controverse pour savoir si l'usage de l'opium est une chose indifférente. On montrerait des familles, naguère dans l'aisance, aujourd'hui désolées; les enfants, sans nourriture et sans vêtements, obligés de se faire voleurs; les femmes vendues et les fumeurs devenus pires que des bêtes brutes. Ce mal est très répandu dans les

viles et des personnes bien instruites vont jusqu'à dire qu'un Chinois, habitué à fumer de l'opium, est un homme perdu pour les affaires de la vie civile. Après avoir usé de ce dangereux poison, pendant trois années seulement, il ne sera plus propre qu'à satisfaire sa passion ou plutôt sa fureur. S'il peut y réussir, il traînera encore sa vie pendant assez longtemps; mais il sera réduit à un état complet de stupidité. Si, au contraire, les ressources lui manquent, alors il est en proie à des souffrances et à une langueur dont il ne se relèvera plus. Un fumeur ordinaire dépense au moins douze francs par jour, dont la moitié pour le poison et le reste pour les besoins qu'il impose. Or, c'est là une somme considérable pour la Chine.

Tableau affreux qui représente bien aussi les maux qu'engendre l'abus de l'alcool, autre poison malheureusement si en usage parmi nous.

La nouvelle Ecole de Médecine de Paris. — La reconstruction de l'Ecole de Médecine de Paris marchera de front avec la continuation du boulevard St-Germain, entre la rue Hautefeuille et le carrefour de l'Odéon, dont les plans viennent d'être soumis aux formalités de l'enquête publique à la mairie du 6e arrondissement.

Cette reconstruction permettra d'opérer un agrandissement rendu nécessaire par le nombre toujours croissant (dépassant aujourd'hui 4,500) des élèves qui suivent les cours de l'Ecole.

La dépense totale de ces travaux ne sera guère inférieure à neuf millions. Elle sera supportée par égales parties par le ministère de l'instruction publique et par la ville de Paris.

Le verdict d'un juge de paix. — Le docteur B... réclamait, depuis douze ans, une modeste somme de 56 francs pour soins donnés à un client très solvable. Ne pouvant rien obtenir, il se décide enfin à citer son ingrat client devant le juge de paix de son canton. Le juge reconnut les droits du médecin et condamna le client réfractaire à payer la somme demandée. Mais, chose inattendue et probablement inouïe, il condamna le médecin aux frais du procès. Or les frais s'élevèrent à la somme de 50 francs! Les jugements des juges de paix, quand ils ont une importance financière qui ne dépasse pas 200 francs, sont sans appel. N'est-ce pas la Fable de *l'Huître et les Plaideurs* mise en action? Les adversaires se sont séparés les mains et les poches vides; le fisc a tout gardé. — (*Union Médicale de Paris.*)

Responsabilité médicale en Angleterre. — Le docteur Davey s'était inoculé dans un accouchement la syphilis à l'index de la main droite. Ne connaissant pas encore le vrai caractère du mal, il procède à l'accouchement d'une autre cliente, à laquelle il communique à son tour la syphilis. Ayant ultérieurement reconnu chez lui la manifestation des symptômes secondaires, il s'empresse d'avertir l'accouchée et son mari du concours de circonstances qui s'était produit. Malgré cet acte de loyau-

té, une action lui fut intentée en justice. Le procès n'est pas jugé, mais M. Davey a dû verser, avant jugement, 12,500 francs à ses clients, à titre de dommages-intérêts. — *Bordeaux Médical.*

Nomination. — Le professeur Larue a été nommé inspecteur, en vertu de la loi concernant la falsification des comestibles; le docteur Douglas, inspecteur de gaz pour la cité de Québec et M. Aubin pour la cité de Montréal.

Beurre factice. — Nous publions dans ce numéro le procédé au moyen duquel on obtient ce nouveau produit. Une compagnie s'est formée à Hamilton, Ont., sous le nom du *Canada Suet Butter Company* pour exploiter cette nouvelle branche d'industrie. La compagnie a reçu dernièrement une demande de neuf cents livres de ce beurre factice pour exportation à la Jamaïque.

Condamnation. — Le docteur E. B. Sparham et W. H. Greaves, de Brockville, Ont., ont été trouvés coupables du meurtre de Sophie E. Burnham, l'avortement provoqué par le premier à l'instigation du second ayant amené la mort. Les malheureux ont été condamnés à être pendus le 23 juin prochain.

Un legs généreux. — Nous voyons, par le *Philadelphia Medical Times*, que feu M. Hopkins, de Baltimore, a légué la somme de \$3,500,000. pour la fondation d'une Université et de plus une somme égale pour la dotation d'un hôpital devant servir à la Faculté de Médecine de cette Université.

Hôpital Général de Montréal. — L'assemblée trimestrielle de cette institution a eu lieu le 28 avril, sous la présidence de Chs. Alexander, Ecr. Les dépenses pour ce quartier se sont élevées à la somme de \$7,134.72. Le nombre des malades admis a été de 558, dont 35 sont morts, 310 sont sortis guéris, 47 soulagés et 17 sans amélioration. Trente varioleux ont été admis, sur lesquels 10 sont morts. A la consultation, 3,807 prescriptions ont été données, 3,124 à des catholiques et 683 à des protestants. La démission du docteur Chipman comme médecin interne fut acceptée et le docteur Cameron nommé à sa place, avec le docteur Cline comme assistant. M. Burland a été chargé de remplir les fonctions de pharmacien.

Départ pour l'Europe. — Le docteur Chipman, qui a rempli, durant les trois dernières années, les fonctions d'interne à l'hôpital Général, part pour l'Europe par le steamer « Polynesian ». A son retour, il se propose de se fixer en Haut-Canada.

Bureau de santé. — Il appert par le rapport du Trésorier de la Cité que les dépenses du Bureau de Santé pour l'année 1874 ont été de \$21,010.33. La plus grande partie de cette somme a servi au maintien de l'hôpital des varioleux.

ANALYSES

Dans le but d'uniformiser les indications bibliographiques qui accompagnent les analyses, afin de les rendre plus complètes et utilisables, on est prié des les inscrire dans l'ordre suivant adopté par le « Quarterly Cumulative Index Medicus »: nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, le volume, la page, le mois (le jour du mois si le périodique est hebdomadaire), l'année. Exemple: J. Beerens. — Tuberculose et démence précoce. « Ann. Méd.-psychol. » 94: 1 (juin) 1938.

MEDECINE

Manfred KRAERNER. — **La réaction de coagulation du sérum; sa signification clinique.** "Amer. Jour. of Dig. Dis.", 9: 129 (avril) 1942.

La réaction de Weltmann ou réaction de coagulation du sérum est basée sur les faits suivants: le sérum sanguin dilué dans l'eau distillée 1.50 et bouilli ne coagule pas; si une petite quantité d'électrolyte (CaCl_2 ou autre) est ajoutée au sérum dilué, il se produit une coagulation des protéines. On met dans 10 tubes à hémolyse 0.1. c.c. de sérum et on ajoute 5 c.c. d'une solution de chlorure de calcium variant de 0.1% à 0.01%, puis l'on chauffe pendant 15 minutes. Normalement la coagulation se produit jusque dans les tubes 6 ou 7 qui contiennent 0.06 et 0.07% de chlorure de calcium. S'il y a quelque part dans l'organisme un processus inflammatoire ou tumoral, la coagulation se produit dans un tube à concentration plus élevée, le tube 4 ou 3 ou 2; il y a alors déviation vers la gauche.

L'auteur a pratiqué ce test chez 1,200 patients ambulatoires pour la plupart et sains pour un bon nombre (examen périodique d'employés). Sur ce nombre 87 individus ont donné un Weltmann de 4 ou moins et dans chacun de ces cas l'examen complet a pu déceler la présence d'un processus inflammatoire ou tumoral. Le test fut remarquablement positif dans les affections inflammatoires, ulcéreuses ou cancéreuses du tube digestif.

Les fausses réactions positives sont rares.

Quand le Weltmann est positif, le taux de sédimentation est habituellement élevé, mais cette dernière réaction est moins précoce, disparaît plus lentement après guérison et est parfois absente. Au point de vue pronostic, le test de Weltmann est préférable au taux de sédimentation, le retour à la normale se faisant plus précocement.

J.-P. DUGAL.

Cyril M. MacBRYDE et Harold K. ROBERTS. — **Insuline-protamine-zinc modifiée. Amélioration sur l'I.-P.-Z. standard.** "J. A. M. A.", 122: 1225 (18 août) 1943.

L'introduction de l'insuline-protamine-zinc dans le traitement du diabète a contribué à réduire sensiblement le nombre des injections chez la grande majorité des diabétiques. De plus, cette insuline diminue nettement l'intensité des poussées hyperglycémiques post-prandiales qui surviennent chez les malades traités par

l'insuline ordinaire, assurant ainsi un meilleur contrôle du diabète dans les cas de gravité moyenne.

Cependant, même avec l'insuline-protamine-zinc, il est assez souvent difficile de combattre efficacement l'hyperglycémie post-prandiale dans les diabètes sévères, tout en évitant l'apparition de réactions hypoglycémiques au cours de la nuit. Pour obvier à cet inconvénient et pour obtenir un meilleur contrôle dans les cas graves, les auteurs proposent l'emploi d'une insuline-protamine-zinc modifiée contenant une proportion définie d'insuline ordinaire et d'insuline-protamine-zinc. Ils en arrivent à l'emploi de cette préparation après avoir expérimenté avec succès un traitement combiné consistant en deux injections simultanées: l'une d'I. P. Z. et l'autre d'insuline ordinaire dans la proportion de 3 à 1. Cette association d'une insuline à action lente et d'une insuline à action rapide assure un contrôle de beaucoup supérieur à celui obtenu par l'emploi exclusif soit de l'I. P. Z., soit de l'insuline ordinaire: cette dernière assurant un meilleur contrôle de l'hyperglycémie post-prandiale, la première maintenant la glycémie nocturne au voisinage de la normale.

L'I. P. Z., telle qu'elle est préparée actuellement, contient un excédent de 40% en protamine. Le mélange à parties égales de l'I. P. Z. et de l'insuline ordinaire amène la combinaison de cet excédent de protamine, laissant libre 60% de l'insuline ordinaire contenue dans le mélange, ce dernier contient donc 30% d'insuline libre. Lorsque le PH du mélange est aux environs de 5, toute l'insuline se trouve combinée; avec un PH de 7.2, identique à celui des liquides organiques et des tissus, 25% de l'insuline contenue dans la préparation reste libre et conserve une action rapide.

Les auteurs ont expérimenté cette nouvelle préparation d'insuline (Insuline-protamine-zinc spéciale) chez de nombreux diabétiques. Les résultats qu'ils en ont obtenus semblent fort encourageants. L'emploi de cette préparation assure un contrôle nettement supérieur à celui obtenu avec l'insuline-protamine-zinc ou l'insuline ordinaire; le contrôle est aussi bon, sinon meilleur qu'avec le traitement combiné: insuline ordinaire, I. P. Z. en deux injections simultanées.

De l'avis des auteurs, l'emploi de plusieurs variétés d'insuline n'est pas à conseiller; le traitement du diabète doit être simplifié au possible. En pratique, deux variétés d'insuline paraissent nécessaires: l'insuline-protamine-zinc modifiée qui peut être substituée avec avantage à l'I. P. Z., l'insuline ordinaire employée dans les cas d'urgence ou lorsqu'un supplément d'insuline est nécessaire.

Honoré NADEAU.

E. A. HINES Jr. — **Le traitement de la maladie hypertensive.** "Proc. of the Staff Meetings of the Mayo Clinic", 17: 184 (25 mars) 1942.

Il n'y a pas de traitement spécifique de la maladie hypertensive. On ne peut guérir un hypertendu. Cer-

tains traitements peuvent améliorer les malaises et abaisser la pression; mais aucun ne guérit.

Le traitement devrait s'instituer avant que la maladie elle-même apparaisse: le genre de vie doit viser à éviter au système vasculaire le surmenage et la tension, mais les patients ne consultent que lorsqu'ils souffrent réellement de leur hypertension.

La première chose à faire pour le médecin est de rechercher les facteurs secondaires capables d'ajouter aux effets de la maladie existante, et les faire disparaître si possible.

On a publié plusieurs travaux, dans ces trois dernières années, rapportant des cas de patients souffrant d'hypertension avec lésion rénale unilatérale, où l'hypertension est disparue avec l'ablation chirurgicale du rein malade.

On admet aujourd'hui que seule l'hypertension accompagnant la pyélonéphrite unilatérale disparaît avec la néphrectomie. Règle générale, l'hypertension est essentielle.

Traitement médical

Ce traitement donne peu de résultats.

On ne doit pas oublier le facteur héréditaire dans l'écllosion de cette maladie et recommander à ces malades d'éviter tout surmenage, toute tension du système vasculaire, toute angoisse inutile, même si ces gens sont des «hyporéactifs», quoique cette maladie se rencontre peu chez eux. La plupart des hypertendus craignent les effets possibles de leur maladie et deviennent anxieux. Souvent une parole mal placée du médecin traitant contribue à entretenir cette angoisse.

L'hypertendu doit avoir une règle de vie bien déterminée visant au relâchement général: périodes de repos le jour, vacances périodiques, une occupation ne créant aucune ambition, ne comportant aucune compétition. Fumer peu ou pas du tout.

Il faut souvent des doses médicamenteuses sédatives plus élevées qu'à l'ordinaire pour produire un effet calmant chez l'hypertendu à tempérament hyperactif.

Les thiocyanates, de tous ces médicaments, semblent les plus actifs, surtout depuis qu'on peut en déterminer la concentration dans le sang. Celle-ci doit se maintenir entre 6 et 12 mgr. pour 100 c.c. de sang. En bas de 6 mgr. l'effet est nul, au-dessus de 14 mgr. il y a danger d'intoxication. Il y a des intolérances individuelles qui demandent à être surveillées. Ce dosage doit être fait une fois par semaine d'abord, jusqu'à ce qu'on obtienne des chiffres identiques de concentration stable, puis une fois par mois.

Les thiocyanates font disparaître la céphalée, l'insomnie et la nervosité. L'intoxication par les thiocyanates se manifeste par une nervosité accrue, des troubles cutanés, des nausées, des vomissements et un état de confusion mentale. Ces malaises n'arrivent pas si la concentration ne dépasse pas 15 mgr. pour 100.

Régimes

Ils ont peu d'influence. Les régimes hypo ou déchlorurés ont donné peu de résultats. Il serait même dange-

reux de prolonger un régime trop restreint en sel ou en protéines à moins qu'il ait été démontré que la pression artérielle ait baissé pour la peine. Les régimes spéciaux ont été rayés de la thérapeutique de l'hypertension excepté chez l'obèse et le brightique.

Traitement chirurgical

Diverses opérations portant sur le sympathique ont été préconisées. A la Clinique Mayo les opérations de choix ont été les sections du grand, du petit, et du moyen splanchnique, avec résection partielle des ganglions coeliaques et de la chaîne lombaire supérieure.

Depuis 6 ans, 450 opérations semblables ont été pratiquées. Mortalité nulle.

Allen et Adson ont rapporté 13% d'excellents résultats, et 18% de bons. Dans 30% il n'y eut aucun changement dans la valeur de l'hypertension et dans 39% les résultats n'ont duré que quelques mois.

Les malaises ont été améliorés dans 80% des cas, que le chiffre de l'hypertension ait été influencé ou non. Les cas doivent être soigneusement choisis cependant. Voici les critères sur lesquels on se base, à la Clinique Mayo, maintenant, pour juger de l'indication opératoire.

Si la pression redevient normale ou presque à chacun de ces tests, on peut penser que l'opération sera suivie de résultats appréciables.

1er test: injection intraveineuse lente et intermittente d'une solution de pentothal sodium à 5% jusqu'à ce que la pression atteigne un niveau qu'elle ne dépasse plus. (On injecte habituellement 500 mgr. à 1 gramme.)

2ième test: administration de 3 grains (0.2 gm.) d'amy-tal sodium toutes les heures pendant 3 heures.

3ième test: administration de ½ grain (0.032 gm.) de nitrite de soude toutes les demi-heures pendant 3 heures.

4ième test: prise de la pression artérielle toutes les heures pendant 24 heures aussi bien pendant le sommeil qu'à l'état de veille.

Une réponse non satisfaisante à ces tests est la garantie d'un échec opératoire. De plus, même avec tests satisfaisants, les résultats opératoires sont des plus aléatoires.

Les opinions variables des chirurgiens, dont les uns ne veulent pas attendre que l'hypertension se soit fixée avant d'opérer et les autres ne veulent pas tomber aux hypertensions légères, compliquent singulièrement la question.

Les autres contre-indications sont: l'âge (au-dessus de 50 ans), les cœurs défaillants, l'angine de poitrine, les insuffisances rénales importantes, et l'artério-sclérose marquée.

Par contre, les spasmes et les scléroses apparentes des artères rétiniennes, la rétinite, une légère augmentation de volume de l'aire cardiaque, l'inversion du T. électrocardiographique, l'albuminurie, une légère insuffisance rénale ou un accident passager du système vasculaire cérébral ne constituent pas des contre-indications proprement dites.

Extraits rénaux

Les travaux de Grollman, Williams et Hanison, de

Page et ses collaborateurs provoquent un intérêt considérable. Il est à souhaiter qu'ils aient trouvé dans ces extraits rénaux la base d'un futur traitement spécifique de l'hypertension artérielle. Ces travaux ne sont cependant encore qu'à l'état expérimental.

Il semble que l'extrait rénal de force toujours identique soit très difficile à obtenir. D'un autre côté le coût énorme de l'extraction en rend l'usage presque inabordable.

Sylvio LeBLOND.

CARDIOLOGIE

Linn J. BOYD et David SCHERF. — **Le sulfate de magnésium dans la tachycardie paroxystique.** "Am. Jour. Med. Sc.", 206: 43 (juillet) 1943.

Les auteurs résument leurs expériences de l'emploi du sulfate de magnésium par voie intraveineuse dans le traitement de la tachycardie paroxystique. Onze malades dont l'âge varie entre 27 et 72 ans ont reçu en tout 20 injections. La plupart de ces malades étaient porteurs de lésions cardiaques organiques, quelques-uns présentaient des signes de décompensation. Huit malades avaient une tachycardie auriculaire paroxystique; 2, une tachycardie ventriculaire et un malade avait un flutter auriculaire.

D'excellents résultats furent obtenus dans 6 cas. Chez un malade on a pu juguler quatre crises par le sulfate de magnésium. Une solution à 10% de sulfate de magnésium a été inefficace dans un cas de tachycardie ventriculaire et un cas de tachycardie auriculaire.

L'injection est immédiatement suivie d'une sensation de chaleur intense, parfois de vertiges, d'étourdissement et de nausées, sans vomissement. Dans la plupart des cas, l'attaque de tachycardie cesse avant la fin de l'injection ou immédiatement après. Si l'effet ne se produit pas immédiatement, il est ordinairement nul. L'action du sulfate de magnésium semble être identique à celui de la quinidine administrée par la même voie et qui agit immédiatement ou pas du tout.

Le traitement de la tachycardie paroxystique doit d'abord consister à mettre en œuvre les divers réflexes d'origine vagale qui réussissent à arrêter la crise dans un grand nombre de cas. Le traitement médicamenteux n'est employé que lorsque ces manœuvres ont échoué. L'administration orale de la quinidine a souvent de bons effets, mais après plusieurs heures ou plusieurs jours. L'injection intraveineuse de quinidine a une action rapide, mais elle n'est pas sans danger.

Le magnésium est un antagoniste du calcium, il inhibe les centres d'excitabilité cardiaque. Le magnésium disparaît rapidement du sang, mais il semble s'accumuler dans le muscle cardiaque, lorsque les injections sont répétées.

Le sulfate de magnésium doit être employé avec grande prudence lorsqu'il existe des lésions importantes du myocarde, des troubles marqués de la conduction intramyocardique, ou lorsqu'il existe un bruit de galop.

Le sulfate de magnésium est administré par voie intraveineuse à la dose de 15 à 20 c.c. d'une solution à 20%, l'injection est faite en 30 secondes. A cette dose la solution à 20% semble donner des résultats plus appréciables qu'une plus grande quantité d'une solution à 10%.

Honoré NADEAU.

Abner GOLDEN, Lewis DEXTER et Soma WEISS. — **Atteinte vasculaire faisant suite à la toxémie de la grossesse.** "Archives of Internal Medicine", 72: 301 (septembre) 1943.

La toxémie de la grossesse est un trouble vasculaire aigu caractérisé par l'apparition dans la dernière moitié de la grossesse: a) d'une élévation anormale de la pression artérielle; b) d'une augmentation dans le degré d'albuminurie; c) d'un œdème généralisé; d) d'une rapide diminution de ces anormalités avant ou immédiatement après l'accouchement.

Donc, le seul fait de constater une pression artérielle élevée ou de l'albumine dans les urines n'est pas suffisant pour affirmer toxémie; il faut une augmentation de ces symptômes dans la deuxième partie de la grossesse.

La toxémie surviendrait dans environ 6 à 9 pour cent de toutes les grossesses, et 25 pour cent des femmes chez qui la toxémie se développe resteraient avec une atteinte vasculaire. Ce qui fait une moyenne de deux pour cent de tous les accouchements.

La question a souvent été posée si, chez la femme à tension normale, l'atteinte vasculaire survenait plutôt dans un terrain propice, c'est-à-dire chez des femmes ayant déjà une hypertension latente et insoupçonnée. Les auteurs sont d'avis contraire et croient que la cause première est bien dans la toxémie elle-même. S'il n'y a aucune raison de soupçonner une hypertension latente chez un patient faisant une néphrite aiguë, il n'y en a pas plus dans le cas d'une femme enceinte faisant une toxémie.

L'analogie clinique de la toxémie de la grossesse et ses effets avec la néphrite aiguë et ses effets est frappante, bien que ces deux maladies aient une étiologie et une pathogénie différentes. Par exemple dans la toxémie on ne retracera pas d'infection précédente du système respiratoire, et très rarement il y aura des globules rouges en quantité à l'examen des urines, excepté cependant dans les cas d'éclampsie. Toutes les deux représentent un type d'affection vasculaire aiguë caractérisée par l'hypertension, l'albuminurie et l'œdème. Dans chacune il y a atteinte des glomérules du rein et toutes deux peuvent laisser des dommages irréparables. De même que la néphrite aiguë diffère du type chronique qui la suit, ainsi la toxémie de la grossesse diffère des troubles vasculaires chroniques qui cependant en sont la conséquence.

Les auteurs soulignent la difficulté qu'on rencontre parfois à déterminer la présence ou l'absence d'hypertension, si l'on n'est pas au courant de l'état pré-gravidique. Chez certaines hypertendues la tension pourra baisser

dans le deuxième trimestre, ou, ce qui est moins fréquent, rester à la normale tout le temps de la grossesse, quitte à augmenter après. Comme exemple, le cas d'une femme de 35 ans chez laquelle l'hypertension persista après son deuxième accouchement jusqu'à une troisième grossesse deux ans après, alors que pendant tout le temps de cette troisième grossesse la tension resta à la normale et augmenta à 180 — 100 un mois après.

Bien que souvent la pression artérielle et l'urine reviennent à la normale quelques jours ou au plus quelques semaines après l'accouchement, parfois l'hypertension et l'albuminurie peuvent durer des mois avant de disparaître. Dans la majorité des cas cependant, la pression artérielle et l'urine ne reviennent jamais au niveau pré-gravidique; on trouve dans les urines une quantité variable d'albumine et la tension artérielle peut rester sur la limite ou définitivement élevée.

La maladie une fois établie, le cours sera celui d'une affection chronique avec toutes ses variantes, soit que la forme hypertensive prédomine, soit que la forme albuminurique prédomine, dépendant un peu de la prédominance de l'une ou de l'autre affection pendant la grossesse.

La fin surviendra soit par insuffisance cardiaque, hémorragie cérébrale ou insuffisance rénale. A l'examen « post mortem », on trouve que les reins ont les changements histologiques caractéristiques de néphrosclérose.

L'important quant à ce groupe de patients réside moins dans le traitement de la maladie établie que dans sa prévention qui pourrait se faire mieux et plus facilement qu'on le croirait. En effet, la durée, beaucoup plus que la sévérité de la toxémie, contribuera plus tard au développement de l'atteinte vasculaire. C'est pourquoi les auteurs conseillent d'arrêter la grossesse après trois semaines si le traitement n'a pas donné d'amélioration. L'on pourrait peut être ainsi prévenir l'hypertension post-toxémique dans la plupart des cas, et, selon Irving, si l'accouchement était provoqué entre la 32^e et 36^e semaine, il y aurait moins d'enfants mort-nés. C'est d'ailleurs le temps où très souvent la toxémie apparaît (34^e semaine pour certains auteurs).

Félix TETU.

CHIRURGIE

Frederick A. COLLIER et Henry K. RANSOM. — **Cancer du rectum.** "Surg. Gyn. and Obst.", 78: 304, 1944.

Dans ce travail, les A. présentent une série de 571 cas de cancers du rectum et du recto-sigmoïde observés au cours d'une période de 6 ans et ½.

Le malade le plus âgé avait 82 ans, le plus jeune 22. Le diagnostic a été établi par les moyens d'examen habituels: exploration digitale ou manuelle, recto-sigmoïdoscopie, radiographies, biopsie, laparotomie exploratrice.

Ils insistent sur l'importance de la biopsie, bien des polypes adénomateux présentant des possibilités de

malignité qui dégénèrent par la suite en cancers, lorsqu'ils ne sont pas décelés assez tôt.

Tous les cas observés n'ayant pas été traités par la résection radicale, plusieurs ont reçu un traitement chirurgical palliatif ou un traitement conservateur.

Ces traitements consistent en radiumthérapie ou radiothérapie, excision des polypes, cœcostomies, colostomies et radiothérapie combinées.

Les A. énumèrent les causes de morts opératoires survenues à la suite de colostomies: péritonites, infections pulmonaires, cachexie, accidents cardio-vasculaires, embolies pulmonaires, péritonites et embolies pulmonaires combinées, perforation du cœcum, obstruction intestinale, tuberculose pulmonaire.

Les A. ont pratiqué dans 285 cas des excisions radicales en un seul temps, généralement par résection abdomino-périnéale. Dans les cas compliqués par l'âge ou l'obésité, ils ont pratiqué la méthode de Mummery. Ils exposent en détails la technique de Miles suivie dans les 269 cas traités selon le premier procédé. Les principales complications survenues à la suite de ces interventions relèvent principalement du système pulmonaire et du système génito-urinaire.

D'après les A., la chirurgie demeure le principal traitement du cancer du rectum et du recto-sigmoïde, et la méthode en un temps qu'ils emploient augmente les chances de guérison, sans accroissement notable de la mortalité opératoire.

Pierre SMITH.

Joe Vincent MEIGS. — **Cancer du col utérin. Opération de Wertheim.** "Surg. Gyn. and Obst.", 78: 195, 1944.

L'A., dans ce travail, veut démontrer que, chez des patients bien choisis et bien préparés, l'opération de Wertheim, améliorée par la méthode de dissection des ganglions lymphatiques pelviens employée par Taussig, peut être pratiquée sans danger de mortalité élevée. Il appuie sa démonstration sur la présentation de 47 cas.

Cinq raisons principales l'ont conduit à adopter cette méthode de cure opératoire des cancers du col utérin: 1) La résection du col supprime les chances de récurrence locale. 2) Elle supprime également, si pratiquée précocement et largement, toute possibilité de nouvelles poussées cancéreuses de voisinage. 3) Certains cancers du col sont rebelles à la radiothérapie, comme le prouvent les biopsies pratiquées après traitement radiothérapique. 4) Moindres risques de lésions intestinales ultérieures, si l'on pratique l'intervention chirurgicale. 5) Seule la chirurgie peut faire disparaître les métastases cancéreuses qui atteignent les ganglions lymphatiques profonds du pelvis.

L'A. explique ensuite la thérapeutique et les soins préopératoires qu'il emploie afin de tirer le maximum de l'intervention chirurgicale qu'il pratique: transfusions, vitamines, sulfadiazine, puis sulfanilamide, radium dans certains cas avec ou sans radiothérapie (radiations dans 40,4% des cas). Il décrit ensuite la technique opératoire employée.

A part le danger des traumatismes de l'uretère, notamment des fistules, survenant dans 10% des cas, et qu'il faut chercher à réduire, l'A. estime que le traitement chirurgical qu'il préconise est, à son avis, supérieur au seul traitement radiothérapique. Sur les 47 cas présentés, il n'enregistre aucune mort opératoire, et l'ensemble des résultats post-opératoires est assez satisfaisant.

Pierre SMITH.

GYNECOLOGIE

Evcm SHUTE. — **Que signifie la rétroversion utérine ?** "Can. M. A. J.", 48: 514 (juin) 1943.

Normalement la rétroversion utérine existe chez un quart des femmes.

L'auteur étudie une série de cas pris au hasard et constate que l'utérus en position normale cause quatre fois plus de dysménorrhées et de ménorragies que la rétroversion. Il en est de même pour la stérilité et les douleurs lombaires.

La grossesse ne modifie que rarement la position de l'utérus et, dans ces cas, elle peut corriger quatre fois plus de rétroversions qu'elle n'en peut produire.

L'incarcération de l'utérus dans la cavité pelvienne est très rare. Depuis 10 ans, la littérature n'en a publié que 17 cas.

La fréquence de la rétroversion dans les avortements n'est pas anormale.

Une série de 35 suspensions utérines montre des résultats déplorables à quelques exceptions près. Les « guérissons » à la suite de correction de rétroversion sont critiquables.

Pierre JOBIN.

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE

J. WILSON et F. McKEEVER. — **Le rôle des sulfamidés dans le traitement de l'ostéomyélite.** "The Journal of Bone and Joint Surgery", 25: 41 (janvier) 1943.

Les auteurs, sur 31 patients bien suivis, ont tenté de se faire une idée exacte de la valeur des sulfamidés dans le traitement de l'ostéomyélite aiguë.

Les malades comprenaient 20 garçons et 11 filles; ils ont remarqué que l'extrémité inférieure est trois fois plus souvent atteinte que l'extrémité supérieure. La maladie évoluait depuis 5 jours. Toujours la radiographie a été négative. Le staphylocoque doré était 28 fois en cause.

La quantité de sulfamidés donnée aux premiers patients a été très variable. C'est le sulfathiazole qui a été employé à la dose de 4.6 gms durant 11.7 jours chez 21 patients. La sulfapyridine, le sulfanilamide ont aussi été employés. Toujours la concentration sanguine a été suivie.

Chez 27 patients, il a fallu intervenir chirurgicalement alors que la présence de pus était évidente, ceci surtout entre le 8e et le 14e jour. L'intervention a consisté dans

23 cas en un drainage des parties molles et de l'os; chez 8 de ces sujets, il a fallu réintervenir pour enlever des séquestres.

Le résultat clinique de la chimiothérapie a été une amélioration très rapide et marquée de l'état général. Dans 50% des cas environ, il y a eu chute rapide de la température, mais incomplète tant que l'abcès n'a pas été incisé. Quelques cas ont fait de la fièvre durant tout le temps où le sulfathiazole a été administré. Ils sont devenus apyrétiques dès que le sulfamidé a été discontinué.

Sur l'os, le sulfathiazole a paru amener une destruction moins étendue de l'os et une réparation plus rapide. Dans quelques cas même, il n'y a pas eu de séquestres.

Quelques cas (3) ont guéri sans aucune intervention chirurgicale. Cependant ceci s'était rencontré avant l'ère des sulfamidés.

Les auteurs ont aussi constaté que, depuis l'emploi des sulfamidés, il se développe à peu près pas de foyers secondaires — 13% seulement alors qu'auparavant on constatait 27.6%. Sur les 31 patients il y a eu une mortalité.

Tous les survivants ont été revus en 1942. Vingt et un présentent une reconstruction osseuse excellente sans abcès central avec résultat fonctionnel très bon.

Les auteurs concluent en disant que des sulfamidés doivent être employés, qu'ils agissent surtout sur le sang, mais qu'il ne faut pas perdre de vue que l'abcès ouvert au bon moment amènera la guérison complète.

L-Ph. ROY.

R. BRISTOW. — **Quelques leçons de chirurgie fournies par la guerre.** "The Journal of Bone and Joint Surgery", 25: 524 (juillet) 1943.

L'auteur dans son article, montre l'organisation actuelle du traitement des blessés et comment les blessures sont traitées, du moins en Angleterre et dans les armées anglaises.

En 1939, comme l'on prévoyait, à la suite des raids aériens, autant de victimes parmi les civils que parmi les militaires, ce furent les hôpitaux civils qui reçurent les blessés et l'on développa 19 centres orthopédiques où étaient adressées les fractures, les déformations de la colonne et des membres ainsi que les blessures nerveuses. L'on se rendit compte très vite qu'il valait mieux, pour de multiples raisons, que chaque hôpital ait son centre orthopédique; ainsi 15 centres orthopédiques furent attachés aux hôpitaux militaires anglais avec toute l'organisation d'une section orthopédique dans un hôpital civil ordinaire. La section orthopédique possède un centre de convalescence où sont envoyés les hommes qui pourront retourner à leur unité dans 4-6 semaines. L'armée américaine en Angleterre s'organise de la même façon; on procède ainsi au Moyen-Orient.

Bristow rapporte ensuite quelques détails sur le nombre des victimes des bombardements en Angleterre, la façon dont on a procédé alors pour traiter les 50,000 blessés qu'il y a eu. On a organisé trois centres

spéciaux pour s'occuper des blessures nerveuses; sur 1.316 blessures nerveuses, on est intervenu 436 fois, soit le 1/3, et c'est le cubital qui a été le plus souvent intéressé.

L'auteur parle ensuite du traitement des blessures. C'est le traitement du choc, de l'hémorragie et la prévention de l'infection qui doivent être en vue constamment. La transfusion sanguine, les sulfamidés ont révolutionné le pronostic des blessures, surtout la rapidité avec laquelle les blessés parviennent à l'hôpital où ils seront traités.

Bristow recommande, par la bouche, de 20 à 25 grammes de sulfanilamide pour les 5 à 7 premiers jours, il précise bien cependant que leur emploi ne doit pas faire perdre de vue le nettoyage complet de la plaie. Localement, les sulfamidés doivent être employés avec discrétion, car, à une trop grande concentration, ils lèsent les nerfs périphériques. *Jamais les plaies ne doivent être suturées.* La toilette de la plaie terminée, on applique sur les membres un plâtre pour bien fixer le pansement; ce plâtre, dans les fractures du fémur et du tibia, ne dispense pas de la traction. Bristow décrit ici la façon de procéder pour immobiliser et faire traction en même temps sur les fractures ouvertes du fémur ou de la jambe et pour transporter ces blessés.

Quant aux blessures de la hanche, des fesses ou du 1/3 supérieur de la cuisse, l'emploi d'un spica plâtré est discutable, généralement plutôt condamnable, de même que le spica de l'épaule, pour fractures hautes de l'humérus. Dans les amputations faites dans une zone avancée du théâtre de la guerre, ne jamais fermer le moignon.

Bristow résume en disant que les mêmes erreurs que nous avons apprises à éviter durant la guerre de 14-18 sont encore celles qui ont donné le plus de trouble: ne jamais fermer les plaies, ni les lambeaux dans une amputation; la vaseline ou la gaze vaselinée doit servir à recouvrir une plaie, non à la transformer; la peau ne doit pas être enlevée inutilement dans le nettoyage de la plaie; les fractures exigent une immobilisation et une traction à la fois.

Quant aux blessures des nerfs périphériques, il n'y a qu'une façon de les réparer, c'est la suture «bout à bout». Malgré d'actives recherches, la chirurgie nerveuse en ce sens n'a pas progressé.

Les accidents lors de l'entraînement sont également nombreux. Les entorses du pied, du genou, les fractures du calcanéum, les blessures des mains sont monnaie courante, de même que les blessures des parachutistes. Au genou, Bristow conseille d'être très peu interventionniste chez le militaire à qui il faudra des mois de repos avant de pouvoir retourner à l'exercice. Ne jamais intervenir s'il y a présence de lésion des ligaments croisés ou arthrite chronique.

Le soldat qui se fait une entorse du pied doit être examiné minutieusement; souvent le repos complet de quelques jours sera le meilleur traitement avant la physiothérapie. L'intervention pour hallux-valgus est mauvaise chez le militaire.

Les fractures du calcanéum sont assez fréquentes; lorsqu'il y a fracture avec déplacement, on procède ainsi: réduction avec l'appareil d'Erhalt si elle est bonne, alors plâtre avec broche pour un mois, puis exercices et béquilles pour 3 mois consécutifs avant de permettre la marche sur le talon.

Les fractures du scaphoïde carpien guérissent bien si diagnostiquées tôt, réduites et plâtrées; diagnostiquées tardivement, le forage ne semble pas à conseiller chez le soldat.

Les fractures ou les blessures de la main doivent être bien immobilisées assez ni trop longtemps.

Bristow conclut en disant que le chirurgien orthopédiste doit mettre tout en œuvre pour que le militaire retourne à son unité ou à l'industrie le plus tôt possible; pour ce faire, il doit exercer toute son habileté sur le traitement des petites lésions rencontrées dans l'entraînement, sur le soin des défauts des pieds, les blessures des doigts et des orteils. Qu'est-ce que le médecin militaire peut attendre comme travail, comme promotion dans l'armée? Bristow répond qu'en définitive ce qui compte, c'est ce que nous avons à donner et non ce que nous pouvons retirer.

L-Ph. ROY.

PEDIATRIE

F. H. RICHARDSON. — **Peut-on servir des aliments frits aux enfants?** "The Jour. of Ped.", 24: 199 (février) 1944.

Voulant connaître le bien-fondé de cette doctrine qui veut que les fritures soient exclues du régime de l'enfant, Richardson poursuit une enquête de différents côtés à la fois.

Il interroge d'abord la littérature de recherche scientifique. Puis il passe en revue les idées exprimées couramment sur ce sujet par différents auteurs, dans plusieurs volumes reconnus, traitant du soin des enfants, et dans les bulletins de santé publiés par le gouvernement américain. L'auteur examine également les croyances populaires qui ont cours dans le grand public et parmi la profession médicale, en général. Enfin, Richardson recueille l'opinion de nombreux spécialistes en nutrition et en pédiatrie, au sujet de l'innocuité ou du danger des aliments frits chez l'enfant.

Son enquête le conduit à énoncer les conclusions suivantes:

1) Il existe une croyance très répandue, chérie des médecins et du public, à l'effet que les aliments frits sont nocifs pour tout le monde, en général, et qu'ils sont particulièrement nuisibles pour les enfants.

2) Les volumes traitant de nutrition et de diététique, de même que les bulletins sanitaires et les pamphlets émis par le gouvernement, semblent, au premier coup d'œil, favoriser ce point de vue, et apporter un appui scientifique à cette croyance populaire.

3) Mais le fait est qu'une analyse impartiale de tout ce matériel démontre clairement que de tels avancés ne sont pas confirmés par des preuves scientifiques. Ce

sont des affirmations gratuites, de simples vues de l'esprit, dépourvues de documentation scientifique sérieuse. Il s'agit plutôt de la répétition, à travers presque tous les volumes, sous des phrases différentes, du même vieux préjugé.

4) Il est intéressant de noter que plusieurs des accusations portées contre les aliments frits, indiquent que c'est la façon impropre de faire frire ces mêmes aliments qui a provoqué injustement la condamnation en bloc de toutes les fritures.

5) En opposition à ces préjugés non fondés, il existe toute une catégorie de spécialistes en nutrition, de biochimistes, de physiologistes et de pédiatres de renom qui soutiennent que les aliments convenablement frits ne peuvent être dommageables aux enfants en aucune façon.

6) Il n'existe, dans toute la littérature, qu'une seule étude expérimentale faite chez l'homme sur la digestion des aliments frits. Il s'agit d'un travail de Boggess et d'Ivy publié en 1927. Ils choisirent la patate frite dans leur expérience conduite chez 2 chiens et chez 5 êtres humains. Boggess et Ivy concluent que, chez la plupart des individus normaux, la patate frite n'est pas plus susceptible de causer des troubles digestifs que la patate bouillie.

Norbert VEZINA.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Geo. M. LEWIS et Mary E. HOPPER. — **Les teignes du cuir chevelu.** "American Archives of Dermatology and Syphilology", 49: 107 (février) 1944.

L'épilation par la méthode de Sabouraud ou celle plus rapide de Kienbock-Adamson est employée par la plupart des dermatologistes dans les cas de teignes tondantes du cuir chevelu résistant aux traitements ordinaires. Cependant une épilation aux rayons X n'intéressant que la ou les régions infectées, peut être suffisante dans certains cas localisés. Les auteurs décrivent la technique qu'ils emploient dans ces cas.

Les cheveux malades reconnus par l'examen à la lumière de Wood sont coupés ras et un spécimen est envoyé au laboratoire pour culture. La région rasée est alors recouverte de bandes adhésives (plaster). Une semaine plus tard, si l'agent causal est le microsporon Audouini, si les lésions ne se sont pas étendues et si un traitement à la trichophytine ou un traitement topique ont été inefficaces, la limite des lésions est marquée au crayon et on fait une application de rayons X à dose épilante. Des bandes adhésives sont de nouveau appliquées et le malade est examiné au bout de 2 semaines. Si aucune lésion ne s'est développée, le malade est revu une semaine plus tard. A ce moment la plupart des cheveux malades sont tombés et, s'il en reste quelques-uns, ils cèdent facilement à l'épilation manuelle. Le malade est considéré comme guéri quand aucune nouvelle lésion n'est trouvée à deux examens faits à deux semaines d'intervalle.

Les bandes adhésives sont destinées à empêcher les lésions de s'étendre. Elles doivent rester en place presque tout le temps que dure le traitement. Tout au plus, doit-on les enlever quelques heures par jour et, pendant ce temps, enduire le cuir chevelu d'une pommade au mercure.

Les auteurs traitèrent 14 cas de teigne tondante par cette méthode. Douze de ces malades guérirent complètement 3 semaines environ après l'épilation. Dans les 2 autres cas des complications retardèrent la guérison.

Les principaux avantages de la méthode employée par les auteurs sont les suivants: épilation rapide, limitée et peu dangereuse, guérison rapide. Elle ne doit pas cependant être employée dans les cas d'infections trichophytiques du cuir chevelu étendues ou disséminées.

Henri SMITH.

Richard A. KOCH, Earl N. MATHIS et Jacob C. GEIGER. — **Les critères de guérison dans la gonorrhée.** "Venereal Disease Information", 25: 35 (février) 1944.

Les auteurs ont une vaste expérience du traitement de la blennorrhagie. Parmi les malades qu'ils ont traités, un certain nombre furent guéris définitivement par les sulfamidés seuls. D'autres, par contre, bien que devenus rapidement asymptomatiques, furent trouvés porteurs de gonocoque dans les semaines ou les mois qui suivirent. Ce dernier fait amena les auteurs à douter de la valeur des critères de guérison généralement employés dans la gonococcie.

Ces critères de guérison varient suivant les auteurs. Certains ont tendance à considérer un malade comme guéri dès qu'il est devenu asymptomatique; d'autres se contentent de cultures négatives faites très peu de temps après la cessation de l'écoulement; d'autres enfin sont d'avis qu'il faut répéter les cultures pendant plusieurs mois avant de pouvoir affirmer la guérison. Les auteurs, eux, croient qu'une période d'observation d'au moins 3 mois est nécessaire. Cette opinion résulte de l'étude de 926 cas de blennorrhagie qu'ils ont traités en 2 ans.

Dans chacun de ces 926 cas le diagnostic a été fait par le laboratoire: examen bactériologique des sécrétions urétrales, prostatiques ou cervicales et cultures.

Tous les cas furent traités par les sulfamidés. Dans certains cas résistants on leur adjoignit un traitement local ou la pyrétothérapie.

Les critères de guérison furent les suivants: 1) persistance d'examen négatifs au moins 3 mois après la guérison apparente; 2) un minimum de 3 cultures négatives faites à une semaine ou plus d'intervalle; 3) l'emploi d'au moins un des tests de guérison d'usage courant (sonde urétrale ou instillation de nitrate d'argent).

Une analyse statistique des 926 cas traités est résumée en 4 tableaux. De la lecture de ces tableaux se dégagent les faits suivants:

Soixante pour cent des malades n'avaient jamais présenté antérieurement d'histoire d'infection gonococcique.

Trois cent cinquante-huit malades sur les 926 traités, ont satisfait aux critères de guérison des auteurs et sont considérés comme guéris. Quatre cents ne purent, pour une raison ou pour une autre, être suivis pendant 3 mois.

Sur 381 cas de blennorrhagie non compliquée, 125 ou 33 p. 100 furent trouvés porteurs de gonocoque par les cultures 3 mois ou moins après être devenus asymptomatiques. L'existence ou l'absence d'une infection gonococcique antérieure ne semble pas avoir eu d'influence sur la persistance du gonocoque chez ces malades.

Des 926 malades traités, 640 devinrent asymptomatiques après le traitement par les sulfamidés. Deux cent cinq de ces 640 malades, c'est-à-dire 32 p. 100, furent trouvés porteurs de gonocoque par les cultures pendant la période d'observation de 3 mois qui a suivi la guérison apparente. Dans 53 p. 100 de ces 205 cas, le gonocoque ne fut trouvé par les cultures que 30 jours ou plus après l'arrêt du traitement.

Ces statistiques démontrent que l'absence de symptômes chez des malades traités par les sulfamidés n'est pas un critérium sûr de guérison. Une période d'observation de 3 mois au moins après la cessation de tout symptôme est nécessaire pour pouvoir affirmer la guérison réelle. Pendant ces 3 mois d'observation, les examens doivent consister en des cultures répétées. Il peut même arriver que des malades soient trouvés porteurs de gonocoque plus de 3 mois après leur guérison apparente, mais ces cas sont peu nombreux.

Si l'on prend soin de rechercher le gonocoque pendant une période de 3 mois chez des malades rendus asymptomatiques par les sulfamidés, on pourra le trouver dans 30 p. 100 des cas environ.

Des critères de guérison adéquats sont très importants pour un contrôle efficace de la blennorrhagie.

Henri SMITH.

Major Gerard A. DE OREO. — **Syphilis primaire traitée en 25 semaines par le Mapharsen et le bismuth.** "American Archives of Dermatology and Syphilology", 49: 109 (février) 1944.

Dans l'Armée Américaine la syphilis récente est traitée par le Mapharsen et le bismuth d'abord conjugués, ensuite alternés puis de nouveau conjugués en fin de

traitement. Les 5 premières semaines, on donne 2 injections de Mapharsen et une injection de bismuth par semaine. Les 5 semaines suivantes, on donne le Mapharsen seul à raison de 2 injections par semaine. Ensuite on donne une injection de bismuth seul par semaine pendant 5 semaines. Enfin le Mapharsen est employé seul pendant 4 semaines et on lui adjoint le bismuth pendant 6 autres semaines. Le traitement a duré en tout 25 semaines et le malade a reçu 40 injections de Mapharsen à 0.06 gm. et 18 injections de bismuth à 0.2 gm.

L'auteur rapporte l'histoire d'un malade qui a été traité d'une façon un peu différente du moins au début. Pendant les 3 premières semaines, ce malade reçut chaque semaine 2 injections de Mapharsen par semaine. Par la suite le traitement a été en tout point semblable à celui que l'on donne dans l'Armée Américaine.

Le malade, âgé de 22 ans, présentait un chancre primaire syphilitique avec réactions de Wassermann et de Kahn positives. Sous l'influence du traitement, les réactions sérologiques devinrent négatives ou douteuses dès la 12ème semaine. Six mois après le début du traitement un examen du l.c.r. ne révèle aucune anomalie. Le traitement est continué, mais, 2 mois plus tard, c'est-à-dire alors qu'il était presque complété, le malade présente des signes cliniques de méningite basilaire intense ainsi que des symptômes de neuro-rétinite. Une deuxième ponction lombaire faite à ce moment donne les réactions suivantes dans le l.c.r.: 434 éléments par mmc., réactions de Pandy et de Wassermann fortement positives, réaction positive de l'or colloïdal. Le malade est immédiatement soumis à la chimio-physiothérapie. Dans ce traitement combiné, on remplace le Mapharsen par le neoarsphenamine et les symptômes cliniques disparaissent rapidement. Les anomalies du l.c.r., cependant, n'étaient pas complètement effacées 3 mois après le début du traitement.

L'auteur est d'avis que la négativation rapide des réactions sérologiques, qui d'ailleurs n'avaient pas été fortement positives au début, et la persistance d'une réaction de Kahn négative malgré une méningite basilaire intense sont l'expression d'un défaut d'immunité chez ce malade.

Henri SMITH.

SOCIÉTÉS

L'« Union Médicale du Canada » publie les comptes rendus scientifiques de toute société savante de langue française de l'Amérique du Nord. Ces comptes rendus doivent cependant être rédigés succinctement en dactylographie par les secrétaires respectifs et être adressés, sans retard, à la Rédaction.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

Séance du 16 novembre 1943

Présidence de M. Paul Marchildon et
M. Adélard Groulx

1. — MISE EN NOMINATION.

MM. Jacques Bruneau et Paul Letendre.

2. — ELECTION DE MEMBRES.

a) *Titulaire*: M. J.-O. Lafortune.

b) *Correspondants*: MM. J.-P. Beudet (de Trois-Rivières), Avellin Dalcourt (de Louiseville), Alex. Delorme (St-Isidore de Laprairie), Fortunat Paquin (de Trois-Rivières) et Edmond Potvin (de Chicoutimi).

* * *

Maladie d'Addison

M. J.-H. LEGENDRE

Le rapporteur nous présente un intéressant résumé des acquisitions récentes de la clinique et du laboratoire dans le diagnostic et le traitement de la maladie d'Addison. Il insiste sur le dosage du potassium et du sodium sanguins, les épreuves de tolérance du potassium, la radiographie des surrénales. Il souligne l'importance de la découverte de l'opothérapie à base d'extrait cortico-surrénal, les succès et les indications du régime hyperchloruré, dont le crédit reviendrait à Achard, et la difficulté pratique de la diète sans potassium.

Discussion.

M. C.-E. GRIGNON précise certaines théories discutées au point de vue anatomo-pathologique et physio-pathologique. Il rappelle que la Clinique Mayo a recommandé dernièrement le test simple de la tolérance à l'eau pour aider au dépistage des cas frustrés. Il met les médecins en garde contre la réclame trompeuse de certains fabricants d'extraits dits cortico-surrénaux qui ne contiendraient pas tous les hormones surrénales.

La diverticulite

M. A. JUTRAS

La diverticulite, lésion courante du côlon, sur-

tout au niveau des anses sigmoïdiennes, ne se révèle souvent en clinique qu'à l'occasion d'une inflammation, se traduisant par des spasmes et des altérations tissulaires. La radiographie peut donc permettre de découvrir des diverticules ignorés et confirmer la présence de ceux qui, enflammés, attirent l'attention du côté du côlon gauche surtout. Le lavement baryté, avec étude des clichés en couche mince et insufflation d'air, si nécessaire, apporte les plus précieux renseignements. On pourrait ainsi classer les modalités clinico-radiologiques de la diverticulose: 1° cœlite prédiverticulaire, avec aspect en palissades; 2° diverticulose simple; 3° diverticulite spasmodique; 4° diverticulite ulcéreuse; 5° diverticulite avec péricœlite hyperplasique et sténosante; 6° diverticulite avec perforation donnant une péritonite aiguë ou l'abcès péri-colique avec fistule; 7° la diverticulite avec cancer. L'étiologie de la diverticulose est obscure. Les constatations des huit dernières années ont permis au rapporteur de se rendre compte que la diverticulose s'observe dans 75% des cas chez des individus possesseurs de sigmoïdes longs, redondants, noueux ou bouclés, avec très souvent une malposition cœcale, faits communs aux brévilignes à gros ventres et portés à la constipation, facteurs de pression constante endo-sigmoïdienne. Chez ces individus, il faudrait donc, pour prévenir la diverticulose, veiller de près à l'évacuation intestinale et chercher à renforcer la sangle abdominale.

Asthme bronchique et radiothérapie

M. Romuald GATIEN

M. Gatien nous fait part de l'histoire d'un premier malade asthmatique, complètement rebelle à toute la médication, rendu invalide par son affection qui l'étreignait au moindre effort et qui a été graduellement amélioré par la radiothérapie tentée en dernier ressort.

La seconde malade de M. Gatien, grande asthmatique, avait été soumise, sans résultat, à l'enquête minutieuse du docteur Anderson, du R. V. H. Un auto-vaccin, préparé avec sa salive, l'avait soulagée pour un an, mais le mal ayant

repris, on tenta la radiothérapie qui procura un soulagement dès la quatrième séance et fit disparaître complètement l'asthme au point de la vingtième. Cette thérapeutique de l'asthme par les rayons X doit donc retenir l'attention, même si le mécanisme de son action nous échappe encore.

Discussion.

M. A. JUTRAS rappelle l'importance de rechercher chez les asthmatiques les épines digestives, respiratoires et autres. La radiothérapie chez l'asthmatique pourrait agir en libérant des protéines, produits de destruction tissulaires par les rayons X. Elle peut aussi affecter favorablement le système nerveux et réduire certaines adénites péribronchiques. Les ultra-violets sont efficaces chez les asthmatiques enfants et la diathermie peut être également indiquée dans certains cas.

M. G. CASGRAIN rappelle que la grande indication de la radiothérapie chez les asthmatiques, c'est la durée et la fréquence des crises. Les rayons X améliorent de 10 à 15% de ces malheureux, mais, définitivement, en guériront une proportion grande encore.

* * *

Affaires nouvelles.

M. Groulx suggère la formation d'un comité permanent d'hygiène au sein de notre Société. Ce comité sera saisi de tous les problèmes se rapportant à cette branche importante de la médecine. Le comité pourrait comprendre: MM. docteur E. Lalande, sous-ministre adjoint de la Santé, docteur G.-A. Landreville, chef de Division du Service de Santé, docteur Lebeau, chef du Service de Bactériologie, Ministère de la Santé, docteur G.-L. Prudhomme, ancien président de la Société Médicale, docteur J.-A. Vidal, chef de Service, hôpital du Sacré-Cœur, docteur A. Marin, chef du Service de Dermatologie, hôpital Notre-Dame, docteur A. Groulx, chef du Service de Santé, ville de Montréal, et M. Paul Letondal, secrétaire général de la Société Médicale. Il est proposé par le docteur R. Dufresne, secondé par le docteur A. Jutras, que le comité, tel que suggéré par M. Groulx, soit nommé officiellement. Approuvé à l'unanimité.

Le secrétaire des séances,
Roger DUFRESNE.

Séance du 7 décembre 1943

Présidence de M. J.-U. Gariépy

Au début de la séance, M. Gariépy fait part à l'assemblée des regrets du docteur Adélarde Groulx que ses occupations retiennent en dehors de la ville et empêchent de présider cette séance.

Nomination de membre: M. Raymond Labrecque.

Mise en nomination de l'Exécutif pour 1944. Il est proposé par M. G.-L. Prud'homme, secondé par M. A.-L. Guertin, que les membres dont les noms suivent soient mis en nomination:

A la Présidence: M. J.-U. Gariépy;

Vice-Président et Directeur des programmes scientifiques: M. Paul Letondal;

Secrétaire Général: M. Roger Dufresne;

Trésorier: M. Edouard Desjardins;

Secrétaire des Séances: M. Raymond Labrecque.

* * *

SYMPOSIUM SUR LES CARDIOPATHIES CONGÉNITALES.

Développement embryologique du cœur

M. Wilfrid BONIN

M. Bonin nous rappelle, à l'aide de clichés, les stades du développement du tube cardiaque, sa torsion en S, l'hypertrophie ventriculaire et les cloisonnements successifs. Il expose la théorie classique de la circulation fœtale qui n'accorde pas assez d'importance à la circulation sanguine intrapulmonaire pendant la vie fœtale et suppose que la mise en activité de ce circuit ne débute qu'à la naissance. M. Bonin est d'opinion qu'il vaudrait mieux croire au développement progressif de la circulation intrapulmonaire et à une répartition plus égale du sang dans les quatre cavités cardiaques.

M. Bonin rappelle que la fermeture physiologique du trou ovale ne serait complète qu'un mois après la naissance, et la fermeture anatomique, elle, vers le neuvième mois. Cette dernière manquerait d'ailleurs chez 25% des adultes, ce qui laisse croire que la seule persistance du trou ovale ne suffirait pas à donner des troubles cardiaques.

A propos de l'étiologie des malformations cardiaques, M. Bonin souligne que l'on attache de plus en plus d'intérêt à l'hypothèse du dérèglement des « organisateurs ».

Discussion.

M. L.-C. SIMARD rappelle les travaux du docteur Maud Abbott qui avaient constitué au Département de Pathologie de l'Université McGill un musée des différentes malformations cardiaques. M. Simard ajoute qu'il ne croit pas beaucoup à l'endocardite fatale comme facteur étiologique des malformations cardiaques.

M. Paul LETONDAL estime que l'hérédité joue un rôle capital dans l'apparition des cardiopathies congénitales et il insiste sur l'importance pratique en pédiatrie de la loi des malformations congénitales associées.

Diagnostic des cardiopathies congénitales de l'adulte

M. Rodrigue LEFEBVRE

M. Lefebvre rappelle qu'on ne rencontre que de 1/2 à 1% d'adultes porteurs de cardiopathies congénitales. Dans ces cas-là, il faut être sûr que l'affection cardiaque n'est pas acquise. M. Lefebvre touche ensuite au problème clinique de la cyanose, s'accompagnant de doigts hippocratiques et d'érythémie et que l'on peut rencontrer dans l'emphysème ou l'artérite pulmonaire, tout comme dans la sténose de l'artère pulmonaire et l'atrésie tricuspidiennne. L'électrocardiogramme peut aider dans certains cas, entre autres, dans la tétralogie de Fallot et dans la dextrocardie simple; mais la fluoroscopie est encore l'examen complémentaire le plus utile.

M. Lefebvre nous expose ensuite la classification que Maud Abbott a faite des malconformations congénitales du cœur: 1° malconformation sans cyanose; 2° malconformation avec cyanose tardive, par communication artérioveineuse donnant circulation inverse transitoire ou terminale, par persistance du canal artériel ou des anomalies du septum; 3° malconformation avec cyanose dès la naissance, par communication artérioveineuse permanente.

M. Lefebvre nous présente ensuite des films radiographiques et deux malades porteurs d'anomalies cardiaques congénitales.

Discussion.

M. G. GARNEAU rappelle le fait clinique fréquent de malconformations cardiaques congénitales révélées par une cyanose brusque survenant au cours d'une pneumopathie qui rompt momentanément l'équilibre de pression des liqui-

des intracardiaques. Il souligne l'importance de préciser les anomalies cardiaques pour avoir recours, au besoin, à la chirurgie réparatrice et surtout pour régler l'hygiène générale des malades ainsi touchés.

Diagnostic des cardiopathies congénitales de l'enfant

M. J.-A. LEVEILLE

M. Léveillé n'a rien à ajouter à la classification adoptée par M. Lefebvre, sauf l'hypertrophie congénitale du cœur. Il rappelle la notion de l'anomalie cardiaque servant de «shunt» et permettant ainsi la survie dans certains cas. M. Léveillé nous présente ensuite sept observations personnelles d'anomalies cardiaques congénitales, où l'on voit les mêmes malformations donner des signes cliniques différents. M. Léveillé croit qu'il faut d'abord mettre les porteurs d'anomalies cardiaques congénitales à l'abri des infections et, autant que possible, leur permettre une existence normale.

Discussion.

M. Paul LETONDAL félicite les rapporteurs des observations personnelles qu'ils nous ont apportées ce soir. Il rappelle que certaines anomalies cardiaques congénitales ne donnent ni cyanose, ni souffle et ne peuvent être connues que par la téléradiographie du cœur ou l'orthodiagramme. A son avis, dans l'immense majorité des cas, la cause de la cyanose du nouveau-né et du nourrisson est l'hémorragie cérébro-méningée et non la persistance du trou de Botal, comme on l'a cru à tort pendant de nombreuses années. Lorsque la cyanose est liée à une cardiopathie congénitale, elle est le plus souvent le fait de malformations multiples associées, réalisant dans 75 à 80% des cas la tétrade de Fallot (communication interventriculaire, rétrécissement de l'artère pulmonaire, implantation partielle de l'aorte dans le ventricule droit, hypertrophie du ventricule droit).

M. J.-C. ATTENDU demande comment meurent les enfants porteurs de malconformations cardiaques.

M. G. GARNEAU demande si l'on a pu faire la numération globulaire chez le malade de M. Léveillé.

M. LEVEILLE répond à M. Attendu que c'est habituellement l'infection pulmonaire qui em-

porte les victimes d'anomalies cardiaques, par rupture de l'équilibre tensionnel interventriculaire; à M. Garneau, que tous les cas observés présentaient de la polyglobulie.

Le secrétaire des séances,
Roger DUFRESNE.

Séance du 21 décembre 1943

Présidence de M. Adélarde Groulx

Au début de la séance, M. Moïse Clermont, président du Bureau Médical de l'hôpital de la Miséricorde, nous souhaite la bienvenue.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu par le secrétaire des Séances et adopté sur proposition de M. J.-Urgel Gariépy, secondé par M. C. Hébert.

Le secrétaire général donne lecture de la lettre de l'honorable Henry Groulx, ministre de la Santé de la Province de Québec, qui a fait cadeau à la Société d'un chèque de \$1,000 pour aider à l'élaboration de nos programmes scientifiques. M. Letondal donne également lecture de la lettre de remerciements qu'il a envoyée à l'honorable M. Groulx.

ELECTION DE MEMBRE.

M. Raymond Labrecque est ensuite élu membre titulaire de la Société.

RAPPORT ANNUEL DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.

Le docteur Letondal fait la revue des activités scientifiques de la Société pour l'année 1943. Les programmes scientifiques des séances régulières et des Journées Médicales ont tâché d'intéresser et d'instruire le plus possible les médecins praticiens.

Il y a eu, durant l'année, des initiatives heureuses, telles que séance donnée par les internes, séance de médecine de guerre, conférenciers étrangers, formation d'un Comité d'Hygiène et d'un Comité pour l'Etude du Certificat pré-nuptial.

En terminant, M. Letondal, qui présente son dernier rapport annuel après avoir rempli pendant cinq années consécutives la charge écrasante de secrétaire général de la Société, remercie tous ceux qui l'ont aidé dans sa tâche et dépose ensuite la liste des travaux présentés à la Société Médicale durant l'année 1943.

L'adoption du rapport du secrétaire général est ensuite proposée par M. Roger Dufresne, secondé à l'unanimité.

ELECTION DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1944.

M. Adélarde Groulx déclare élus: M. J.-U. Gariépy, président; M. Paul Letondal, vice-président et directeur des programmes; M. Roger Dufresne, secrétaire général; M. Edouard Desjardins, trésorier; M. Raymond Labrecque, secrétaire des séances.

M. Groulx félicite les nouveaux élus, en particulier le président, M. J.-Urgel Gariépy, qui apportera à notre Société un lustre tout spécial, et le nouveau vice-président, M. Letondal, dont le stage au secrétariat général a renouvelé la Société Médicale de Montréal.

M. Groulx tient à remercier les membres de l'ancien Exécutif qui lui ont apporté un indéfectible appui durant l'année. Il se réjouit enfin d'avoir pu fonder, au sein de la Société Médicale, un Comité qui sera chargé d'étudier et de nous présenter toutes questions se rapportant à l'hygiène et susceptibles d'intéresser les membres de la Société.

Il est ensuite proposé par M. J.-H. Laporte et secondé par M. J.-A. Lafontaine, qu'un vote de félicitations soit adressé à l'Exécutif sortant de charge.

* * *

SYMPOSIUM SUR L'ANESTHÉSIE CAUDALE.

Anatomie et physiologie. Application en chirurgie

M. Moïse CLERMONT

M. Moïse Clermont, après avoir fait l'historique de l'anesthésie caudale, précise que l'anesthésie caudale se fait par l'injection du liquide anesthésique à travers le tube sacré, en dehors de la dure-mère, ce qui la distingue de la rachianesthésie. Ce mode d'anesthésie, qui crée une révolution dans l'obstétrique, est d'application assez délicate. La technique doit être bien connue. Il faut une anesthésie continue et elle est applicable pour toute intervention sous-ombilicale, habituellement sans complication et représente le mode d'anesthésie idéale chez les malades âgés, débiles et choqués.

Le liquide anesthésique agit en dehors de la dure-mère, en atteignant directement les racines nerveuses jusqu'au sixième segment thoracique,

avec une dose totale de 50 c.c. Il y a peu de baisse de tension artérielle, peu d'action sur les centres respiratoires, elle abolit la contraction utérine normale et amène le relâchement complet du col et des tissus pelviens. Il n'y a pas de perte de conscience chez la femme en travail, pas d'atteinte de l'état général de l'enfant.

Le docteur Clermont ajoute que l'anesthésie caudale est tout à fait indiquée en chirurgie générale, dans un grand nombre d'interventions courantes sous-ombilicales.

Applications à l'obstétrique; marche du travail, indications et contre-indications.

M. Azarie COUSINEAU

M. Azarie Cousineau nous fait part des constatations faites sur 160 cas étudiés à l'hôpital de la Miséricorde. A comparer au travail normal, la dilatation du col est plus rapide, mais l'expulsion plus longue et le forceps à la vulve est très souvent nécessaire, mais grandement facilité par le relâchement complet du périnée. Il y a une légère baisse de la tension artérielle chez la mère; les enfants se comportent normalement, le placenta s'élimine de façon normale, sans hémorragie, et il n'y a pas de complication post-partum. En somme, le travail a été raccourci de moitié chez les parturientes et les suites de couches ont été normales. Il faut bien savoir que l'anesthésie caudale ne doit être commencée que lorsque le travail est amorcé et procède régulièrement.

Les contre-indications à l'anesthésie caudale sont les déformations du sacrum, les infections avoisinant l'hiatus, les dermatites, les hypersensibilités à l'anesthésique, l'obésité et les anémies. L'anesthésie caudale est indiquée dans tous les cas d'accouchement, mais surtout chez les primipares, en particulier chez les cardiaques et les pré-éclampsiques.

Technique. Complications et statistiques

M. Jean CHAMPEAU

M. Jean Champeau fait remarquer que ce qu'il y a de plus difficile dans l'anesthésie caudale, c'est l'injection du liquide dans le canal sacré, surtout chez les obèses et les porteuses d'anomalies du sacrum. Le premier danger, c'est de briser l'aiguille. Le second, c'est d'injecter l'anesthésique à travers la dure-mère, et le troisième, de donner l'injection dans un vaisseau.

Il faut, au début, en se guidant sur les points

de repère, se diriger vers la partie dorsale du canal sacré, injecter 8 c.c. seulement et attendre. Si la dure-mère n'est pas atteinte, il n'y aura aucun effet anesthésique. L'on continuera ensuite 35 c.c. de la solution préparée avec deux ampoules de 5 c.c. dans 135 c.c. de sérum isotonique. Il faudra ensuite, selon le cas, donner un 20 c.c. supplémentaire toutes les trente ou quarante minutes, pour maintenir l'anesthésie.

On place le malade en décubitus gauche ou en position gènu-pectorale. Inutile d'ajouter qu'il faut procéder avec une asepsie scrupuleuse.

Avec toutes ces précautions, les complications sont rares. Au point de vue scientifique, en août dernier, au Lyon Hospital, sur 10,000 cas, il y a eu 85% de succès et une seule mortalité par septicémie à la suite d'un abcès épidural. A l'hôpital de la Miséricorde, sur 175 cas, il y a eu au début quelques cas moins bien réussis, quelques ouvertures de la dure-mère, une injection intraveineuse.

Discussion.

M. Louis-Henri GATIEN demande si l'anesthésie caudale peut être considérée comme une méthode à la portée du praticien général.

M. J.-O. LAFORTUNE demande si la version est possible avec l'anesthésie caudale.

M. GERIN-LAJOIE demande si l'anesthésie caudale a suffi pour les cas de césariennes rapportés par le docteur Clermont.

M. Jacques FORTIER rapporte le cas d'hypertension subite survenu après injection de 40 à 50 c.c. dans l'espace épidural. Il demande si l'on procéderait à l'anesthésie caudale chez une patiente porteuse d'une greffe d'Albee.

M. Georges-E. MILETTE fait de la rachianesthésie en obstétrique depuis vingt ans, avec d'excellents résultats, de même qu'il emploie avec succès le Somnifène intraveineux.

M. Donatien MARION a utilisé également la rachianesthésie et a repris, depuis quelque temps, l'emploi du Somnifène au sujet duquel il fera rapport prochainement.

M. Hervé GIBEAULT voudrait savoir combien de malades, sur les 175 cas du docteur Champeau et du docteur Cousineau, ont accouché spontanément.

M. COUSINEAU répond à M. Lafortune que la version est impossible avec l'anesthésie caudale;

à M. L.-H. Gatién, que les médecins pourront accoucher leurs malades par l'anesthésie caudale à l'hôpital de la Miséricorde, sous la surveillance du personnel entraîné;

à M. Gibeault, qu'il y a eu cinq ou six accouchements spontanés sur les 175 cas étudiés ici.

M. CHAMPEAU ajoute que l'anesthésie caudale est une méthode plus avantageuse pour la malade que pour le médecin qui doit être continuellement au chevet de sa patiente.

M. CLERMONT ajoute qu'il faut avoir de bons techniciens de cette méthode d'anesthésie caudale, qui est à la fois sûre et dangereuse.

M. CLERMONT répond:

à M. Gérin-Lajoie qu'il a donné du cyclo-propal pour le cas de césariennes, mais qu'il aurait pu laisser pratiquer cette intervention avec l'anesthésie caudale seulement.

FILM SUR L'ANESTHÉSIE CAUDALE.

Cette discussion scientifique se termina par la présentation d'un film sur l'anesthésie caudale, que nous devons à la gracieuseté de la maison Lilly.

Il est ensuite proposé par M. Urgel Gariépy, secondé à l'unanimité par l'assemblée, qu'un vote de remerciement soit adressé à l'honorable M. Henri Groulx pour le don de \$1,000.00 qu'il a fait à la Société.

Le secrétaire des séances,

Roger DUFRESNE.

Séance du 18 janvier 1944

Présidence de M. J.-U. Gariépy

En ouvrant la séance, le président demande que l'on observe une minute de silence pour honorer la mémoire du docteur Léo Pariseau, récemment décédé.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu par le secrétaire général actuel, M. Roger Dufresne, ancien secrétaire des séances. L'adoption en est proposée par M. Henri Gariépy et secondée par M. Gérin-Lajoie.

M. Paul Letondal communique ensuite le rapport audité pour l'année 1943, préparé par nos comptables Maheu, Noël et Benoît. En termi-

nant l'année, nous possédons en caisse la somme de \$1,753, mais n'eût été l'octroi de \$2,000 fait par l'honorable Henri Groulx, nous aurions réalisé un déficit de quelque \$300. M. Letondal propose lui-même l'adoption de son rapport et il est secondé par M. Gérin-Lajoie.

Notre nouveau président, M. J.-U. Gariépy, dans son allocution fait l'éloge de la Société Médicale, qui poursuit fièrement sa marche vers le progrès, sous la poussée que lui ont imprimée dans le passé ceux qui ont eu la charge de le diriger. En recueillant la succession de commande, le nouveau président envisage clairement la tâche qui lui incombe et il l'accepte comme un devoir, et, disant sa reconnaissance pour l'honneur qu'on lui a accordé, promet en retour un dévouement inlassable.

Il daigne ensuite présenter en termes élogieux chacun des membres appelés à former le nouvel Exécutif.

Il fait ensuite part des ambitions qu'il désire réaliser et qu'on peut résumer comme suit:

1° Faire paraître chaque mois un conférencier d'honneur pour mettre en lumière des sujets scientifiques d'actualité;

2° Voir les médecins praticiens monter à la tribune, tout comme les universitaires et les hospitaliers, pour communiquer leurs considérations en toute matière se rapportant aux malades et aux maladies.

3° Affilier à notre Société Médicale, sans pour cela entamer leur autonomie, les sociétés de Chirurgie, de Gastro-Entérologie, d'Orthopédie, de Phtisiologie, de Radiologie et autres.

4° Constituer un comité de pharmaciens opérant en marge de notre Société.

5° Accélérer le recrutement.

6° Maintenir la publication de l'Annuaire, continuer la tenue de nos Journées Médicales et du Banquet Annuel clôtural.

7° Maintenir, à titre permanent, le Comité d'Hygiène institué par le docteur Adélar Groulx.

Enfin, le président espère que les membres voudront collaborer au programme qui est proposé et que tous encourageront l'élan qu'il désire donner à la Société.

* * *

SYMPOSIUM SUR LES ARTÉRITES CHRONIQUES
DES MEMBRES

L'artérite juvénile

MM. René DANDURAND et Roland DUSSAULT

M. Dussault fait une remarque préliminaire et dit que son collègue, monsieur Dandurand, et lui-même, ne sont point spécialisés sur l'artérite juvénile et que cette question touche plutôt au domaine de la chirurgie. Aussi ne se limitera-t-il qu'au strict minimum pour céder sa place à M. Cartier. M. Dussault fait alors une description courte, mais particulièrement concise de la maladie, repassant successivement l'étiologie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie et l'évolution.

Discussion.

M. G.-E. CARTIER ne désire apporter sur la maladie de Buerger que des notions brèves d'anatomie et de physiologie pathologique avec applications cliniques. Les artères sont les canaux vecteurs du sang. On apprécie leur rigidité ou leur souplesse par la palpation et l'oscillométrie, leurs défauts anatomiques par la radiographie simple ou l'artériographie. Les artérioles sont les artères les plus petites, les plus musclées et les plus contractiles. Elles règlent le débit sanguin à la périphérie de l'arbre vasculaire et c'est d'elles que dépendent la chaleur ou le refroidissement des territoires cutanés. Pour les étudier, on recourt à trois moyens: d'abord l'attouchement du membre en glissant les doigts ou la main de la racine vers l'extrémité, puis la détermination de la température cutanée; enfin, la recherche du débit sanguin dans un segment donné.

Les petits vaisseaux, artérioles terminales, anses capillaires, veinules collectrices et plexus veineux sous-papillaires nous renseignent sur le degré d'oxygénation du sang. En tenant compte de la température ambiante, la coloration de la peau nous renseigne sur la perméabilité des vaisseaux en amont. C'est ainsi que, chez l'artérite, la souplesse vasculaire jouant de moins en moins, la cyanose ou la pâleur d'un membre est déterminée par les positions déclive ou élevée de ce membre.

Il faut mentionner le rôle important du système nerveux sympathique qui contrôle le tonus des artères et des artérioles et dont l'excitation provoque la contraction vasculaire.

M. Cartier affirme que, pour la maladie de Buerger, il n'y a pas de traitement causal à date. Le tabac doit être absolument proscrit puisque les deux tiers des gens atteints de la maladie sont allergiques à la protéine du tabac. Lorsque la suppression du tabac reste inefficace, on recourra à des moyens adjuvants: c'est-à-dire l'injection intraveineuse de solution sodique à 5%, l'hormone pancréatique désinsulinée, les extraits hormonaux sexuels, la vitamine P P, l'acide nicotinique, enfin l'irradiation des surrénales. Dans les cas avancés, les traitements déjà mentionnés sont insuffisants et il faut alors viser à enrayer la douleur par blocage nerveux et, enfin, par l'amputation.

M. R. DECARIE fait observer que le rapporteur n'a pas mentionné la baisse du métabolisme basal dans le Buerger. Alors, la cause pourrait bien être de nature endocrinienne et la médication thyroïdienne paraît indiquée. M. Décarie prétend qu'il faut avant tout supprimer l'usage du tabac. Quant à la sympathectomie, elle n'a qu'un effet palliatif et agit surtout contre la douleur. M. Décarie s'adresse à M. Cartier et lui demande s'il peut rapporter un cas guéri par la sympathectomie.

M. H. GARIEPY rapporte au sujet de l'usage du tabac qu'il a lu un article de revue où l'auteur établissait le rôle joué par la fumée dans les phénomènes de vasoconstriction. L'excitation du sympathique au niveau de la muqueuse bronchique produirait ces phénomènes de vasoconstriction.

M. L. ROUSSEL demande à M. Cartier si l'on peut attribuer au Buerger le rôle pathogénique du glomus de Popoff.

M. J.-U. GARIEPY se dit peu confiant dans le traitement médical. Il ajoute que la méthode des sérums est applicable aux gens des villes, mais que les malades sont les premiers à se fatiguer de ces injections de sérum salé hypertonique. Il est d'avis que la sympathectomie péri-artérielle améliore.

M. CARTIER répond:

à M. L. Roussel, que le rôle pathogénique du glomus artériel ne peut être attribué au Buerger.

à *M. R. Décarie*, que la sympathectomie ne guérit pas un Buerger, mais qu'elle enlève la douleur. Le premier traitement est, à son avis, la suppression du tabac.

Les artérites dans le diabète

M. L.-H. GARIEPY

L'examen clinique, l'étude des rapports d'autopsie et des statistiques de cause de mort démontrent la fréquence de l'artério-sclérose dans le diabète et la prolongation de la vie des diabétiques depuis les cinquante dernières années entraîne une augmentation considérable des complications vasculaires. La gangrène des extrémités inférieures qui nécessitait toujours l'amputation haute et précoce du membre peut maintenant être envisagée sous un jour plus favorable. Lorsque la circulation est encore suffisante dans les artères principales, un traitement basé sur l'excision prudente de toutes les zones nécrosées et une désinfection appropriée des plaies permettent aux tissus de se réparer dans un grand nombre de cas. Il va de soi qu'un contrôle parfait du diabète est essentiel. L'élévation du membre, de façon à éviter la cyanose, empêche la stagnation du sang dans le membre et favorise le processus de réparation. Un nombre imposant de malades traités de cette façon dans le Service des Maladies de la Nutrition à l'hôpital Notre-Dame ont pu éviter l'amputation. Le rapporteur présente quelques malades actuellement sous traitement.

M. J.-U. Gariépy souligne l'importance et les méfaits du traumatisme et de l'ongle incarné chez le diabétique.

Pour ce qui est du traitement, M. Gariépy fait la mise en garde contre la sympathectomie lombaire et le blocage périartériel qui conduisent tous deux à des désastres. Il recommande plutôt le blocage lombaire. Ce dernier traitement a amené des guérisons ou, du moins, a reculé de cinq à six ans l'échéance finale, c'est-à-dire l'amputation. La douleur diminue dans tous les cas et les phénomènes de gangrène localisée cessent.

Dans les cas d'amputation, M. Gariépy recourt à la réfrigération du membre.

M. G. HEBERT demande si le recours aux moyens orthopédiques ne pourrait pas faire

éviter l'affaissement de l'arche plantaire et prévenir les frottements anormaux et les plaies.

M. A. GRATTON désire souligner les avantages sociaux et économiques qu'offre la pratique des petits soins minutieux et prolongés. Ils abrègent la durée d'hospitalisation et préviennent l'opération et ses complications. Pour opérer la vasodilatation, il recommande l'injection intraveineuse de sérum salé à 5% tous les jours pour quinze jours. Il exprime l'opinion que l'usage de tabac exerce une action vasoconstrictive et qu'il faut, à cause de cela, le supprimer.

M. J. BESSETTE soumet le cas d'un malade chez qui des plaies multiples ont été traitées de façon heureuse par l'application locale de pommade sulfathiazolée sodique.

M. Paul BRODEUR demande au rapporteur s'il a déjà pratiqué la roentgentherapie des surrénales.

M. R. DECARIE rapporte le cas d'un malade traité d'une façon avantageuse par l'injection d'extraits orchitiques et demande au rapporteur s'il croit à l'action vasodilatatrice de ces extraits et, enfin, ce qu'il pense de la valeur du traitement.

M. H. GARIEPY répond:

à *M. G. Hébert* que les supports orthopédiques sont recommandables à la condition d'être ajustés parfaitement et qu'autrement, ils sont la cause de nouveaux points de frictions n'améliorant en rien la situation. Il doute, en réalité, qu'il y ait avantage de les employer.

à *M. A. Gratton*, qu'il abonde dans le même sens quant à la valeur sociale et économique du traitement de longue haleine. C'est aussi sa conviction que l'usage du tabac exerce une action néfaste.

à *M. J. Bessette*, qu'il est intéressant d'apprendre que l'on a obtenu des résultats favorables par le mode d'application de pommade sulfathiazolée sodique.

à *M. P. Brodeur*, qu'il n'a aucune expérience dans la roentgentherapie des surrénales.

à *M. R. Décarie*, qu'il ne connaît pas le mode d'action du traitement par injection d'extrait orchitique.

M. J.-U. GARIEPY rapporte un cas où la sympathectomie n'a produit aucune diminution de la douleur. Par la suite, l'ablation de la surrénale du même côté a été suivie d'une gué-

raison rapide et complète. Il exprime l'opinion que la roentgenthérapie des surrénales devrait être pratiquée plus fréquemment et que l'on devrait aussi, à l'avenir, faire l'essai des injections d'extraits orchitiques.

* * *

Le président annonce ensuite qu'une séance sera tenue le 11 février, pour laquelle le conférencier d'honneur a été choisi en la personne de M. Henri Sigerist, professeur à l'Université John Hopkins.

M. E. Blain désire soulever une question d'ordre para-médical et, s'adressant au président, lui demande si la Société Médicale a été mise officiellement au courant des conclusions adoptées par le Comité conjoint au sujet de l'Assurance-maladie. Dans l'affirmative: la Société Médicale de Montréal peut-elle nous faire connaître les conclusions du Comité conjoint; dans la négative: ne serait-il pas opportun que, sur une question d'importance aussi grande, la Société Médicale se renseigne, prenne une attitude officielle et la fasse connaître à qui de droit?

M. le président répond à M. Blain qu'il n'a pas été informé des décisions du Comité conjoint et, pour ce qui est de la conduite à tenir, il désire connaître l'opinion des membres. Prennent part à cette discussion: MM. J.-U. Gariépy, E. Blain, Latraverse, H. Gariépy, L.-G. Prud'homme et René Foisy.

Il est ensuite proposé par M. A. Gratton, secondé par M. Jos. Bessette, que la Société Médicale tienne une séance d'urgence, à laquelle assistent MM. E. Blain, Léon Gérin-Lajoie, médecins, et M. P.-E. Côté, député, pour exposer les développements relatifs au projet de l'assurance-maladie.

Le Secrétaire des Séances,

Raymond LABRECQUE.

Séance du 1er février 1944

Présidence de M. J.-U. Gariépy

M. R. FOISY désire poser une question de privilège. Il demande si la séance doit être con-

sacrée aux assurances sociales en général, comme le laisse entendre le programme, ou bien au plan fédéral d'assurance-maladie, conformément à la proposition qui a été faite à la dernière séance.

M. L. GERIN-LAJOIE répond qu'il ne sera question que du projet fédéral d'assurance-maladie.

Le président croit devoir faire ici quelques remarques. Il déclare d'abord qu'à l'avenir, toute motion présentée devra l'être par écrit et non verbalement seulement.

Pour expliquer l'absence de M. P.-E. Côté, député, le président nous informe que le Comité de régie en a décidé ainsi, parce que notre Société est une société fermée et que notre enceinte n'a pas été faite pour y tenir des propos politiques et c'est d'ailleurs la raison pour laquelle on a cru bon de faire de cette séance une séance régulière.

Le président nous présente ensuite M. Léon Gérin-Lajoie, professeur gynécologue et aussi homme de culture qui s'est appliqué particulièrement à l'étude de la médecine sociale et qui doit nous parler ce soir du projet fédéral d'assurance-maladie.

M. Léon GERIN-LAJOIE situe d'abord sa position dans ses rapports avec l'Association Médicale Canadienne et établit clairement qu'il ne veut en rien engager la Société Médicale de Montréal, ni l'hôpital Notre-Dame, ni le Comité des Seize, ni l'Association Médicale Canadienne. Il présente ensuite, selon une phraséologie moins légale et plus compréhensive que les textes mêmes, les articles principaux qui ont fait l'objet d'un plan ou projet de loi d'assurance-santé, présenté par le Ministère des Pensions et de la Santé Nationale, à Ottawa.

Il rappelle, sans commentaire, qu'il est question d'un projet de loi fédéral pour la direction, la surveillance, l'octroi et l'administration de fonds à être versés aux provinces qui adopteraient une législation d'assurance-santé. Les articles seraient les mêmes, ou sensiblement les mêmes, ou différents, mais satisferaient le Gouverneur en Conseil qu'un projet de loi provinciale modèle inclut dans le projet de loi fédérale.

Après cet exposé, le conférencier rappelle brièvement la différenciation qui existe entre l'assurance-maladie, l'assurance-santé et la médecine

d'état. Cette dernière forme de pratique médicale vient à l'encontre de la majorité des médecins, non seulement de la province de Québec, mais du Canada tout entier.

En terminant, le docteur Gérin-Lajoie estime que toute discussion sur le sujet doit être faite en vue de l'amélioration de la santé du peuple et ne doit, pour aucune considération, servir d'appui pour le bénéfice d'un parti politique quelconque, de quelque couleur soit-il.

Discussion.

M. E. BLAIN rappelle, pour ceux qui voient la nécessité du projet d'assurance-maladie dans l'état de santé actuel de la population, que les indices de santé au Canada sont meilleurs, de l'avis même du docteur Heagerty, et que la mortalité est en baisse, sauf pour les affections cardiaques, le cancer et la tuberculose. Il ajoute que l'expérience acquise par quarante et un pays qui ont institué un plan similaire n'a donné rien de probant et que la santé des Britanniques, par exemple, ne s'est pas améliorée depuis l'instauration du projet en Angleterre. L'histoire nous démontre que le système a été imposé en Europe plutôt par calcul politique et que son implantation coïncide à peu près toujours avec une vague de socialisme. Il affirme qu'ici, au Canada, le plan devient, avec la menace socialisante du C.C.F., une plateforme électorale.

M. Blain rapporte ensuite l'opinion de quelques médecins de renom en Angleterre et aux Etats-Unis et fait ressortir certaines idées qui se dégagent, à savoir: que ces plans n'améliorent pas la qualité du service médical, que la période de la maladie s'allonge en général, que diagnostics et traitements deviennent superficiels et routiniers, que le système devient une bureaucratie gouvernementale, que la profession se transforme en médiocrité organisée.

M. Blain affirme que nous n'avons rien à gagner en accordant au Fédéral de nouvelles concessions aux dépens de notre autonomie. Il termine en disant que les médecins ne sont pas opposés à l'amélioration de la santé publique, mais qu'ils ne sont pas prêts, non plus, à devenir des fonctionnaires. Ici, M. Blain propose la résolution suivante:

Attendu que le projet d'assurance-maladie, tel que suggéré par le Ministère des Pensions et

de la Santé d'Ottawa, est un plan dont les origines sont fédérales et les fins, voulues ou non, sont centralisatrices;

Attendu que ce plan fédéral porte atteinte au droit constitutionnel des provinces de légiférer en la matière;

Attendu que ce plan fédéral, tel que conçu, peut empiéter sur les droits légitimes de la population, avilir le niveau de la profession médicale, et acheminer vers l'étatisation de la médecine;

Il est résolu à l'unanimité, lors d'une assemblée régulière de la Société Médicale de Montréal, tenue le 1er février 1944:

1° *Que* les membres de cette société, en tant que médecins et citoyens, expriment leur opposition à ce projet d'inspiration et de réalisation centralisatrices;

2° *Qu'ils* protestent contre ce manque de respect vis-à-vis l'autonomie des provinces;

3° *Qu'ils* considèrent que l'exercice de la profession médicale ne doit pas être soumis à l'ingérence de la politique;

4° *Qu'ils* fassent observer que, s'il y a lieu de légiférer sur cette question, la chose ne doit pas être entreprise par le Parlement Fédéral, mais plutôt par la Législature Provinciale, après études préalables des possibilités des allocations familiales, des coopératives médicales, des assurances-groupes, etc.

M. Claude GUILBAULT (d'Oka) désire faire quelques remarques à titre de médecin praticien. Il dit croire que la médecine bien comprise est faite de science et de dévouement et qu'elle n'est pas la résultante de problèmes mathématiques ou de complications statistiques. C'est pourquoi il est opposé à ce que la masse des médecins devienne des fonctionnaires; ce serait les jeter dans une course aux honneurs et aux places politiques et mettre fin au dévouement qu'ils ont toujours montré vis-à-vis de la misère.

Il s'élève contre l'attitude de certains médecins qui, feignant de défendre la profession, se haussent sur les épaules de leurs confrères pour mieux apercevoir de loin les positions administratives alléchantes et mieux travailler à leurs intérêts personnels.

M. Guilbault ne peut envisager le plan d'assurance-santé sans le rattacher à certaines mesures actuelles qu'il désavoue, telle la Commission des Accidents du Travail, avec ses injustices, sa papeterie, telle la surveillance gouvernementale des garderies, le rationnement des tétines et la surproduction de produits anticonceptionnels. On peut, avec raison, être effrayé par ce plan nouveau, véritable cheval de Troie présenté par Ottawa.

M. H. TRUDEL déclare que la Société Médicale de Montréal ne doit pas craindre de former groupe à part et de s'isoler en discutant ou même en s'opposant au projet d'assurance-santé. S'il se trouve dans la province des gens qui proclament les avantages et les bienfaits de ce plan fédéral, il n'est pas, par ailleurs, de société ni groupement médical qui y ait adhéré, mais au contraire. Bien plus, en sortant des cadres régionaux et canadiens-français, on voit chez les Canadiens anglais des autres provinces des groupements et des personnages importants qui s'agitent et s'élèvent contre la réalisation du projet d'assurance-santé.

M. Trudel se dit désireux d'entendre le docteur D. Marion nous communiquer les idées qui peuvent se dégager des conférences auxquelles il a assisté récemment à Toronto.

M. D. MARION dit, en effet, avoir eu l'honneur d'assister, les 28 et 29 janvier, à une réunion à laquelle prirent part quatorze associations médicales canadiennes. Comme chaque société avait été priée d'exposer ses idées relativement au problème de l'assurance-santé, il croit opportun de rapporter les quatre points qui furent énoncés par le docteur R.-E. Valin, directeur général de l'Association des Médecins de Langue Française. « Advenant, dit M. Valin, qu'un projet de loi d'assurance-santé soit désirable, il devrait être sous le contrôle provincial, en vertu de l'Acte de l'Amérique du Nord; il devrait être limité aux indigents et à certaines classes de revenus modestes; l'octroi fédéral devrait être proportionnel à la population de chaque province; du point de vue économique, un projet de loi tel qu'on semble vouloir nous proposer, promet d'imposer un fardeau financier trop considérable. »

Pour tirer une conclusion personnelle, le docteur Marion dit que l'organisme professionnel

n'est pas préparé à mettre en mouvement un tel projet et cela, par insuffisance de médecins, de dentistes, d'infirmières, d'hôpitaux, de matière d'enseignement, etc., etc. Pour profiter de l'occasion qui lui est donnée de parler, M. Marion désire exprimer son opinion sur deux points qui ont été touchés par M. Gérin-Lajoie. Contrairement à ce que pense M. Gérin-Lajoie, il reconnaît aux médecins le droit de discuter du plan d'assurance-santé sans faire pour cela plus de politique que le Comité des 7 de la Canadian Medical Association qui, depuis deux ans, travaille en secret, de concert avec les autorités gouvernementales. Il ajoute, en ce qui regarde l'aspect économique de la question, que le médecin n'a pas le droit de s'en désintéresser et, comme tout payeur de taxe, il lui est permis de craindre les conséquences ruineuses d'un projet dont personne ne peut prévoir l'issue.

M. V. LATRAVERSE nous informe que le Comité d'Enquête relatif au projet d'assurance-maladie est fermé et que, dès lors, aucune protestation ne peut être présentée.

M. J.-E. DESROCHERS cherche à bien faire comprendre que l'assurance-maladie est réclamée par toutes les classes de la société et même par la classe la plus influente, et que le projet d'assurance-santé sera mis à exécution selon ou contre notre bon vouloir.

Pour ce qui est de la résolution présentée par M. E. Blain, M. Desrochers dit qu'il admet les conclusions, mais ajoute que ces dernières ne découlent pas des premières.

A l'issue de cette discussion, où prirent part aussi MM. R. Foisy, E. Blain, J.-I. Bessette, la résolution proposée par M. E. Blain est secondée par M. H. Trudel et adoptée à l'unanimité.

M. Paul LETONDAL, vice-président, propose alors que la résolution adoptée soit adressée à la Canadian Press, au Comité des Seize, à la Canadian Medical Association, aux organismes nationaux qui tiennent séance à Toronto, aux députés fédéraux, aux chefs de partis politiques, et il est secondé en cela par M. R. Décarie.

Le Secrétaire des Séances,

Raymond LABRECQUE.

Séance du 11 février 1944

Présidence de M. Paul Letondal

La Société Médicale de Montréal a eu le plaisir de recevoir comme premier conférencier LE DOCTEUR HENRY E. SIGERIST, directeur de l'Institut d'Histoire de la Médecine à l'Université Johns Hopkins, de Baltimore. En l'absence de notre président, le vice-président, M. Paul Letondal, présenta le distingué visiteur et donna sur lui quelques notes biographiques. Nous mentionnerons ici que le docteur Sigerist est né en France, de parents suisses; qu'il professa l'Histoire de la Médecine à Zurich et à Leipzig avant d'être appelé par les autorités de l'Université Johns Hopkins à occuper la chaire d'Histoire de la Médecine et à prendre la direction du célèbre Institut d'Histoire de la Médecine de Baltimore.

Pour ne donner que quelques-uns de ses travaux, nous citerons: *Man and Medicine*, traduit en six langues; *American Medicine; Introduction à la Médecine* et surtout *Socialized Medicine in the Soviet Union*, publié en 1937 et qui, probablement, lui valut d'être nommé rédacteur en Chef de *l'American Review of Soviet Medicine*. Le docteur Sigerist est aussi fondateur et rédacteur en chef du *Bulletin de l'Institut d'Histoire de la Médecine* de Baltimore.

Le sujet traité par le conférencier fut « L'Histoire de la Médecine et la Médecine Sociale ».

L'étude de l'histoire de la médecine constitue l'étude, non seulement de la médecine et de son évolution à travers les siècles, mais aussi de l'histoire des peuples et de la civilisation. Ces vues du passé, si riches d'enseignements scientifiques et humains, apportent à l'esprit une culture propre à faire saisir le rôle éminent du médecin. La médecine apparaît alors comme une science sociale qui poursuit une fin sociale: orientation naturelle imprimée par la vertu du temps et qui ressort de l'histoire du médecin, de celle du malade, enfin de l'histoire des rapports entre le médecin et le malade.

Ces rapports se sont particulièrement élargis en ce dernier siècle, au point de devenir aujourd'hui une institution sociale; le médecin actuel fait vraiment partie intégrante de l'ordre social. Toute société civilisée aujourd'hui veut que chaque individu puisse bénéficier des services du médecin. On a compris que la maladie chez une

partie de la population constitue une menace pour l'autre partie et que la maladie par elle-même réalise une perte économique pour la société. C'est de là qu'est venue la création des services publics contre la tuberculose, la syphilis, etc., devenus d'autant plus nécessaires à cause des progrès apportés à la technologie dont le coût est prohibitif pour l'individu.

Sous le système actuel, les conditions de santé se sont améliorées et représentent un progrès marqué sur celles du passé. Malgré cela, cependant, la tâche du médecin n'est pas accomplie et, avec les moyens qui sont à sa disposition, il peut faire davantage. La question n'est cependant pas résolue; elle pose un problème médical, mais surtout économique.

Ici, le conférencier aborde le principe de socialisation, d'étatisation. La médecine de l'avenir paraît devoir être pour lui une médecine de groupe, parce que cette dernière coûte moins cher et produit plus que la médecine isolée. Facile à instituer dans les villes, ce système est rendu possible dans les campagnes et les régions éloignées grâce au développement des moyens de transport et de l'avion qui a réduit le facteur espace à sa plus simple expression.

M. Sigerist croit enfin que cette révolution s'impose et qu'elle constitue le rajustement nécessaire de l'organisation médicale, actuellement en retard sur les progrès technologiques et scientifiques.

Prié par le président de la séance de remercier le conférencier, M. P. Panneton, professeur d'Histoire de la Médecine à l'Université de Montréal, dit le plaisir qu'il eut d'entendre ce magnifique exposé fait par le docteur Sigerist. Il tient cependant à faire remarquer que la raison de pauvreté de la classe malheureuse, généralement invoquée pour mettre de l'avant le principe de socialisation, ne vaut pas, puisque le pauvre est mieux traité que le sujet plus privilégié. Il termine en disant que certains persistent à croire que la médecine est un art et qu'elle ne doit pas être abaissée au niveau de fonctionnarisme.

Le Secrétaire des Séances,

Raymond LABRECQUE.

**SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
UNIVERSITAIRES DE QUÉBEC**

Séance du 17 décembre 1943

**Uretère surnuméraire avec abouchement
anormal**

MM. Arthur Bédard et Jules LAVOIE

Les auteurs rapportent le cas de Mlle L. F., 14 ans, qui vint consulter à l'Hôtel-Dieu, le 5 novembre 1943, pour incontinence d'urine depuis sa naissance. Cette incontinence, diurne et nocturne, n'empêche cependant pas les mictions.

Un examen révèle l'abouchement d'un uretère dans le vestibule du vagin, sous le méat urinaire. La cystoscopie est négative de même que la pyélographie rétrograde, mais une urographie intraveineuse montre un bassinnet bifide à gauche. Une lombotomie est pratiquée et l'on trouve un rein petit, d'apparence normale, d'où partent deux uretères, le supérieur, très dilaté, originant dans un petit bassinnet. La guérison est obtenue après néphrectomie.

Dans toute la littérature médicale, on compte à peine 300 cas d'uretères avec abouchement anormal. Il s'agit le plus souvent d'un rein à parenchyme continu, avec deux bassinets, le supérieur correspondant toujours à l'uretère ectopique, quand ce dernier va s'aboucher en dehors de la vessie.

La présence d'un uretère surnuméraire et son abouchement anormal sont ensuite expliqués par l'embryologie. L'héminéphrectomie ou la néphrectomie, quand la première est impossible, sont maintenant les deux meilleurs traitements de cette infirmité.

**Quelques résultats obtenus par la radiothérapie
dans le traitement des leucémies, des
lymphosarcomes et de la maladie
de Hodgkin**

M. Robert LESSARD

Les leucémies, les lymphosarcomes et les lymphogranulomes malins sont des maladies à évolution fatale. Il est cependant possible, grâce à une thérapeutique appropriée, d'obtenir des survies de deux, trois ans et même plus. Ces états morbides se traitent soit par des agents chimiques tels que le benzène ou l'arsenic, soit par des agents physiques tels que les rayons X, le

radium et le radio-phosphore. La roentgenthérapie est certes le traitement le plus employé à l'heure actuelle. Grâce aux rayons X, on peut prolonger la vie de tels malades, on peut améliorer notablement les symptômes qu'ils présentent.

Douze leucémiques, onze porteurs de Hodgkin et quatorze lymphosarcomeux ont été traités à l'Hôtel-Dieu de Québec, depuis 1938. Tous ces patients ont été soumis à l'action des rayons X. Les résultats obtenus ont été très encourageants dans l'ensemble. Ils démontrent l'efficacité incontestable de la roentgenthérapie et il faudra y avoir recours chaque fois qu'on sera en présence d'une leucémie, d'un lymphosarcome ou d'une maladie de Hodgkin.

**A propos du traitement opératoire de
l'ostéomyélite aiguë**

M. Ls-Philippe ROY

L'ostéomyélite aiguë a diminué; son traitement pose toujours un problème assez complexe parfois quant aux modalités du traitement opératoire. Longtemps l'immobilisation, l'incision d'abcès sous-périostés, parfois une trépanation large, associées au traitement général, ont été les plus employées. Vers 1926, Leveuf, en France, Grey, en Angleterre, Phemister, aux Etats-Unis et d'autres, font des résections diaphysaires dites précoces dans des cas bien déterminés, avec de bons résultats et reconstitution osseuse. Il semble qu'aujourd'hui, avec le sulfathiazole qui semble diminuer le nombre des séquestres, on ait tendance à revenir à un traitement plus conservateur: immobilisation, incision d'abcès sous-périostés, parfois trépanation, assez rarement une résection.

**Trois observations de fibrillation auriculaire
et de goitre toxique. Guérison après
thyroïdectomie**

MM. Jean-Baptiste JOBIN et Richard LESSARD

Les personnes souffrant d'adénomes toxiques ou de maladie de Basedow ont fréquemment un cœur irrégulier, sans qu'il y ait de parallélisme obligé entre le degré de toxicité et la fibrillation auriculaire. Les hyperthyroïdies de date ancienne paraissent y être prédisposées.

Trois observations sont rapportées. Il s'agit de malades observés depuis un an, porteurs de goitre toxique et présentant de la fibrillation

auriculaire. Ils ont subi une thyroïdectomie qui les a guéris radicalement de leurs troubles. Le retour au rythme normal s'est effectué dans la première quinzaine des suites opératoires pour les deux premières observations, tandis que la fibrillation n'est disparue que plus tard chez la troisième malade.

Lorsque l'on constate chez un patient la présence d'une arythmie complète, il faut toujours vérifier l'état anatomique du corps thyroïde. Les hypertrophies discrètes et latentes échappent parfois à un examen rapide. Les petits signes de la dysfonction thyroïdienne ne doivent pas être négligés et mettent parfois sur la piste d'un diagnostic jusque-là hésitant. L'épreuve du métabolisme basal complète heureusement l'examen physique.

Conclusions.

En présence d'une fibrillation auriculaire, on doit tout mettre en œuvre pour déceler l'altération thyroïdienne.

Si les deux facteurs isolés restent isolés, il y a tout lieu de croire que la thyroïdectomie amènera une guérison définitive.

Si, d'un autre côté, il y a en plus une lésion supplémentaire de l'appareil cardio-vasculaire, on doit opérer quand même. Les troubles du métabolisme thyroïdien se comportent comme un agent catalytique qui hâte ou précipite le cours de l'affection cardiaque antérieure.

Séance du 4 février 1944

Les aspects psychopathiques de la délinquance juvénile

M. J.-Chs MILLER

Les progrès considérables de la psychiatrie réalisés au cours des dernières décades, lui ont apporté des spécialisations nouvelles, et diverses applications préventives, s'exerçant en dehors des asiles, et bénéficiant aux prédisposés.

L'origine constitutionnelle des infirmités et des maladies mentales, étant mieux connue, toutes les œuvres d'enfance font maintenant appel à l'assistance médicale et psychiatrique.

La délinquance juvénile offre un champ tout particulier où l'action psychiatrique peut aider la justice. En effet, chez les mineurs inculpés,

l'inexpérience, le manque de raisonnement diminuent déjà la responsabilité; en outre des infirmités mentales de toutes sortes se trouvent souvent à la base de comportement.

Vu que l'état de guerre, même en dehors des zones de combat, semble avoir augmenté les cas de délinquance, ici comme ailleurs, il est bon d'envisager le problème sous tous ses angles, et d'user de toutes les armes utiles, pour régler les cas au plus grand avantage du jeune inculpé.

Le Tribunal d'Enfants se propose, en effet, deux objectifs principaux: protéger l'ordre et le bien public, et aussi secourir l'enfant, le réadapter et prévenir autant que possible une carrière criminelle.

Or, l'étude psychiatrique est toujours utile à l'étude complète des délinquants tant la proportion d'anormaux y est élevée. C'est souvent le seul moyen de saisir les motifs du délit, le niveau de l'intelligence et du sens moral, l'équilibre affectif, et enfin la mesure correctionnelle dont peut bénéficier l'enfant.

Suit la présentation clinique de quelques délinquants anormaux: débiles mentaux, schyzoïdes, hyper-imaginatifs et différents degrés de perversion malade susceptible de traitements psychiatriques auxquels a consenti la Cour.

On évite ainsi à de très nombreux enfants des mesures coercitives aussi inopérantes que risquées et coûteuses, tout en leur assurant un traitement scientifique précoce et capable d'orientations nouvelles et définitives.

Tumeur de la moelle cervicale (observation anatomo-clinique)

M. Sylvio CARON

Le docteur Sylvio Caron raconte l'histoire d'une jeune fille de 18 ans, porteuse d'une tumeur cervicale haute « gliome ». La jeune fille présentait depuis quelques semaines un torticolis gauche; une monoplégie brachiale droite avec troubles sensitifs objectifs à tous les modes, troubles sensitifs à distribution radiculaire C 2, C 3, C 4; une ébauche d'un syndrome de Claude Bernard Horner droit; un Queckensted affirmant un blocage du liquide céphalo-rachidien; une albuminurie de 17 grammes .20 avec 52 lymphocytes par mm³.

La jeune fille a été opérée à l'Institut neurologique de l'hôpital Royal Victoria à Montréal par les docteurs Penfield et Cone, confirmant ainsi le diagnostic posé à la Clinique Roy-Rousseau.

**Auto-mutilations chez les aliénés à l'hôpital
Saint-Michel Archange et à la clinique
Roy-Rousseau**

M. Lucien LaRUE

Les aliénés ne paraissent pas éprouver, au cours de mutilations extrêmement importantes, de douleurs comme en éprouveraient certainement les gens normaux. Cependant ces mêmes aliénés paraissent se comporter vis-à-vis de la douleur expérimentale de la même façon que les gens normaux. Puis une série d'observations qui montrent que les aliénés peuvent se livrer à des mutilations diverses.

**Le facteur individuel dans la paralysie
générale**

MM. S. CARON et C.-A. MARTIN

Ce facteur personnel se retrouve dans l'étiologie de la maladie. Seulement un petit nombre de syphilitiques font de la paralysie générale. La syphilis, quoique indispensable, n'attaque que des cerveaux prédisposés. La théorie du spirochète neurotrope n'est pas prouvée.

Le facteur personnel modifie aussi la symptomatologie de la paralysie générale qui est une maladie très polymorphe. Les lésions cérébrales syphilitiques sont impuissantes à rendre compte de tous les troubles observés.

Une série d'observations cliniques est apportée à l'appui de cette thèse. Puisque le psychodiagnostic de la maladie est aléatoire, on insiste sur l'importance de l'examen sérologique du liquide céphalo-rachidien pour faire un dépistage précoce.

Séance du 18 février 1944

**Infection méningée tuberculeuse
et méningococcie**

MM. Rencud LEMIEUX, J.-Edouard MORIN
et Honoré NADEAU

Les auteurs citent l'observation d'un enfant, de 12 ans, admis à l'hôpital en pleine évolution d'une méningite d'allure tuberculeuse. L'histoire

familiale révèle que quatre enfants sont décédés en moins de trois mois, dont trois d'affection tuberculeuse aiguë et un de méningococcie probable. La ponction lombaire pratiquée au moment de l'admission à l'hôpital démontre qu'il s'agit d'une infection à la fois tuberculeuse et méningée.

Le traitement par les sulfamidés fait pendant les premiers jours de l'hospitalisation n'a donné des résultats qu'au point de vue de l'infection méningococcie.

L'enfant est décédé et l'autopsie met en évidence une granulie généralisée dont le point de départ paraît être ganglionnaire et médiastinal.

Les infections mixtes des méninges ne sont pas fréquentes, mais les infections tuberculeuses et méningococciques sont très rares, les auteurs affirment que depuis 1900, ils n'en retrouveraient, dans la littérature médicale, qu'une vingtaine d'observations, au plus.

Eunuchoïdisme par cryptorchidie

M. Antonio MARTEL

L'auteur rapporte l'observation d'un cas d'eunuchoïdisme par cryptorchidie abdominale bilatérale, chez un homme de 46 ans. Il rappelle les conditions d'apparition d'un tel syndrome et son aspect clinique. Sous l'effet du traitement par l'hormone mâle, les testicules sont descendus dans les bourses, les organes génitaux se sont développés, les caractères sexuels secondaires se sont manifestés dans le sens de la virilité, le psychisme et la vigueur physique se sont considérablement modifiés. L'auteur étudie la valeur comparée de l'administration de l'hormone mâle sous forme de propionate de testostérone en injections et de méthyltestostérone en comprimés pour ingestion et en linguets pour administration sub-linguale.

**Etude comparée de l'influence de différents
laits sur la courbe pondérale de
1836 nouveau-nés**

M. Marcel LANGLOIS

Du 1er janvier 1929 au 31 décembre 1941, il est né 3.201 enfants à l'hôpital du Saint-Sacrement.

L'étude a été restreinte à 1,836 observations de nouveau-nés qui pendant les jours qui ont suivi leur naissance ont été soumis à une alimentation unique.

Les faits rapportés ne semblent pas accorder la préférence à un lait plutôt qu'à un autre et le gain pondéral serait plutôt lié à la durée du séjour.

Kyste dermoïde sub-lingual

MM. O. FRENETTE et Jules HALLE

Le kyste dermoïde du plancher de la bouche, invagination de l'ectoderme, au cours des différentes transformations embryologiques, menace toujours le chirurgien qui veut l'extirper, du danger d'une infection grave du plancher. C'est pourquoi, très souvent, le kyste est abordé par la voie externe, c'est-à-dire par une longue incision sous mentonnière, sectionnant le muscle génio-hyoïdien.

Le kyste dermoïde sub-lingual contenant des cheveux en abondance, a été opéré chez un malade de 26 ans, par la voie buccale, au moyen d'une courte incision dans le repli alvéolo-lingual. L'intervention s'est avérée un succès, mais nous croyons que le résultat a été grandement aidé par la préparation du malade qui a reçu pendant cinq jours avant l'opération, par voie intraveineuse, 500 c.c. de sérum mixte additionné d'une ampoule de soluseptazine. Le volume du kyste, gros comme une orange moyenne, pouvait aussi rendre son extirpation très pénible. Celui-ci fut donc également ponctionné pendant cinq jours au moyen d'un trocart et 10 c.c. du magma retirés chaque fois.

L'intervention fut pratiquée sous anesthésie locale le 24 janvier 1944 et le malade pouvait quitter l'hôpital guéri cinq jours plus tard.

Séance du 3 mars 1944

A propos de trois cas de cardiospasmie

MM. François ROY et Jacques TURCOT

Le cardiospasmie est une affection dont la cause n'est pas connue et qui se manifeste cliniquement par une dysphagie progressive et radiologiquement par une dilatation de la partie inférieure ou de la totalité de l'œsophage. L'œsophagoscope passe facilement; il n'y a pas de rétrécissement.

La musculature s'hyperplasia et, après un certain temps, on voit apparaître des lésions de la muqueuse. L'évolution dure plusieurs années et aboutit à la dysphagie complète.

Le traitement, très efficace, consiste à faire des dilatations œsophagiennes, à l'aide d'un ballon de caoutchouc recouvert de soie, dans lequel on introduit de l'air ou de l'eau sous pression, pression égale à une colonne d'eau de 23 pieds.

Souvent une seule dilatation suffit. Trois cas illustrent bien ces données:

1er cas: Dysphagie depuis 7 ans. Tous les traitements échouent, même une cardiectomie extra-muqueuse, qui améliore cependant le malade pour huit mois. La dilatation sous forte pression (23 pieds d'eau) fait disparaître tous les symptômes.

2e cas: Dysphagie depuis trois ans aboutissant à un amaigrissement extrême qui nécessite une gastrotomie pour permettre l'alimentation. Les dilatations font disparaître tous les symptômes.

3e cas: Troubles œsophagiens remontant à trois ans et conduisant à la cachexie. On fait au malade une gastrotomie pour le nourrir. Les dilatations, cette fois encore, font merveille.

Conclusions:

Efficacité des dilatations.

Possibilité de prévenir des interventions chirurgicales et de longues années de souffrance.

Le curare comme adjuvant de l'anesthésie générale

M. Fernando HUDON

Plusieurs physiologistes expérimentèrent le curare dans les états convulsifs, mais le manque d'une bonne préparation causa quelques intoxications et retarda son application en clinique.

En ces dernières années, la maison Squibb mit sur le marché un extrait purifié de curare sous le nom d'« Intocostrin ».

Le docteur H. R. Griffith de Montréal fut le premier anesthésiste à s'en servir en anesthésie générale pour favoriser le relâchement musculaire avec succès.

Nous l'avons utilisé nous-même, deux fois avec l'éther, dix-huit fois avec le cyclopropane et vingt-trois fois avec le pentothal comme anesthésique principal.

Nous l'avons employé avec succès dans un cas de trismus, une œsophagoscopie, une intervention sur les cordes vocales, et dans vingt-trois opérations sur les voies biliaires.

Trente unités suffisent généralement pour donner la résolution musculaire. Sa manière d'agir est son action inhibante au niveau des plaques mo-

trices par neutralisation de l'acétylcholine. Son antidote est la prostigmine. L'action apparaît en quelques secondes pour disparaître en quinze à vingt minutes.

Nos constatations furent les mêmes que celles des docteurs Griffith et Cullen.

Au point de vue clinique, nous n'avons pas constaté de signes d'intoxication.

Tumeurs cutanées pigmentées non næviques

M. Carlton AUGER

Dans le groupe des tumeurs pigmentées de la peau, il y a, en plus des tumeurs næviques proprement dites, des tumeurs épithéliales, dont la pigmentation est un phénomène secondaire. Trois lésions verruqueuses pigmentées, deux papillomes pigmentés et quatre épithéliomas pigmentés sont décrits dans ce travail. L'hyperplasie épithéliale au niveau de ces tumeurs s'accompagne d'une hyperplasie des mélanoblastes et d'une surproduction de mélanine. Ceci explique leur coloration noire ou brune foncée. A cause de cette pigmentation il est difficile de distinguer cliniquement ces tumeurs des tumeurs næviques vraies. Aussi sont-elles généralement enlevées avec le diagnostic de nævi.

Traitement des brûlures

M. Jean-Louis LAROCHELLE

Le traitement d'un grand brûlé est difficile en même temps que très important. Le traitement général est aussi important, sinon davantage, que le traitement local. Toujours associer les deux si possible.

Le traitement général se résume à ceci:

1° Plasma par voie intraveineuse, avec contrôle de l'hémoconcentration;

2° Stimulants cardiaques et sédatifs, solutés salins et glucosés; la quantité à donner peut atteindre parfois 5 à 6,000 c.c. Les sulfamidés pour combattre l'infection; la transfusion sanguine; enfin, une diète appropriée, voilà le traitement général.

Le traitement local a pour but d'éviter l'infection, de diminuer la douleur, et d'activer la régénération de l'épithélium. A cet effet, on emploiera les colorants, les pansements salins, l'acide tannique, la sulfadiazine. Chacun de ces produits a des avantages et des inconvénients.

Il serait important que les Services Hospitaliers aient à leur disposition tout ce qu'il faut pour traiter, le cas échéant, plusieurs grands brûlés, à l'occasion d'un sinistre, tel que celui du Coconut Grove à Boston.

SOCIÉTÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE DE MONTREAL

Séance du 23 février 1944

Présidence de Jean LeSage

LÉSIONS DE L'ŒSOPHAGE

Préventriculose ou cardiospasme: points de vue œsophagoscopiques

M. M. BONNIER

Le cardiospasme offre des aspects théoriques qui sont encore disputés. L'école de Chevalier Jackson nie la nature spasmodique du cardiospasme. Toute lésion systémique peut être mise en cause et l'explication se trouve dans un manque de coordination neuro-musculaire. Le tableau œsophagoscopique du cardiospasme, tel que décrit par Chevalier Jackson, est suffisamment bien connu. M. Bonnier se limite à certaines considérations pratiques qu'il résume de la constatation dans trois cas de cardiospasme rapportés où l'aspect endoscopique de l'œsophage et le traitement adéquat de la condition par bougirage furent exposés.

Deux cas présentaient des perturbations systémiques, i.e. une appendicite nécessitant une intervention avait précédé l'apparition du cardiospasme.

Discussion.

M. JUTRAS présente de nombreux clichés et fait noter la fréquence de cette condition associée à une lithiase biliaire et quelquefois à un ulcus de l'œsophage.

Traitement chirurgical du cardiospasme

M. Paul MARCHILDON

Deux malades souffrant de cardiospasme, dont l'un âgé de 69 ans et l'autre de 29 ans, furent soumis à une cardiectomie.

L'amélioration immédiate fut évidente dans les deux cas. Cependant une opinion définitive sur l'efficacité de cette méthode, pour cause du

nombre restreint des cas traités et du manque de recul, doit être tenue sous réserve.

La cardioplastie, opération similaire à la pyloroplastie de Finney, semble offrir des possibilités plus encourageantes que la cardiectomie de Haller.

Certaines constatations faites durant l'opération des deux cas, sont d'un intérêt tout particulier. Ainsi la lésion paraissant définitivement limitée au cardia, l'on serait porté à croire qu'à cette région, il y a sclérose, tissu résistant et épaissi. Par contre, à l'opération l'on constate que la paroi est souple, sans signe de sclérose, ni présence de spasme. Et, dans un cas opéré où l'œsophage fut ouvert par mégarde, l'exploration n'a révélé aucun signe d'obstruction, ni d'épaississement de la muqueuse. Les images radiologiques après cardiectomie sont identiques à celles qui ont précédé l'intervention. L'œsophage paraît toujours dilaté, quoique le cardia soit perméable.

M. Marchildon conclut en exprimant l'opinion que la chirurgie dans le cardiospasme doit être considérée en dernier lieu seulement. Pour les malades loin des grands centres où le bougirage répété est impossible, l'intervention chirurgicale alors s'impose.

Discussion.

M. BOHEMIER fait remarquer que dans l'un de ses cas personnels, la cardiectomie fut impossible à pratiquer et il s'est limité à faire une gastrostomie dite « goose neck ». Dans un second cas, la cardiectomie fut pratiquée avec succès, cependant les examens radiologiques subséquents n'ont révélé sur les clichés aucune amélioration apparente.

M. LATRAVERSE, est d'opinion que si l'image radiologique du cardiospasme après cardiectomie n'est nullement changée, c'est que cette intervention ne tient pas compte du rôle important que jouent l'orifice œsophagien et les piliers diaphragmatiques dans le cardiospasme, tel que l'a bien démontré Chevalier Jackson. Par contre, après dilatation et bougirage, l'image radiologique de l'œsophage se rapproche de nouveau de la normale. A l'aide de plusieurs clichés M. Latraverse en a fait une preuve démonstrative.

M. RICARD est d'accord avec M. Marchildon que, dans certains cas où il est presque impossible

de faire le bougirage, il serait préférable de les soumettre à l'intervention chirurgicale.

M. MARCHILDON conclut en faisant noter que sous anesthésie générale il est impossible de se rendre compte de l'état spasmé des piliers diaphragmatiques, ainsi que de l'état du hiatus œsophagien.

Un cas de varices de l'œsophage. Aspects radiologiques

M. L.-P. BELISLE

Les travaux de Wolfe en 1929, Shatski en 1931 et plus récemment Kirkland ont mis au point l'examen radiologique des varices œsophagiennes.

A l'aide d'une pâte baryte très épaisse, les varices se révèlent sur les clichés en images irrégulières, simulant des empreintes digitales.

Les causes les plus fréquentes des varices sont les cirrhoses hépatiques et les splénomégalies ou toute autre condition affectant sensiblement la circulation veineuse de retour à la région œsophagienne.

Le cas rapporté est celui d'un jeune homme de 12 ans souffrant d'une splénomégalie, opéré sub-séquemment par le docteur Ricard.

Les clichés d'œsophage révèlent les images caractéristiques en empreintes digitales, telles que décrites par Shatski. Ces images sont transitoires, i. e. elles sont affectées par l'inspiration et l'expiration forcée.

Le diagnostic différentiel entre varices et cancer de l'œsophage ne présente aucune difficulté.

Discussion.

M. JUTRAS présente des clichés intéressants sur les varices de l'œsophage. Il s'agit d'un malade vu tout récemment chez lequel une splénomégalie est la cause.

M. LETENDRE rappelle le traitement préconisé à la Clinique Mayo, par Moersch. Au moyen d'un œsophagoscope muni d'une aiguille spéciale, des injections sclérosantes au morhuate de soude, peuvent être pratiquées à différents niveaux de l'œsophage.

MM. LATRAVERSE et BONNIER doutent de l'efficacité de la méthode et notent qu'à date les résultats sont peu encourageants.

Diverticule de l'œsophage

M. Paul BRODEUR

Un malade de 50 ans, se plaint de troubles

digestifs vagues. Le matin, il note un goût dans la bouche d'aliments pris la veille. Il tousse en se levant et quelquefois il remet sans effort des aliments ingérés.

Enfin, après avoir expulsé le matin un comprimé pris la veille, il demande une consultation médicale.

L'examen radiologique par cachet opaque révèle qu'il est arrêté au niveau de la première vertèbre dorsale. Au moyen d'une pâte baryte, les clichés mettent en évidence un trajet filiforme conduisant à une image arrondie. A droite de la colonne vertébrale, il y a image caractéristique d'un diverticule à sac unique, comprimant la face postérieure de l'œsophage et d'assez gros volume.

En présence de ces données radiologiques, le diagnostic différentiel est à faire entre une diverticulose et une sténose œsophagienne en amont.

M. Brodeur attire l'attention sur la classification adoptée par Buckstein: 1) diverticule de pulsion; 2) de traction; 3) de tracto-pulsion; 4) diverticule transitoire (transient) n'étant démontrable que de temps à autre; 5) congénital, et enfin 6) diverticule, dit épiphérique, fréquemment associé au cardiospasme.

Discussion.

M. JUTRAS présente des clichés qui démontrent bien les deux types de diverticules, décrits par Buckstein, i.e. « transient » et épiphérique.

Traitement chirurgical du diverticule de l'œsophage

M. V. LATRAVERSE

La diverticulopexie ou la diverticulotomie sont les deux opérations de choix pour le diverticule de l'œsophage. La technique préconisée par Lahay, opte pour une diverticulotomie en deux temps. Au moyen de nombreuses projections M. Latraverse indique les différentes techniques opératoires et leur modification ainsi que les points de sécurité que ces modifications peuvent apporter, en tenant compte de l'anatomie topographique toute particulière de la région affectée!

Toute résection doit être précédée de lavage du diverticule. L'œsophagoscope est introduit dans le diverticule et à l'aide de transillumination pratiquée dans l'obscurité une délimitation des contours est possible, facilitant l'intervention. Si, à l'aide de l'œsophagoscope, il est possible de

pénétrer dans le diverticule, la résection peut se faire en un seul temps; sinon, il faudra considérer la résection en deux temps.

M. Latraverse est d'opinion que la technique faisant usage d'une pince à demeure sur le diverticule, au lieu de la ligature (adaptation en somme de la technique de l'anus artificiel dans les lésions du côlon), paraît très rationnelle et est susceptible de causer moins de déboires que l'emploi de ligature et résection du sac.

Il rapporte deux cas opérés dont l'un le fut en un seul temps. Cependant, à cause de la paroi très mince du diverticule, il a pénétré dans l'œsophage en faisant la résection et a rencontré de nombreuses difficultés à suturer.

Discussion.

M. BONNIER et M. LEFRANÇOIS font noter que Wayne Bancock préconise et emploie exclusivement la résection du diverticule en un temps.

M. LATRAVERSE, pour terminer, insiste sur ce fait qu'en présence d'un diverticule petit avec paroi mince, il ne faudra pas tenter une résection en un seul temps.

Le Secrétaire,

A. CANTERO.

REUNION SCIENTIFIQUE DU BUREAU MEDICAL DE L'HOPITAL NOTRE-DAME

Séance du 13 janvier 1944

Présidence de M. Charles Hébert

Syndrome protubérantiel supérieur (Type Raymond-Cestan)

MM. Julio VASQUEZ et Romα AMYOT

Paraîtra comme article original dans un des prochains numéros de *L'Union Médicale*.

Discussion.

M. Jean SAUCIER félicite les rapporteurs au sujet du syndrome rapporté et insiste sur le fait que la neurologie, malgré sa complexité apparente, est tout de même une science bien précise et de diagnostic relativement facile dans la mesure où l'on en connaît bien l'anatomie et la physiologie. Il encourage fortement les jeunes médecins à s'y orienter.

M. Yves CHAPUT demande quel a été le trai-

tement employé et si l'acéchole connaît encore la faveur des neurologues.

M. Roma AMYOT. Le cas rapporté ne l'a pas été tant pour sa rareté que pour familiariser les médecins avec l'étude des syndromes neurologiques: cette spécialité ne comporte pas de mystère en autant qu'elle est appuyée sur des connaissances solides d'anatomie et de physiologie: tout syndrome neurologique comporte deux parties: 1° Le diagnostic topographique. 2° Le diagnostic étiologique. Le syndrome rapporté, sans être rare, n'est tout de même pas très fréquent.

M. Julio VASQUEZ. Le traitement ici a été celui d'une hémorragie cérébrale et l'acéchole, malgré les résultats plus ou moins variables et discutés, est encore employée systématiquement par les rapporteurs.

Epithélioma calcifié

MM. L.-C. SIMARD et F. ARCHAMBAULT

Historique.

M. A. B..., 19 ans, a été victime d'un accident bénin à son travail le 31 juillet 1942: plaie contuse du sourcil gauche traitée par son médecin.

Quelques mois plus tard le patient se plaint d'une tumeur douloureuse à la même région. Il nous est alors dirigé par le médecin expert de la Compensation d'Ottawa, biopsie le 18 novembre 1942.

Examen clinique.

Cicatrice de la région sourcilière gauche. Sous la cicatrice, dans la paupière supérieure, petite tumeur multi-bosselée, dure, indolore, non adhérente, du volume d'une amande.

Au cuir chevelu, aux régions temporales droite et gauche, à la région pariétale droite et à l'occiput il existe 4 tumeurs de mêmes caractères.

Exérèse et biopsie.

La tumeur de la paupière gauche est enlevée le 19 novembre 1942 et celles du cuir chevelu le 9 décembre 1942, dont voici le rapport histologique du docteur L.-C. Simard.

Rapport histologique.

« Les cinq tumeurs prélevées au sourcil et aux régions temporales droite et gauche, à la région pariétale et à l'occiput, présentent toutes la même structure.

Il s'agit dans tous les cas d'un épithélioma calcifié, présentant en quelques points des foyers d'ossification.

Il paraît bien évident que l'épithélioma du sourcil n'a pas de relation avec l'accident relaté dans l'observation, puisque toutes les tumeurs ont une structure identique. » (Dr L.-C. Simard.)

Commentaires.

L'intérêt de cette communication réside dans la rareté de cette lésion et dans la relation de cause à effet entre cette lésion et le traumatisme que croyait y voir le malade, opinion d'ailleurs refusée par la Commission des accidents du Travail.

Pas de discussion.

Cancer du sein et radiothérapie

M. L.-P. BELISLE

1. Préliminaires.

L'adjonction de la radiothérapie au traitement chirurgical du cancer du sein, constitue encore aujourd'hui l'un des chapitres les plus controversés de la cancérologie. Les statistiques les plus discordantes ont été publiées et l'on se demande même si la thérapeutique a pu réaliser quelque progrès, quand l'on constate que le nombre de mortalités que cause le cancer du sein a doublé en 30 ans (de 5 à 10 par 100,000, de 1903 à 1933).

Un fait demeure: la grande variété de combinaison expérimentale des méthodes, durant ces 30 ans, facteur de quasi-recul, a permis depuis 10 ans l'élaboration de thérapeutiques plus efficaces et de statistiques beaucoup moins contestables.

II. Classifications usuelles à la base des statistiques mondiales.

A) Un stage: Steintal.

Stage I: tumeur limitée au sein, mobile; pas de ganglions.

II: id. mais ganglions axillaires palpables.

III: tumeur adhérente, ganglions sus-claviculaires ou métastases.

On ajoute la lettre P dans le cas d'un contrôle anatomo-pathologique de la classification.

B) Un grade: Broders.

(basé sur le degré de différenciation cellulaire d'un épithélioma donné).

Cellule indifférenciée: en voie ou en immence de mitose.

Grade

I	— 0 % à 25 %	de cellules indifférenciées
II	— 25% à 50 %	“ “
III	— 50% à 75 %	“ “
IV	— 75% à 100%	“ “

C) Une variété histologique.

Epithéliomas infiltrés (squirrhes encéphaloïdes, colloïdes)

Epithéliomas intra-canaliculaires

Paget, etc...

III. *Les statistiques mondiales.*

Mastectomie radicale de règle, méthode de Halsted.

(Survies de 5 ans seules considérées.)

A) Chirurgie seule.

Stage 1 P, 72%.

Harrington (Mayo), Lee (Memorial, N. Y.)

British Health Ministry Report, Lynch & Bartlett (San Francisco), Simmonds (Boston).

«L'adjonction de radiothérapie n'apporte aucune amélioration statistique à ce stage.»

Clopton (St-Louis), Harvard.

Cancer Commission, Crile, Pfahler (Philadelphie), Wintz (Allemagne), Cutler.

Stage I (clinique), 40%.

Stage II P, 22-24%.

Stage II (clinique).

(Chirurgie radicale seule) comprend:

A) Avec ganglions axillaires inflammatoires (stage 1 P), 72%;

B) Avec ganglions métastatiques petits et limités, 40%;

C) Envahissement axillaire marqué, 20%.

Ce qui fait une moyenne de 38-40%.

B) Avec radiothérapie postopératoire.

(Stage II seul considéré).

47% (Wintz);

53% (clinique chirurgicale de Kiel, 1934);

65% (Wasink, Institut du Cancer des Pays-Bas);

56% (Lynham, Angl.).

C) Radiothérapie pré et postopératoire.

(Stage II seul considéré).

45% (Pack, Memorial).

Préconisent pré et post: Burhmann (Baltimore), Moore (St-Louis), Lenz (Presbyterian Hosp., N. Y.).

Nota: L'école du Radium hammet (Stockholm), plusieurs chirurgiens et radiologistes américains et allemands préconisent la seule radiothérapie préopératoire suivie de mastectomie radicale. (Lenz, Wintz, Holfelder.)

Stage III. Hors de débat pour aujourd'hui. La radiothérapie étant d'ailleurs dans cette variété et ses métastases diverses la seule arme palliative à notre disposition.

Discussion.

M. Léon GERIN-LAJOIE. La société des nations a-t-elle adopté la classification internationale dans les cancers du sein, comme elle l'a fait pour les cancers de l'utérus? Combien de temps après la radiothérapie doit-on intervenir? S'il y a envahissement local de la cicatrice, la radiothérapie peut-elle être reprise?

M. Roma AMYOT voudrait des informations sur la classification de Broders: s'applique-t-elle à toutes les variétés de cancers?

M. Valmore LATRAVERSE. A propos de la classification de Broders, il aura l'occasion prochainement de l'exposer en détail, au cours d'une séance où il doit rapporter plusieurs cas de cancer du larynx opéré.

M. Louis-Philippe BELISLE. Le but de cet exposé statistique est surtout d'amorcer une discussion parmi les médecins et chirurgiens. Dans tout cela, il semble que la tendance actuelle soit à la radiothérapie préopératoire uniquement et ceci pour le STAGE II Clinique de Steinthal, c'est-à-dire tumeur avec ganglions axillaires palpables. Il ne faut pas attacher trop d'importance à la classification de Broders qui est une tentative pour orienter le pronostic. En effet, Broders a étudié le rythme de différenciation cellulaire de toutes les variétés d'épithélioma. Il y a une relation entre le rythme de différenciation et le rythme des mitoses: ce dernier est un indice de sensibilité radiothérapique. La société des nations n'a pas adopté de classification internationale dans les cancers du sein. La quantité de R.X. varie selon le stade. Les récives locales sont traitées par la radiothérapie, mais les résultats sont très décevants: à noter que les métastases cutanées sont la plupart du temps radio-résistantes.

**Corps étranger du duodénum
("Bobby pin": Extraction endoscopique
après gastrotomie)**

MM. V. LATRAVERSE et P.-M. RICARD

Le bébé R. M..., âgé de 13 mois, est présenté à l'hôpital Notre-Dame, le 14 octobre 1943, avec une histoire de corps étranger (pince à cheveux: « bobby-pin ») ingéré le 10 octobre, au dire de la mère. Aussitôt l'image radiologique fait décrire au docteur D. Léonard que le corps étranger est situé « dans la région pré-pylorique de l'estomac ou dans la région pyloro-bulbaire ».

Le lendemain, une tentative d'extraction gastroscopique, sous l'écran fluoroscopique, nous prouve que le corps étranger est bien engagé dans la 2e portion du duodénum.

Dans la suite, hebdomadairement, nous exécutons des contrôles fluoroscopiques du comportement du corps étranger à l'égard du péristaltisme intestinal. La diète liquide et molle est maintenue.

Le cliché radiographique du 26 novembre 1943 nous démontre que « la broche se maintient dans la 2e portion du duodénum, la tête en bas ».

Nous décidons alors l'emploi de la méthode suivante: extraction endoscopique à la faveur d'une duodénoscopie après la gastrotomie exécutée par le docteur P.-M. Ricard, le 1er décembre 1943.

Voici le protocole opératoire:

Incision para-médiane gauche s'étendant de l'ombilic à l'apophyse xyphoïde. Ecartement de l'aponévrose et du péritoine pariétal. Recherche du duodénum: on constate de la périoduodénite et de la périvésiculite.

A l'aide de manipulations digitales, le chirurgien exécute des tentatives infructueuses de faire remonter le corps étranger vers le pylore en vue d'une extraction œsophago-gastroscopique; alors, la gastrotomie est pratiquée. A travers la boutonnière gastrique, nous procédons à la duodénoscopie: le bec de l'œsophagoscope (5 mm x 30 cm) est conduit jusqu'à l'extrémité des deux branches de la pince à cheveux (« bobby-pin »). A l'aide de ses doigts, le chirurgien immobilise l'extrémité du corps étranger dans la lumière du bec de l'œsophagoscope. L'endoscopiste exécute l'extraction avec une pince à prise latérale; et cela dans un mouvement d'ensemble. Après l'as-

piration des mucosités, nous procédons à la fermeture des parois gastrique et abdominale sans employer de drain.

Suites opératoires normales: guérison par première intention. Le petit malade quitte l'hôpital le 11 décembre 1943.

Présentation des clichés et du malade.

Discussion.

M. Roger DUFRESNE demande quel fut l'état digestif de l'enfant du jour où il avala l'épingle jusqu'au jour où on l'opéra.

M. Roma AMYOT demande si, dans ces cas, une alimentation à base de cellulose et d'ouate hydrophile pourrait aider.

M. Albert GUILBEAULT ne croit pas que l'intervention chirurgicale ou endoscopique soit indiquée, notamment lorsqu'il s'agit de pièce de monnaie qui, la plupart du temps, s'élimine spontanément.

M. P.-M. RICARD. L'intervention chirurgicale a consisté en une gastrotomie plutôt qu'en une duodénotomie: le risque opératoire est beaucoup moins grave et le danger de fistule post-opératoire à peu près inexistant: à noter, chez cet enfant, la présence de réaction périoduodénale qui pourrait être la cause de troubles digestifs plus tard.

M. Valmore LATRAVERSE. Présentation de radiographies. Le cas rapporté, opéré de cette façon, est plutôt rare. L'enfant n'avait pas de troubles digestifs importants, mais l'intervention fut pratiquée à cause du danger de perforation. L'épingle était en quelque sorte enclavée dans la muqueuse duodénale. Il n'est pas d'avis de donner une alimentation cellulosique chez ces malades.

Diabète et goitre toxique avec exophtalmie

MM. C.-E. GRIGNON, J. GRIGNON
et M. BELISLE

L'association de ces deux maladies est assez rare. D'après Wilder, Jaslin, Lahey, moins de 1% des goitres toxiques se présentent avec un diabète vrai. Ce sont surtout les goitres nodulaires toxiques qui se compliquent d'un diabète, sans doute à cause de leur plus longue durée.

A noter que 80% de cette association arrive chez la femme.

Nous disons diabète vrai, car environ 35% des cas de goitre toxique montrent de la glycosurie et de l'hyperglycémie post-prandiale; et avant de poser un tel diagnostic, il faut étudier un malade durant une période assez longue.

Le pancréas peut être touché en même temps que la thyroïde; mais un goitre toxique touche, presque à coup sûr, le foie, soit indirectement par hyperadrénalisme.

En effet dans l'hyperthyroïdie le foie est pauvre en glycogène, soit par déficience de la glycogénèse, soit par excès de la glycogénolyse, soit encore par oxydation exagérée ou trop rapide à la périphérie.

Dans les goitres toxiques graves ou de longue durée, on trouve de l'atrophie simple ou pigmentaire, ou encore une dégénérescence graisseuse diffuse (comme dans le foie qui a subi l'atteinte du phosphore).

Wilder, dans 80% des cas, montre de l'hépatite chronique parenchymateuse.

En plus de ces figures de dégénérescence hépatique, on note aussi des lésions pancréatiques, hypertrophie au début puis dégénérescence par épuisement.

Lorsque les deux conditions, diabète et hyperthyroïdie, sont associées, on note les faits suivants:

1° Aggravation du diabète par les poussées d'hyperthyroïdie: la quantité d'insuline requise est augmentée, soit parce que les oxydations totales sont augmentées, soit parce que chaque unité d'insuline a moins d'action. La dose d'insuline requise pour utiliser une quantité définie de glucose, varie avec le taux du métabolisme basal. Plus les échanges cellulaires sont rapides, plus la dose d'insuline requise augmente. L'insuline est rapidement détruite si le métabolisme basal est augmenté. L'action fugace des catalyseurs (insuline) biologiques est due à leur destruction par les tissus, et cette destruction est due aux processus cataboliques. Plus les processus cataboliques sont intenses, plus la destruction des catalyseurs est rapide.

2° Amélioration de l'état diabétique lorsque l'hyperthyroïdie diminue; c'est ce que nous voulons démontrer.

Mme A. O..., 29 ans, admise le 24 novembre 1943.

Histoire.

Amaigrissement graduel depuis un an avec un peu de nervosité et de palpitations et légère myasthénie.

En août, elle note une hypertrophie de son cou et une exophtalmie bilatérale. Ses mains tremblent, elle a chaud, son cœur palpite, son caractère devient insupportable, enfin apparaissent distinctement tous les symptômes de la thyrotoxicose avec exophtalmie.

Ce n'est qu'un mois après qu'elle remarque de la polyphagie, de la polydipsie, de la polyurie; et tous ses malaises augmentent.

A noter qu'à ce moment elle devient enceinte et sa grossesse se termine 3 mois plus tard.

Appareils.

Nerveux: céphalée fréquente, grand nervosisme, tremblements.

Respiratoire: toux et expectoration (fume 20 cigarettes par jour).

Circulatoire: palpitations, dyspnée d'effort, pas d'œdème.

Digestif: polyphagie, digère bien, diarrhée parfois.

G. urinaire: polyurie, pollakiurie.

Locomoteur: asthénie considérable.

Visuel: devient myope.

Antécédents.

Rien à noter.

Histoire gynécologique.

3 grossesses à terme, un avortement il y a un mois. Les règles ont toujours été irrégulières.

Examen objectif.

Température 100°, pouls 140, respiration 22. Patientte maigre et agitée dont la peau est rouge et un peu sèche.

Yeux: exophtalmie et tous les signes du Basedow.

Nez: peu perméable à gauche.

Bouche: langue fendillée et rouge, amygdales anfractueuses, odeur d'acétone.

Cou: hypertrophie thyroïdienne bilatérale sans nodule palpable.

Cœur: P.A. 145/75, tachycardie à 140, bruits durs sans autre signe.

Poumon: nil.

Abdomen: nil, sauf déshydratation.

Membres: les réflexes ostéo-tendineux sont vifs, les extrémités moites.

Laboratoire.

B. W.	: négatif
Urémie	: 0. 35
Glycémie	: 2. 00
Cholestérol	: 1. 40
Urines	: sucre en abondance, acétone x
Expectorations	: bacille de Koch négatif
Radiographie pulmonaire	: négative.

Traitement.

En face d'une telle malade nous décidons de traiter d'abord son diabète et si possible de l'équilibrer, sans nous occuper, pour le moment, du goitre toxique.

Après 8 jours, son diabète est assez bien équilibré avec un régime de

1800 cal. environ	}	glucides	190
		lipides	90
		protides	65
100 unités d'insuline	}	1. P.Z.	40
		1. O.	60

Alors commence le traitement du goitre avec des sédatifs, de l'iode, de la radiothérapie thyroïdienne, etc.

Après 30 jours, son régime est de

2,000 cal.	}	glucides	240
		lipides	90
		protides	65
52 unités d'insuline	}	1. P.Z.	30
		1. O.	22

Son métabolisme basal est passé de + 64, le 27 novembre, à + 12 le 5 janvier.

Son poids de 81 à 88 livres. Son pouls de 140 à 80.

Donc nous avons pu, en améliorant sa thyrotoxicose, diminuer la quantité d'insuline tout en augmentant le régime.

Cependant, par moments, on note une poussée d'hyperglycémie et de glycosurie, traduisant sans doute de légers sursauts de la thyroïde ou des surrénales sur des muscles et un foie en déficit.

Nous nous proposons de faire opérer cette malade bientôt et de vous en rapporter les suites opératoires.

Discussion.

M. Armand GRATTON demande si le goitre toxique aggrave le diabète et s'il peut s'agir de deux maladies concomitantes évoluant chacune pour leur compte: la complication du diabète

par le goitre lui paraît plutôt rare.

M. L. ROUSSEL. La glande hypophysaire sécrète une hormone diabétique et une hormone thyroïdienne; les deux syndromes, goitre et diabète, pourraient-ils entrer dans une même entité, à savoir un point de départ hypophysaire?

M. Charles-Emile GRIGNON. Expérimentalement l'hypophyse peut provoquer un syndrome de goitre toxique et un syndrome de diabète, mais chez l'homme on n'en a pas la preuve. D'ailleurs les acromégales font rarement du diabète. La malade rapportée, souffrant de goitre toxique et de diabète grave, présente une association clinique plutôt rare: d'après Wilder, moins de 1% des goitres toxiques se présentent avec un diabète vrai. Chez ces malades, le diabète complique le goitre et il faut intervenir seulement lorsque le diabète est sous contrôle. Ces malades ne font pas de glycosurie la nuit contrairement aux diabétiques ordinaires. La glande thyroïde stimule la sécrétion d'adrénaline qui accélère la glycogénolyse du foie. La courbe d'hyperglycémie provoquée chez ces malades fait le diagnostic de diabète vrai, par opposition au goitre toxique qui présente fréquemment de la glycosurie et de l'hyperglycémie post-prandiales. En effet chez les basedowiens, la courbe montre un taux initial de suc normal avec une montée rapide et une descente rapide contrairement aux diabétiques. Ces malades sont difficiles à équilibrer au point de vue diabète; à noter la gravité des réactions insuliniques chez ces malades parce qu'ils n'ont pas de glycogène hépatique et musculaire. Selon Wilder de la Clinique Mayo, l'hyperthyroïdie aggrave l'état général et le diabète. Cet auteur a déjà rapporté un cas où l'omission de Lugol, chez un hyperthyroïdien diabétique, a causé un coma dont le malade est sorti par la thérapeutique iodée. En conclusion, chez ces malades, il faut d'abord équilibrer le diabète, ensuite traiter le goitre. A mesure que l'hyperthyroïdie s'améliore, le diabète s'améliore.

Le Somnifène et les douleurs de l'accouchement

M. Donatien MARION

En 1923, Cleicz de la Maternité Baudelocque publiait, dans la Presse Médicale, le résultat de ses observations sur l'emploi du Somnifène contre les douleurs de l'accouchement. A cette époque, je fis quelques essais d'analgésie obstétricale au Somnifène, mais l'état de surexcitation des

patientes, au moment des contractions utérines, me fit abandonner la méthode. Il n'en restait pas moins vrai que, sous l'effet de ce médicament, les patientes ne gardaient aucun souvenir des douleurs.

Au mois d'août 1943, je décidai d'expérimenter de nouveau la méthode, mais avec des modifications qui feraient disparaître l'état d'excitation intense que j'avais observé avec le Somnifène seul.

A date, j'ai recueilli 43 observations dont voici la dernière:

Madame R. D., 28 ans, 111 pare.

Début du travail: le 4 janvier 1944 à minuit. Durant toute la nuit et la matinée, les contractions sont irrégulières, peu douloureuses, à intervalles de 20 à 10 minutes.

A 15 heures (3 hrs p.m.) les contractions se renouvellent toutes les cinq minutes et l'effacement est à peu près complet; la dilatation atteint la dimension d'une pièce française; présentation en O.I.G.A.

Injection hypodermique de 1 cgr. (1/6 gr.) de sulfate de morphine concurremment avec une injection intraveineuse de 5 c.c. de Somnifène. A peine l'injection terminée, la patiente s'endort et accouche spontanément à 18 heures d'un enfant de 7 livres et 9 onces qui respire et crie dès sa naissance. Bien que, durant la dernière heure du travail, la patiente réponde distinctement aux questions posées et perçoive les contractions au moment de leur apparition, elle déclare le lendemain n'avoir aucun souvenir de ses douleurs.

Une dilatation qui atteint, au moins, la dimension d'une pièce de cinquante sous avec un col effacé ou presque complètement et des douleurs régulières constituent le moment d'élection pour pratiquer l'analgésie.

L'administration simultanée d'un centigramme de morphine ou d'une ampoule de Spasmalgine supprime l'excitation qui pourrait se manifester au moment des contractions. De plus, l'action sédatrice de ces deux derniers médicaments fait disparaître l'hypertonie du muscle utérin que l'on rencontre fréquemment chez les primipares et accélère d'autant la marche de l'accouchement.

L'analgésie complète dure, en moyenne, trois heures. Après ce laps de temps, si le travail n'est pas terminé, on peut répéter une seconde dose de 2 à 4 c.c. de Somnifène.

De ces 43 cas 27 étaient des multipares et 16 des primipares. Dans la majorité des cas, l'accouchement s'est produit dans les quatre heures qui ont suivi l'injection. Trois patientes ont prolongé leur travail de 7 à 8 heures et l'effet analgésique a complètement disparu: dans ces cas je n'ai pas voulu atteindre les doses suggérées par Cleicz (10 à 14 c.c.) par crainte de cyanose chez l'enfant.

Lorsque la naissance se produit dans l'heure qui suit l'anesthésie, l'enfant ne crie pas immédiatement, mais sa respiration est normale. L'inhalation de quelques bouffées d'oxygène le ramène rapidement.

Remarque. Ce rapport préliminaire n'indique pas la découverte de la pierre philosophale de l'accouchement indolore; il ne vise qu'à la recherche d'une méthode simple, pratique, à la portée de tous, avec un minimum de dangers pour la mère et l'enfant.

Discussion.

M. Roma AMYOT. Quel médicament faut-il employer pour éviter la phase d'excitation?

M. J.-Urgel GARIEPY. Cette méthode a-t-elle quelque analogie avec le « Twilight Sleep » des auteurs américains?

M. Valmore LATRAVERSE. Quel était l'état de la respiration de ces enfants au moment de leur naissance?

M. Albert GUILBEAULT. Quelles sont les contre-indications de cette méthode et quelles ont été les suites de couches de ces malades?

M. Donatien MARION. La méthode dite « Twilight Sleep » est abandonnée en obstétrique, car la scopolamine employée dans cette anesthésie est toxique pour l'enfant et amène très fréquemment de la cyanose. A noter que le Sédol contient une certaine quantité de scopolamine. Par cette méthode du Somnifène la malade perd le souvenir de ses douleurs: la dose moyenne est de 4 à 6 c.c. Les suites de couches ont été normales et la respiration des enfants, à leur naissance, normale. Il se propose d'étudier l'anesthésie obstétricale par le Pantothal sodium en injection rectale. Ce rapport préliminaire sera suivi d'autres dans un avenir rapproché.

Le Secrétaire adjoint du
Bureau Médical,
Yves CHAPUT.

NÉCROLOGIE

GEORGES-ETIENNE MIGNAULT

Si la mort frappe brutalement sur les champs de bataille, elle n'en continue pas moins son œuvre dans toutes les sections de la lutte pour la vie. Si, à bon droit, l'on exalte l'héroïsme de ceux qui sont tombés au champ d'honneur, n'oublions pas qu'il y a de ces vies qui méritent toute notre admiration, parce qu'elles se sont passées dans le dévouement, le sacrifice et le continuel désir d'être utile. Devant ces vies, inclinons-nous avec respect.

Aujourd'hui une de ces vies utiles nous est ravie, car le docteur Georges-Etienne Mignault a répondu à l'appel de Dieu. Cette triste nouvelle a terrassé ses amis et soustrait à la profession médicale un de ses membres les mieux qualifiés.

Georges-Etienne Mignault a fait ses études classiques au Séminaire de Ste-Thérèse. En 1906 il obtint son doctorat à l'Université de Montréal et s'est livré à la pratique de la médecine générale. En 1910 il fut l'un des pionniers de l'Institut Bruchesi. En 1922 il se dirige à Paris pour suivre un cours de perfectionnement à l'hôpital Laënnec sous la direction de E. Rist et P. Ameuille et à l'hôpital Boucicaut sous la direction du professeur F. Bezançon. A son retour, il a continué à satisfaire aux exigences de sa nombreuse clientèle, mais son séjour dans la ville Lumière avait fait naître en lui l'orientation vers la spécialisation dans les maladies pulmonaires et, plus particulièrement, le problème médico-social de la tuberculose.

En 1926 il fut chargé par la Faculté de Médecine de l'organisation du service médical à l'hôpital du Sacré-Cœur. Ayant été associé à ce travail dès la première heure, j'ai été témoin de son dévouement, de sa ténacité au travail, de son enthousiasme et de sa compréhension du problème antituberculeux. Grâce à toutes ces qualités, à son sens d'organisation et à la confiance que lui ont témoignée les religieuses de

la Providence, l'hôpital du Sacré-Cœur est devenu une institution progressive et qui peut rivaliser avantageusement avec les autres institutions similaires. Le programme élaboré en 1926 est en voie de réalisation, mais tout ne s'est pas fait sans difficultés et sans obstacles. Ayant été le compagnon quotidien de son travail, tous ses efforts ont tendu vers la réalisation de ce programme. Il a fallu discuter, revenir à la charge, mais toujours avec calme, délicatesse et peut-être aussi quelquefois avec une digne violence, il exposait ses vues, toujours pour le plus grand bien du malade et pour l'avancement scientifique de cet angoissant problème: la tuberculose, et pour le succès de l'hôpital dont il fut longtemps le président du bureau médical.

La carrière médicale du docteur G.-E. Mignault, admirablement remplie, se caractérise par deux étapes bien distinctes: « le praticien » et le « spécialiste ».

De 1906 à 1926, grâce à son dévouement, sa gaieté, sa sympathie, sa bonne humeur et son sens médical, il a édifié une clientèle des plus enviables. Son esprit de charité et sa probité scientifique peuvent servir de modèle aux futures générations d'étudiants.

De 1926 à sa mort, son rôle comme « spécialiste » fut très bien rempli. Ceux qui ont travaillé avec lui dans l'exercice de sa spécialité, n'auront qu'à suivre le sillon qu'il a tracé, puisqu'il conduit au succès.

Le docteur Mignault était membre de plusieurs sociétés médicales:

- Professeur agrégé et chef de service, membre du Comité Provincial de Défense contre la Tuberculose;
- Ex-président de la Société Médicale de Montréal;
- Membre de l'Association Canadienne antituberculeuse;
- Membre de l'« American Thoracic Surgery Association »;
- Ex-président de la Société de Phtisiologie;

Membre de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, il ne manquait pas l'occasion de puiser toutes les informations requises pour enrichir son observation, et il avait autant de générosité pour communiquer aux autres le fruit de son expérience.

Le dernier numéro d'avril de *l'Union Médicale du Canada* nous donne le dernier article qu'il avait présenté sur la « Tuberculose et traumatisme » à une séance de la Société de Phtisiologie.

La vie du docteur G.-E. Mignault fut admirablement remplie et, à ses nombreux amis qui déplorent sa mort, je demande qu'on lui conserve un pieux souvenir.

A madame Mignault et à sa chère famille, j'offre cet humble témoignage de mon inoubliable souvenir envers ce cher disparu, et je réitère l'expression de mes plus sincères condoléances.

J.-A. VIDAL.

REVUE DES LIVRES

Médecin-Colonel H. FRUCHAUD. — **Chirurgie de Guerre.** Tome 1, Edition des Lettres Françaises, Beyrouth, 1943.

Cet ouvrage est le premier qui nous soit parvenu d'un territoire français depuis juin 1940. Il a été imprimé à Beyrouth en Syrie et le papier sur lequel il a été tiré n'a pas la qualité que l'on est accoutumé de trouver, car c'est presque du papier-journal.

Ce fait montre sans besoin d'explication les difficultés matérielles qui paralysent les métiers graphiques chez nos amis français. Ce qui n'a pas changé toutefois, c'est la méthode d'expédition.

Si les caractères typographiques manquent parfois de clarté, il en va autrement du texte. Il est précis et bien ordonné.

L'auteur, professeur de clinique chirurgicale à l'École de Médecine d'Angers, s'est entouré de nombreux collaborateurs.

Son ouvrage est rempli de notions chirurgicales récentes, d'applications pratiques nouvelles. Il est divisé en onze parties. La première fait une revue historique et souligne l'évolution de la

chirurgie de guerre. La deuxième partie étudie l'anatomie pathologique des plaies de guerre et la troisième partie est vouée à leur physio-pathologie. Le premier traitement des plaies de guerre fait l'objet de la quatrième partie; les cinquième et sixième parties sont consacrées à l'étude clinique, aux indications thérapeutiques, à la surveillance et aux traitements tardifs des blessés. Viennent ensuite les études particulières: les fractures ouvertes (7e partie), les blessures des articulations (8e partie), les blessures des vaisseaux (9e partie), les blessures des muscles et des tendons (10e partie) et les blessures des nerfs (11e partie).

Chaque partie est subdivisée en chapitres nombreux. Le travail est d'importance, car il comporte 847 pages. Rédigé et composé dans des conditions très difficiles, il est très intéressant et tout à fait à date. Il mérite le meilleur accueil; les chirurgiens civils y trouveront matière à glaner et les chirurgiens militaires pourraient en faire leur *vade mecum*.

Edouard DESJARDINS.

DERMOPHYL

CRÈME DERMIQUE

Préparée selon les plus récentes données scientifiques, la pommade DERMOPHYL présente une association parfaitement équilibrée de médicaments les plus efficaces et sous leur forme la plus active; associés à une base hydrophile spéciale, ils réalisent une crème dermique d'une efficacité remarquable.

Composition

Soufre colloïdal	3 grammes
Résorcine.....	3 "
Peroxyde de zinc.....	15 "
Oxyde de titane.....	3 "
Baume du Pérou.....	3 "
Excipient spécial.....	q.s.p.100 "

Indications

Acnés - Eczémas secs et Chroniques - Parakératoses - Pityriasis - Sycosis - Psoriasis

Mode d'emploi

En applications locales sur les parties affectées.

FABRICANTS ET CONCESSIONNAIRES AU CANADA

ROUGIER FRÈRES

350, RUE LE MOYNE

— MONTREAL

NOUVELLES

JOURNEES MEDICALES ANNUELLES DE LA SOCIETE MEDICALE DE MONTREAL 1944

Sous le distingué patronage de
l'honorable HENRI GROULX,
Ministre de la Santé et du Bien-Etre Social
de la province de Québec

PROGRAMME GENERAL

Lundi, le 29 mai

Hôpital Notre-Dame

Utilité clinique des substances gonadotropiques:

M. Charles-Emile Grignon.

A qui et comment donner le foie de veau: *M. Léopold Morrissette.*

Les pneumonites et leur traitement: *M. Jules Prévost.*

L'anesthésie par réfrigération: *M. J.-Urgel Gariépy et ses assistants.*

Mardi, le 30 mai

Hôtel-Dieu

Les yeux rouges: *M. Lucien Perron.*

Les troubles fonctionnels du côlon: *M. Paul Letendre.*

Les soins postopératoires chez les colostomisés: *M. Jacques Bruneau.*

Le diagnostic précoce du cancer du côlon: *M. Albert Jutras.*

Observations personnelles sur le traitement du goitre toxique par le Thiouracil: *MM. Paul Dumas et René Roux.*

Mercredi, le 31 mai

Hôpital du Sacré-Cœur

Les bronchectasies:

a) Point de vue clinique: *M. J.-A. Vidal;*

b) Point de vue endoscopique: *M. Bonnier;*

c) Point de vue chirurgical: *M. G. Deshaies.*

La cure de repos dans le traitement de la tuberculose pulmonaire: *M. J.-A. Millet.*

Tuberculose ostéo-articulaire: *MM. J.-Ed. Samson, U. Frénette, M. Fortier, R. Gariépy, R. Potvin.*

Jeudi, le 1er juin

Hôpital Saint-Jean de Dieu

Visite des malades.

Electro-shock: *MM. A. Pilon et H. Tellier*

Jeudi, le 1er juin

Banquet clôtural

Conférencier d'honneur: *M. Gustave Lanctôt.*

Titre de la causerie: *Ville-Marie, ville inconnue.*

Comme par les années passées, nous aurons, à la fin de chaque séance clinique, des conférenciers d'honneur, dont MM. Lucien Brouha, de l'Université d'Harvard, Donald Fraser, professeur d'Hygiène de l'Université de Toronto, et Raymond DeSaussure, de New-York.

COURS DE PERFECTIONNEMENT EN PEDIATRIE DE L'HOPITAL STE-JUSTINE

5 au 10 juin 1944

Sous la direction du docteur Gaston Lapierre assisté des docteurs René Benoît et Raymond Labrecque.

LUNDI 5 JUIN, 9.30 HRS A.M.

Ouverture. Dr Gaston Lapierre.

La Pénicilline. Etude. Son application à l'enfance. Dr N.-R. Bouziane.

LES ALGIES RHUMATISMALES et SYNDROMES DOULOUREUX



Complexe médicamenteux de Polysalicylates, Soufre, Calcium, Thyroïde et Parathyroïde, en capsules glutinisées, ne se dissolvant que dans l'intestin.

**PUISSANT MODIFICATEUR DU
TERRAIN RHUMATISMAL**

●

DOSES: Jusqu'à cessation des douleurs, la dose devra être forte, de 12 à 18 Capsules par 24 heures. Prendre de préférence une Capsule — ne jamais dépasser 2 capsules — toutes les heures ou toutes les deux heures. Après la cessation des douleurs, réduire la dose du tiers, puis de la moitié et plus.

PRÉSENTATION: En flacons de 100 Capsules.

SULFOSALYL

Échantillon sur demande.

ANGLO-FRENCH DRUG COMPAGNIE

209 Est, rue Sainte-Catherine,

Montréal.

Instabilité des enfants d'âge préscolaire et scolaire. Dr J. Saucier.

MARDI 6 JUIN, 9.30 HRS A.M.

Etude de la croissance. Drs Gaston Lapierre, Edmond Dubé, Leglius Gagnier.

MERCREDI 7 JUIN, 9.30 HRS A.M.

Etats glycémiqes chez l'enfant. Dr Henri Baril.

Adiposité infantile. Dr J.-Alcide Martel.

JEUDI 8 JUIN, 9.30 HRS A.M.

A l'hôpital de la Miséricorde.

Notions d'allergie chez le nourrisson et l'enfant. Dr Raymond Labrecque.

Affections des voies digestives avec prédominance du vomissement. Dr René Benoît.

VENDREDI 9 JUIN, 9.30 HRS A.M.

Les états anémiques chez l'enfant. Dr Lucien Coutu.

La sinusite chez l'enfant d'âge scolaire. Dr Jean Lapointe.

SAMEDI 10 JUIN, 9.30 HRS A.M.

Le rhumatisme articulaire aigu de l'enfance. Dr Willie Major.

Manifestations cutanées les plus fréquentes chez l'enfant. Diagnostic. Traitement. Dr C.-H. Trudeau.

LUNCH offert par l'hôpital Sainte-Justine.

Le prix de l'inscription aux cours est de \$3.00, et est payable maintenant au docteur Edmond Dubé, directeur médical de l'hôpital Sainte-Justine.

SOCIÉTÉ D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE PREVENTIVE DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Séance spéciale organisée à l'occasion des « Journées Annuelles » de la Société Médicale de Montréal le jeudi, 1er juin 1944, à 2 heures de l'après-midi, à l'Auditorium du Jardin Botanique, coin Sherbrooke et Boulevard Pie IX.

PRÉSIDENT: Dr Jean Grégoire, Sous-Ministre de la Santé et du Bien-Être Social à Québec.

PROGRAMME

- a) Une épidémie causée par le fromage. — Docteur E. Poisson.
- b) Problème de la diphtérie à Montréal depuis cinq ans. — Docteur Jos. Duplessis.
- c) La mortalité infantile à Shawinigan. — Docteur Georges Smith.
- d) Evaluation de la population en temps de guerre. — Docteur Ant. Valois.
- e) Quelques aspects du service médico-social des maladies vénériennes. — Docteur G. Choquette.

PRIX CASGRAIN ET CHARBONNEAU

Nous avons l'honneur de vous rappeler que la maison Casgrain et Charbonneau offre « un prix de \$500 à être attribué au meilleur travail — recherche ou amélioration scientifique — se rapportant à la médecine, à la pharmacie, à la dentisterie, à la chimie ou bio-chimie, ce qui comprend toute découverte médicale ou pharmaceutique, toute amélioration importante de traitement médical ou d'opération chirurgicale, toute découverte scientifique d'ordre médical. »

- 1) Peuvent prendre part au concours: les diplômés de l'Université de Montréal.
- 2) Les travaux devront être envoyés au Recteur de l'Université avant le 15 mai 1944.
- 3) Ces travaux devront être inédits.

Auriez-vous la bonté de rappeler aux intéressés l'existence de ce prix?

Veillez agréer l'expression de mes meilleurs sentiments.

Le Recteur,

Olivier MAURALT,

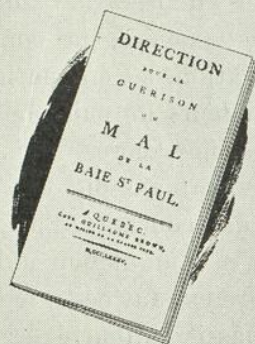
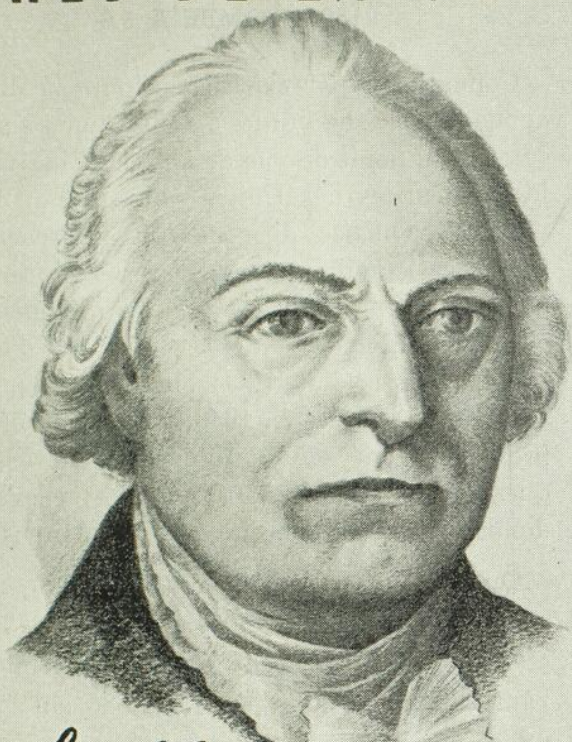
p.s.s.

HABITATIONS SALUBRES

La ventilation, la bonne aération de votre maison, si modeste qu'elle soit, est une condition essentielle de bien-être et de salubrité. Tout ce qui vicie l'air a une influence fâcheuse sur la santé, rappelait récemment un hygiéniste du ministère de la santé et du bien-être social, le docteur Antonio Bossinotte, chef de la Division de l'assistance publique.

PÈRES DE LA MÉDECINE CANADIENNE

★UNE DES ANNONCES DE LA SÉRIE



L'on croit que ce pamphlet, écrit par Badelard, fut la première publication canadienne d'un caractère médical.

Louis F. Philippe Badelard

MÉDECIN ET CHIRURGIEN
(1730-1802)

NÉ en 1730, en Picardie, Badelard obtint son diplôme de médecin en France et vint au Canada en qualité de chirurgien des troupes françaises. Pendant la Bataille des Plaines d'Abraham, il fut fait prisonnier par un Ecossais nommé Fraser avec qui il devint grand ami. Après la conquête, il s'établit à Québec où il fut reconnu comme chirurgien habile.

Il s'enrôla dans la Milice Canadienne en 1775 et, l'année suivante, fut nommé Chirurgien de la Garnison de Québec. A la demande du Gouverneur Haldimand, il fit une enquête au sujet des premières manifestations d'une maladie à la Baie St-Paul. Badelard continua ses recherches jusqu'en 1782. Il diagnostiqua la maladie comme étant la syphilis et ordonna différentes formes de mercure pour son traitement.

En 1785, Badelard écrivit un pamphlet donnant des instructions détaillées sur le traitement de la maladie et sur la dose des remèdes à base de mercure qui étaient ordonnés. Ce pamphlet fut distribué dans toutes les paroisses par le Gouvernement dans le but d'instruire le peuple. (Voir la vignette ci-dessus.)

En 1788, Badelard se fit remarquer par le soutien qu'il apporta à une loi qui devait forcer tous ceux qui voulaient pratiquer la médecine, la chirurgie ou la profession de sage-femme dans le Québec à passer des examens et à obtenir un Diplôme.

D'un tempérament quelque peu irascible, Badelard semble plus tard avoir mérité le respect et l'affection de tous car, à sa mort, en 1802, il fut accompagné au lieu de sépulture de sa famille, à L'Ancienne Lorette, "malgré un froid terrible," par une foule immense composée de membres du clergé et de citoyens de toutes classes. Il laissa 12,000 livres à l'Hôpital Général (Fondation Badelard) pour "l'hivernage, le logement et la nourriture de deux pauvres". Il est décrit sur le registre obituaire comme étant "d'une nature fidèle, zélée, charitable, gaie et franche... l'ennemi déclaré de l'hypocrisie".

L'exemple donné par des hommes comme Badelard, qui ont contribué à établir la pratique de la médecine au Canada sur une base solide, inspire notre compagnie à veiller toujours d'une façon vigilante au maintien de sa politique—Exactitude Thérapeutique et Excellence Pharmaceutique.

WILLIAM R. **WARNER** & COMPANY LTD.

Fabricants de Produits Pharmaceutiques
727-733 KING STREET WEST, TORONTO
1856-1944

LE SYMBOLE
D'EXCELLENCE
PHARMACEUTIQUE

OMNIS ORBIS



WARNER

FONDÉE EN 1856

« L'air très altéré amène les maladies graves et meurtrières; moins altéré mais encore impur, il mine sourdement la constitution et cause l'étiollement, la dénutrition, l'anémie, la scrofule. Les principales causes d'altération sont, dit-il, le chauffage parfois exagéré, la combustion imparfaite, la respiration, les émanations humaines et animales, les odeurs de cuisson, la fermentation des ordures ménagères, etc., etc. Chose étrange, certaines mamans ont une crainte mortelle des souris, des courants d'air, des quêtoux ou du tonnerre et ne s'inquiètent nullement d'une atmosphère impure et sans cesse menaçante. Défions-nous des châssis calfeutrés et clos pendant des mois.

« Il va sans dire que la propreté est une des exigences de l'hygiène et, sans elle, nulle habitation n'est salubre. Il semble qu'il est inutile de commenter cette partie qui consiste à ne rien laisser corrompre, à éloigner au fur et à mesure les déchets, les ordures et des détritrus de toutes sortes. Les eaux de vaisselle jetées sur le perron l'agrémentent mal et les mouches qui se promènent sur le pain ne sont pas un des meilleurs excitants de l'appétit que je connaisse. Il ne faut pas croire que propreté est synonyme de richesse et de luxe. Que de fois, j'ai vu d'humbles maisonnettes blanchies à la chaux dont les planchers d'épinette étaient d'un beau jaune doré. Tout était reluisant et bien aligné et la maîtresse de céans évoluait gentiment avec sa robe de coton nette et sa chevelure simplement arrangée avec un peu de coquetterie. Croyez-moi, mesdames, les hommes, vos maris comme vos fils, aiment la propreté sans exagération, la femme bien mise et la table bien dressée. Par contre, ils ont en horreur les poêles graisseux, les éviers chargés de vaisselle sale, les tapisseries déchirées, le linge entassé pêle-mêle dans l'armoire, les ordures dans le coin, les mouches dans la soupe et les enfants barbouillés. Je ne fais pas d'annonces commerciales, mais je puis bien dire que le savon sous toutes ses formes n'est pas un objet de luxe et que la propreté rigoureuse est un excellent préservatif contre les maladies. Le lavage est le meilleur désinfectant populaire connu et le savon n'est ni rare ni rationné. »

MAGNIFIQUES PROGRES: UN TAUX DE 150.3 TOMBE A 3.6

Connaissant par expérience toute la difficulté de modifier les habitudes acquises par les adultes, surtout au point de vue de l'hygiène individuelle, les hygiénistes des Unités sanitaires de la province de Québec dirigent de préférence leurs efforts et leur propagande vers les enfants, afin de leur inculquer les principes d'hygiène moderne, de la médecine préventive et d'une vie saine. Dans ce but, 7,334 cliniques de puériculture ont été tenues en 1943. 93,884 enfants d'âge préscolaire ont subi l'examen durant ces cliniques, tandis que 175,910 enfants recevaient à domicile la visite des infirmières visiteuses.

Quant aux enfants d'âge scolaire, le rapport général indique que 8,403 conférences d'hygiène et de médecine préventive ont été données devant 230,281 enfants, dont 134,586 ont été examinés par le médecin hygiéniste.

Le dépistage et le contrôle de la tuberculose deviennent de plus en plus efficaces à mesure que le nombre des unités sanitaires augmente et que les cliniques ambulantes visitent les paroisses de nos différents comtés. L'an dernier, il y a eu 1,956 cliniques antituberculeuses avec examen de 55,778 personnes.

La campagne commencée il y a 15 ans pour induire les parents à faire immuniser leurs enfants contre la diphtérie se poursuit avec un succès de plus en plus satisfaisant. En 1943, 47,367 enfants ont reçu l'immunisation active contre cette maladie.

Les études démographiques les plus récentes du département de la santé et du bien-être social de la province de Québec nous permettent de constater les améliorations très considérables accomplies depuis le début de notre campagne antidiphtérique. En effet, en 1895, on enregistrait un taux de 150.3 par cent mille de population. En 1940, ce taux est tombé à 3.6. A quoi attribuer de tels succès sinon aux mesures employées par les différents services de santé de la province de Québec?

ACHETERONS:

Numéros suivants de la "Presse Médicale" (France): 74 - 8 septembre 1937; 84 - 20 octobre 1937. S'adresser à LANCaster 9888.

Hemroydine Ointment E.B.S.

EST

A S T R I N G E N T

A N T I S E P T I Q U E

C A L M A N T

Hemroydine Ointment E.B.S.

CONTIENT

de l'hydrate d'aluminium et de l'oxyde de zinc, tous deux légèrement astringents.

du phénol et du chlorure mercureux, tous deux très antiseptiques.

de la Benzocaïne, pour son effet analgésique.

INDICATIONS...

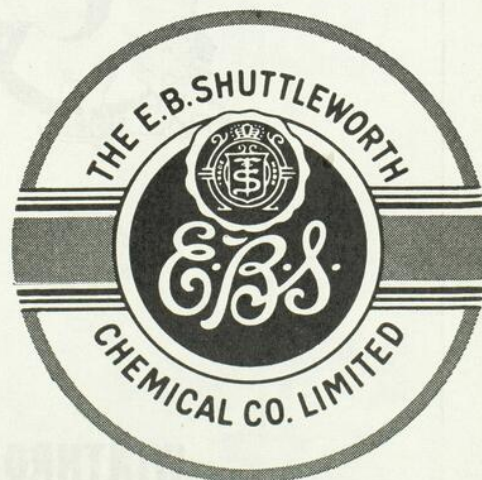
L'Hemroydine E.B.S. est recommandé pour le soulagement des états hémorroïdaux qui n'exigent pas d'intervention chirurgicale et pour les autres irritations de la membrane muqueuse telles que le prurit de l'anus et de la vulve; il soulage rapidement la démangeaison et la douleur. L'Hemroydine E.B.S. est également utile pour les symptômes d'eczéma, impétigo, favus, acné et psoriasis.

En ordonnant l'Hemroydine, inscrivez les lettres E.B.S. après le mot Hemroydine, afin d'identifier ce produit Shuttleworth...

Rx

Hemroydine E.B.S. — un tube.

Sig: suivant les instructions.



TORONTO, ONT.

Etablie en 1879

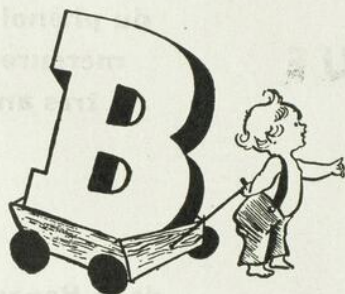
L'Hemroydine se vend en tubes repliables, avec une canule applicatrice pratique et en pots de 16 onces.



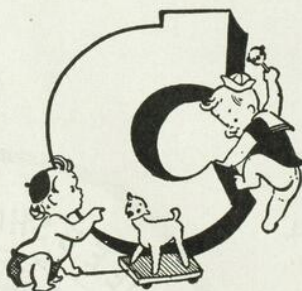
L'“ABC” de la thérapeutique par la vitamine D



La prophylaxie du rachitisme fait partie du train ordinaire des jours dans le soin des nourrissons et des jeunes enfants. Il y a donc là un grand avantage à simplifier l'administration de la vitamine D.



La dose prophylactique est de deux gouttes de Drisdol en solution de glycol propylénique dans la ration quotidienne du lait.



Le Drisdol en solution de glycol propylénique se mélange au lait d'une façon uniforme et n'en affecte aucunement le goût.



DRISDOL

Marque de commerce enregistrée
aux Etats-Unis et au Canada.

En solution de glycol propylénique
Marque de la vitamine D cristallisée
provenant de l'ergostérol



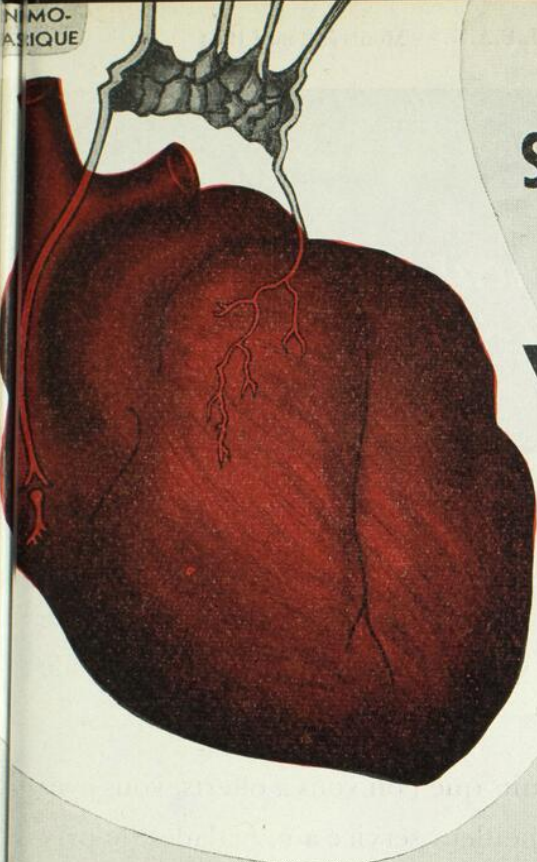
WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Produits pharmaceutiques supérieurs à l'usage de la Faculté.

Administration: Windsor, Ontario.

Bureaux à l'usage de MM. les médecins du Québec:
Immeuble "Dominion Square", Montréal, P. Q.

NIMMO-
ASIQUE

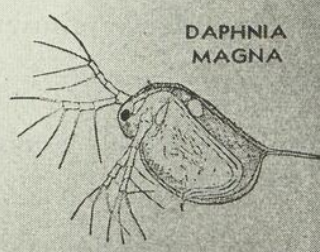


SOULAGEMENT SYMPTOMATIQUE

DANS L'HYPERTENSION

VÉRATRITE

CONTRÔLÉ ET TITRÉ PAR LA DAPHNIA



La "Daphnia Magna" est un réactif vivant qui permet de déterminer sûrement la toxicité relative des préparations de Veratrum (ellébore). Le complexe du Veratrum a une action si marquée sur la locomotion de la "Daphnia" qu'on peut exprimer quantitativement le degré d'altération de cette fonction.

Vératrite apporte un soulagement durable aux hypertendus qui présentent des périodes d'exacerbation et de rémission. Il aide à prévenir les bouffées et les accès explosifs de l'hypertension et évite ainsi au malade des périodes de profond malaise et d'incapacité. Vératrite contient du Veratrum Viride, du nitrite de soude et du phénobarbital, principes dont l'efficacité thérapeutique est reconnue.

Le Veratrum Viride (ellébore vert) employé dans la fabrication du VÉRATRITE est titré biologiquement par la méthode de la Daphnia Magna.

On devra en établir la dose d'après l'abaissement des pressions systolique et diastolique que l'on aura enregistré à la suite de son administration. Il s'administre par la bouche.

Nous vous fournissons sur demande une plus ample documentation touchant ce produit.

Présentation en flacons de 50, 100 et 500 comprimés



IRWIN NEISLER & CO. FONDÉE EN 1886 DECATUR, ILLINOIS

REPRÉSENTANTS AU CANADA

HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLÈGE MCGILL — MONTRÉAL

Comment la Bonne Qualité Devient-elle Inhérente?



QUE vous fassiez l'acquisition de matériel médical quelconque, soit pour votre propre usage, soit pour un hôpital, c'est toujours avec l'espoir que le temps et l'expérience prouveront que vous avez bien jugé de la valeur de ce que vous avez acheté.

Dans votre enquête sur les divers produits que l'on vous a offerts, vous avez surtout cherché à découvrir celui qui pouvait offrir le meilleur service aux malades; le prix seul n'est pas le principal facteur en cause, comme lorsqu'il s'agit d'un objet ordinaire.

Si vous ne connaissez pas encore les appareils à Rayons X et électro-médicaux G-E, vous ne pouvez facilement imaginer qu'ils possèdent la qualité supérieure que vous recherchez. Cependant, des milliers d'autres médecins, hôpitaux et cliniques, dans le monde entier, acceptent l'appareil portant la *marque de commerce G-E* sans discussion, parce que l'expérience a démontré que tous les appareils G-E possèdent cette qualité inhérente supérieure.

Cette réputation de haute qualité a été acquise d'une façon ardue — par la stricte cohésion à l'idéal et aux coutumes établis pendant un demi-siècle de services envers la profession médicale. Et ceci explique peut-être mieux pourquoi on peut se fier à l'appareil G-E, partout où on peut l'utiliser — dans le cabinet de consultation du médecin ou dans les hôpitaux civils ou militaires, sous tous les climats — pour donner le service le plus satisfaisant qui caractérise toujours les produits G-E.

Bien que votre intention d'acquérir un appareil à rayons X ou électro-médical ne soit peut-être pas encore bien définie, permettez-nous de vous suggérer de demander, dès maintenant, des renseignements à notre représentant local, ou à une des succursales mentionnées ci-dessous.



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

GOUTTE—RHUMATISME
ARTHRITISME—SCIATIQUE
CYSTITES—PYÉLITES—GRAVELLE URIQUE.

UROPAZINE

RACHITISME — TROUBLES
DE LA CROISSANCE — LA
TÉTANIE ET LES ÉTATS SPASMOPHILES—TROUBLES DE DÉMINÉRALISATION.

CALCOLEOL

DRAGÉES

AU COURS DE LA GROSSESSE
ET DE L'ALLAITEMENT,
DURANT LA PÉRIODE DE DENTITION ET DE CROISSANCE —
ANÉMIE—CONVALESCENCES—PHOSPHATURIE—ALBUMINURIE.

TRICALCINE

POUDRE — COMPRIMÉS — CACHETS

TROUBLES DU SYSTÈME
VEINEUX — VARICOLITES
VARICES—HÉMORROÏDES—ULCÈRES VARIQUEUX — TROUBLES
POSTPHLÉBITIQUES—MASCULIN ET FÉMININ.

VEINOTROPE

MASCULIN FÉMININ

CONGESTION DU FOIE
MIGRAINES — COLITES
INSUFFISANCE HÉPATIQUE—TROUBLES HÉPATO-BILIAIRES.

PEPTALMINE

MAGNÉSIÉE

URTICAIRES—PRURIGO
INFANTILE — MIGRAINES
TROUBLES DIGESTIFS — STROPHULUS — ECZÉMA
SOMNOLENCE APRÈS LES REPAS.

PEPTALMINE

PURE

HERDT & CHARTON, INC.

MÉDICAMENTS DE MARQUE

2027, AVENUE DU COLLÈGE MCGILL MONTRÉAL

BIS KAM OIL

Hyperchlorhydrie — Affections de l'estomac.

1 à 3 cuillerées de poudre délayées dans de l'eau froide.

HEMOSTYL du Dr Roussel

(Ampoules et sirop)

Anémies. Convalescence. Allaitement.

1 à 2 ampoules dans $\frac{1}{4}$ de verre d'eau par jour ou
1 cuillère à soupe de sirop avant les repas.

TAXOL

Rééducateur physiologique de l'intestin.

2 à 4 comprimés avant le repas du soir. (Dose moy.,
2 comprimés.)

NEURINASE

Sédatif et hypnotique sans accoutumance.

1 à 2 tablettes au coucher.

ALEPSAL

Epilepsie. Convulsions (Non dépressif).

Comprimés dosés à 0 Gr. 015 et à 0 Gr. 10.

INOTYOL

Affections de la peau. Démangeaisons. Brûlures.

Applications journalières.

PLURIGLANDINE

Extrait opothérapique total. Déficiences organiques.

2 à 4 dragées glutinisées par jour.

VEINATONE

Affections veineuses.

2 à 4 dragées glutinisées par jour.

ARTICHOBYL

Maladie du foie. (Action très douce.)

4 à 10 pilules à intervalles réguliers.

J. EDDÉ Limitée

Edifice New Birks,

MONTRÉAL



VEINOTROPE

Médication synergique à base d'extraits ophothérapieux

Traitement intégral de la maladie veineuse et de ses conséquences: VARICES, VARICOSITÉS, VARICOCÈLE, ULCÈRES VARIQUEUX, HÉMORROÏDES, ŒDÈMES POST-PHLÉBITIQUES.

Présentation: Bouteille de 36 et 100 comprimés.

Echantillon médical et documentation complète sur demande.

HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLÈGE MCGILL, MONTRÉAL

IODONE ROBIN

combinaison organique et assimilable d'iode et de peptone de viande — (cinq gouttes de solution contiennent 0.01 pour cent d'iode combinée avec la peptone trypsique procédé Robin)

ARTÉRIO-SCLÉROSE
ARTHRITISME
ASTHME
EMPHYSÈME
LYMPHATISME

Iode 4 gms - peptone Robin 15 gms - pour 100 gms — 20 gouttes correspondent comme effet thérapeutique à 1 gramme d'iodure de potassium — Dose: en général 20 à 30 gouttes par jour - flacon de 45 cc.

C'EST en 1881 que Robin découvre les combinaisons métallo-peptoniques et en étudie médicalement les résultats sur l'organisme. En 1885, Berthelot communique les résultats de cette découverte à l'Académie des Sciences. Le 26 mars 1907 l'Iodone Robin fait l'objet d'une communication spéciale à l'Académie de Médecine. Depuis cette époque les Laboratoires Maurice Robin ont été les seuls à connaître et constamment perfectionner la méthode et la fabrication des composés peptones et iode. Les peptonates Robin ont pour base la peptone trypsique provenant de viande de bœuf; ils constituent de véritables combinaisons organiques, forme éminemment propice à l'assimilation du corps actif fixé sur ce support, comme se rapprochant le mieux de celle sous laquelle il se rencontre dans les humeurs et les tissus de l'organisme.

Laboratoires Maurice Robin, 13/15, rue de Poissy — Paris

Agents au Canada:

LABORATOIRES JEAN OLIVE, 200, rue Vallée — Montréal

UN COMPRIMÉ DANS UN 1/2 VERRE D'EAU

*Vos aérophages,
 Vos dyspeptiques,
 Les petits hépatiques
 Seront heureux... si vous leur prescrivez*

NORMOGASTRYL

Médication alcalino-sédative des gastro-hépatiques fonctionnels

Littérature et échantillons sur demande

Agents pour le Canada:
LABORATOIRES JEAN OLIVE
 200, rue Vallée :-: Montréal

NORMOGASTRYL



Reconstituant des forces musculaires



EUSTHENYL

méthylarsinate de sodium — cola — vitamine B₁
phosphate acide de sodium — noix vomique
nucléinate de sodium — teinture de gentiane

FATIGUE GÉNÉRALE — SURMENAGE — ASTHÉNIE
TROUBLES DE LA NUTRITION ET DE LA CROISSANCE

Une à deux cuillerées à thé, dans un peu d'eau, avant les repas.



SOCIÉTÉ D'EXPANSION PHARMACEUTIQUE
INCORPORÉE

680 OUEST, RUE SHERBROOKE, MONTRÉAL



LE NOUVEAU

•
LE VOICI



COLITE
HYPERCHLORHYDRIE

FOS-ALUM

ULCÈRES GASTRIQUE
JÉJUNAL ET
DUODÉNAL



NADEAU



ENVOI DU PROSPECTUS SUR DEMANDE

6 de Service

"BÉMINAL"

VITAMINES B

Comprimés, Concentré ou Injectable, dans les carences graves . . . Composé, Liquide ou Granulés, dans les déficiences moins prononcées. Cette série de formes et de teneurs permet au médecin de traiter chaque patient souffrant de déficience en vitamine B selon son cas particulier.

1. COMPRIMÉS	4. COMPOSÉ
2. CONCENTRÉ	5. LIQUIDE
3. INJECTABLE	6. GRANULÉS

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

L'examen pour l'admission comme membre « Fellow » comporte deux parties: l'examen primaire et l'examen final.

L'examen primaire comprend les sujets suivants: l'anatomie, comprenant l'histologie et l'embryologie.

La physiologie, comprenant la biochimie.

Le candidat à l'examen primaire doit concurremment subir un examen écrit et un examen oral.

L'examen primaire peut se passer en aucun temps après que le candidat aura complété un cours d'études et subi les examens en anatomie, histologie, embryologie, physiologie et biochimie, dans une Ecole de Médecine ou une Université approuvées par le Conseil. Le candidat est tenu de présenter un certificat accompagnant son application.

LANGUES EN USAGE POUR LES EXAMENS

Au moment de leur application, pour l'examen primaire ou final, les candidats devront mentionner s'ils désirent passer leur examen en français ou en anglais. Des formules d'application sont à leur disposition dans les deux langues.

STANDARD DE QUALIFICATION

Aucun livre de texte ou abrégé n'est recommandé concernant les différents sujets. Tous les candidats doivent faire preuve d'une connaissance parfaite des sujets sur lesquels ils seront examinés et devront bien connaître la littérature courante concernant ces sujets.

Les réponses, écrites ou orales, des candidats à l'examen final doivent témoigner d'un bon jugement critique.

ENDROITS ET DATES DES EXAMENS — 1944

Les endroits choisis pour les examens par écrit sont les suivants: Vancouver, Edmonton, Saskatoon, Winnipeg, London, Toronto, Kingston, Montréal, Québec et Halifax — les 2, 3 et 4 octobre.

Les examens oraux sur les sujets primaires, et les examens oraux et cliniques sur les sujets finals auront lieu comme suit: pour les candidats de langue française — à Québec ou à Montréal — les 23 et 24 octobre.

LE DROIT DE MEMBRE

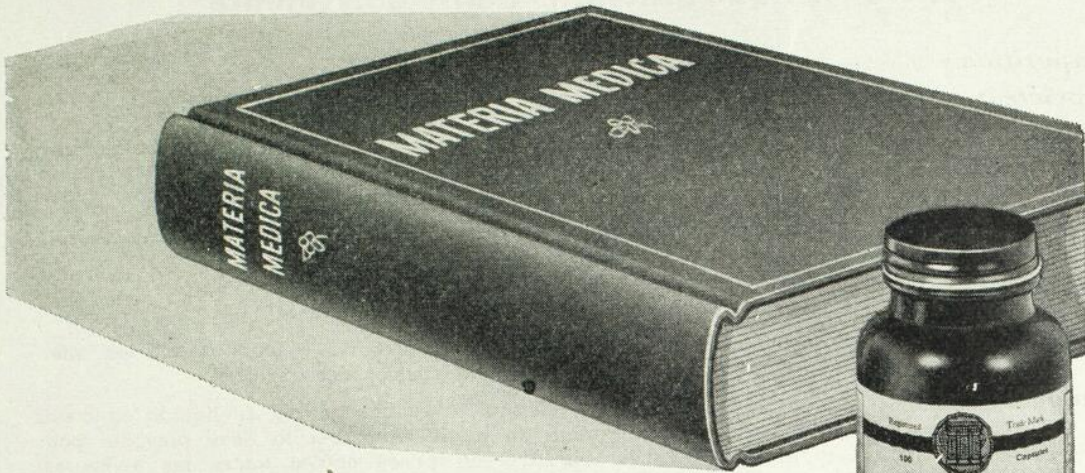
Les candidats qui se présentent aux Examens finals voudront bien noter que le droit de membre (\$150.00) doit être payé d'avance. Il sera retourné dans le cas où le candidat échouerait à l'examen.

Les candidats gradués de 1930, ou antérieurement, d'une Ecole de Médecine ou d'une Université approuvées par le Conseil, ne seront pas tenus de subir l'examen primaire, mais devront, à l'examen final, faire preuve d'une connaissance générale et pratique de l'application clinique de la physiologie.

Cet examen spécial se fera sous la direction de cliniciens.

Toutes les communications doivent être adressées à: **Warren S. Lyman, M.D., F.R.C.P. (C)**,
Honorary Secretary,
Chambre 3018,
National Research Laboratories,
Rue Sussex, Ottawa, Ontario.

Pour L'ANÉMIE SECONDAIRE



HEBULON

Il est généralement reconnu que, dans l'anémie secondaire simple, sa correction ne requiert pas d'autre hématinique que le fer. Dans plusieurs cas cependant, l'anémie est accompagnée d'autres signes de carence de nutrition. Celui que l'on rencontre le plus communément est la déficience du Complexe Vitaminique B.

Dans ces cas, les capsules Hebulon (Extrait de Foie, Sulfate Ferreux et Vitamine B₁ de Squibb) offrent non seulement une dose effective de sulfate ferreux desséché, mais fournissent en outre 50 unités U.S.P. de Vitamine B₁ et de l'extrait de foie dérivé de 16 grammes de foie frais. Les capsules ainsi composées fournissent un moyen commode d'administrer non seulement du fer, mais le facteur de vitamine B complexe et les substances de renforcement de l'hémoglobine contenues dans l'extrait de foie, lesquels ont été démontrés fréquemment comme nécessaires dans les cas de carence de nutrition.

Hebulon est offert en flacons de 100, 500 et 1,000 capsules.

SULFATE FERREUX AVEC VITAMINE B₁ SQUIBB

Les capsules de Sulfate Ferreux avec Vitamine B₁ de Squibb sont destinées à l'administration orale dans la prophylaxie et le traitement de l'anémie secondaire, surtout quand il est considéré comme désirable d'y adjoindre la vitamine B₁, comme dans la grossesse et la lactation chez le nourrisson et l'enfant, chez les patients qui souffrent d'anorexie associée à l'absence de thiamine. Chaque capsule contient 3 grains (0.2 gramme) de sulfate ferreux desséché (environ 60 milligrammes de fer) et 1 milligramme d'hydrochlorure de thiamine pure cristallisée (333 unités U.S.P. de vitamine B₁).

Les tablettes de Sulfate Ferreux Desséché de Squibb sont destinées à la prophylaxie et au traitement de l'anémie secondaire quand on n'a besoin que de fer. Elles sont kératinisées et contiennent 3 grains de sulfate ferreux ou approximativement 60 milligrammes de fer.

Le Sulfate Ferreux avec Vitamine B₁ de Squibb est offert en flacons de 100 et de 1,000 capsules.



E. R. SQUIBB & SONS OF CANADA, Ltd.

FABRICANTS DE PRODUITS CHIMIQUES POUR LE CORPS MÉDICAL DEPUIS 1858

BACTÉRAMIDE

Thérapeutique anti-infectieuse polyvalente

- Composition:** Para-amino-benzène-sulfamide.
- Propriétés:** Chimiothérapie antibactérienne et antitoxinique polyvalente.
- Indications:** Action puissante sur un grand nombre de microbes, dont principalement:
- a) **Le Streptocoque:** primitivement: Angines — Phlébites.
secondairement: Grippe — Rougeole.
- Plaies infectées — Lymphangites — Phlegmons (comme adjuvant à l'acte opératoire) — Infections puerpérales.
En O.R.L.: Otites — Mastoïdites — Sinusites.
- b) **Le Colibacille:** Colibacilluries — Syndrome entéro-rénal.
- Comme préventif, l'emploi de BACTÉRAMIDE 4 ou 5 jours avant les interventions chirurgicales, atténue le risque d'infections secondaires.
- Posologie:** Pour l'adulte: 2 à 6 comprimés par jour, avec une gorgée de liquide ou d'eau contenant un peu de bicarbonate de soude. Absorber la dose prescrite pour 24 heures en 4 à 10 fois, réparties en prises égales toutes les 4 heures. (Suivre rigoureusement les indications du médecin).
- Présentation:** Tube de 20 comprimés (dosés à 0 gr. 50 de sulfanilamide).

Laboratoires A. BAILLY

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

RHINAMIDE

Affections des Fosses Nasales du Rhino-Pharynx

- Composition:** Sulfanilamide — Ephédrine — Ultracaïne.
- Propriétés:** Solution antiseptique et décongestive des fosses nasales du Rhino-Pharynx et de leurs annexes.
- Indications:** Obstruction nasale, coryzas, rhinites simples et purulentes, pharyngites, écoulements d'oreilles, otites sinusite (maxillaire et frontale).
- Mode d'emploi:** Instillations avec compte-gouttes cinq à six fois par jour dans les narines, ainsi que dans le conduit auditif, suivant l'affection, à raison de 4 à 5 gouttes par instillation. Également en pulvérisations. Toujours suivre les indications du médecin.
- Présentation:** Flacon compte-gouttes de 30 cc.

Laboratoires A. BAILLY

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

COMPRIMÉS DE PRIODAX



pour obtenir des cholécystographies nettes

On peut maintenant être plus sûr d'un diagnostic juste de l'état de la vésicule biliaire, grâce au PRIODAX, un nouvel agent opacifiant qui doit sa supériorité à sa forme et à sa composition.

L'Iode (51.5 pour cent), qui s'y trouve en combinaison organique stable, donne des clichés nets, clairs, de densité uniforme, faciles à interpréter, par la méthode dite de dose unique.

Il ne contient pas de phénolphtaléine ni aucun de ses dérivés, ce qui diminue le risque de diarrhée et la perte de milieu opacifiant qui s'ensuit.

L'administration sous forme de comprimés et la nature chimique du produit en favorise la rétention. Les vomissements . . . si fréquents lorsqu'on emploie des poudres d'un goût désagréable . . . sont *rare*s avec le PRIODAX.

Mode d'Emploi: Six comprimés, avalés entiers au cours d'un repas léger et sans graisse, la veille au soir. Radiographier 12 à 15 heures après.

Le PRIODAX, acide β -(4-hydroxy-3, 5-diiodophényl)- α -phénylpropionique, se vend en fioles contenant chacune six comprimés. Boîtes de 1, 5 et 25 fioles.

POUR LA VICTOIRE ET L'APRÈS-GUERRE
ACHETEZ DES OBLIGATIONS DE LA VICTOIRE



SCHERING CORPORATION LIMITED
137, RUE ST-PIERRE, MONTRÉAL



Collaboration du Médecin à l'Enseignement de l'Hygiène

La division de l'Enseignement de l'hygiène a été créée au ministère de la santé et du bien-être social afin de diffuser un enseignement toujours meilleur de l'hygiène dans la population, tant chez les écoliers que chez les adultes. Elle cherche, dans son domaine, à coordonner l'action de toutes les forces éducatrices et de tous les médiums de propagande. Elle aura fort à faire, étant la dernière née de nos divisions, alors que l'éducation aurait dû être à l'avant-garde du progrès de toutes les activités d'hygiène publique qui ont vu le jour depuis le début de ce siècle, et non venir à leur suite, comme le sort l'a voulu.

¶ Mais la division de l'Enseignement de l'hygiène s'honore par-dessus tout de compter comme ses plus précieux collaborateurs les 3.000 médecins et les 2.000 dentistes praticiens de cette province qui ont toujours montré un désintéressement comparable à de l'apostolat sacerdotal.

¶ Bien que les honoraires perçus dans l'exercice de leur profession dépendent de la somme des soins curatifs qu'ils dispensent, ils profitent de leur intimité avec les familles pour disséminer les principes relatifs à la conservation de la santé et à la prévention de la maladie. Assurée de pouvoir compter sur cet admirable esprit professionnel, la division de l'Enseignement de l'hygiène ne se laissera jamais décourager ni par la lourdeur de la tâche, ni par la lenteur des résultats espérés.

¶ Son action en faveur de la gent écolière dépend d'une collaboration de plus en plus étroite entre le ministère de la santé et du bien-être social et le département de l'Instruction publique afin d'améliorer le programme d'hygiène scolaire. Avec la croyance fermement établie que la qualité d'un service dépend avant tout de la compétence de celui qui le rend, elle veut perfectionner la formation de tous ceux qui sont impliqués dans un aspect quelconque de l'hygiène à l'école.

¶ La population adulte a d'autant plus besoin de l'enseignement de l'hygiène qu'elle n'a pu en bénéficier autrefois. Il convient que le praticien collabore dans ce sens avec les éducateurs-hygiénistes qui se consacrent à l'éducation des groupements sociaux et de la collectivité, et viennent en aide au public pour l'étude et la solution des problèmes relatifs à la santé. Cette forme d'éducation fera partie des campagnes lancées par nos organisations d'initiative privée et nos associations professionnelles; elle les complétera et prolongera heureusement, ne négligeant aucun moyen de propagande: imprimés divers, et communiqués aux journaux, conférences publiques et causeries à la radio, films, exhibits, affiches, etc. Le personnel hygiéniste tout entier poursuivra l'éducation individuelle et familiale à laquelle il s'est toujours adonné. Ainsi par l'action concertée de tous, l'enseignement de l'hygiène atteindra toute la société et se reflétera par l'amélioration continuelle de la santé publique.

DIVISION DE L'ENSEIGNEMENT DE L'HYGIENE

Ministère de la Santé et du Bien-Etre Social

Docteur Jean Grégoire
sous-ministre

Honorable Henri Groulx
ministre

SOULAGEMENT EFFICACE du MALAISE et de la DOULEUR dans

LE "MAL DE GORGE"
L'AMYGDALITE AIGUE ET CHRONIQUE
LA PHARYNGITE
ET APRES L'AMYGDALECTOMIE

Aspergum

• La mastication de l'Aspergum par le malade provoque une sécrétion salivaire chargée d'acide acétylsalicylique — ayant pour effet d'amener l'analgésique en contact prolongé avec les régions pharyngiennes qui, bien souvent, ne sont pas atteintes ou le sont insuffisamment par les gargarismes ou l'irrigation.

La légère stimulation musculaire contribue pour beaucoup au soulagement de la spasmodicité et de la rigidité et, par le fait même, procure plus de bien-être au malade en lui facilitant l'ingestion d'aliments plus substantiels et accélère ainsi la convalescence.

L'Aspergum est agréablement aromatisé —

tous l'acceptent bien volontiers, même les enfants et les adultes ayant une certaine répugnance pour les médicaments.

Présenté selon l'éthique — aucune publicité autre qu'à la profession médicale. En paquets de 16; en flacons de 250, à l'épreuve de l'humidité. Demandez des échantillons et de la littérature à: W. Lloyd Wood, Ltd., 64-66 est, rue Gerrard, Toronto, Ontario.



Dillard's **Aspergum**

ANTISEPTIE

Infailible, sans danger, indolore

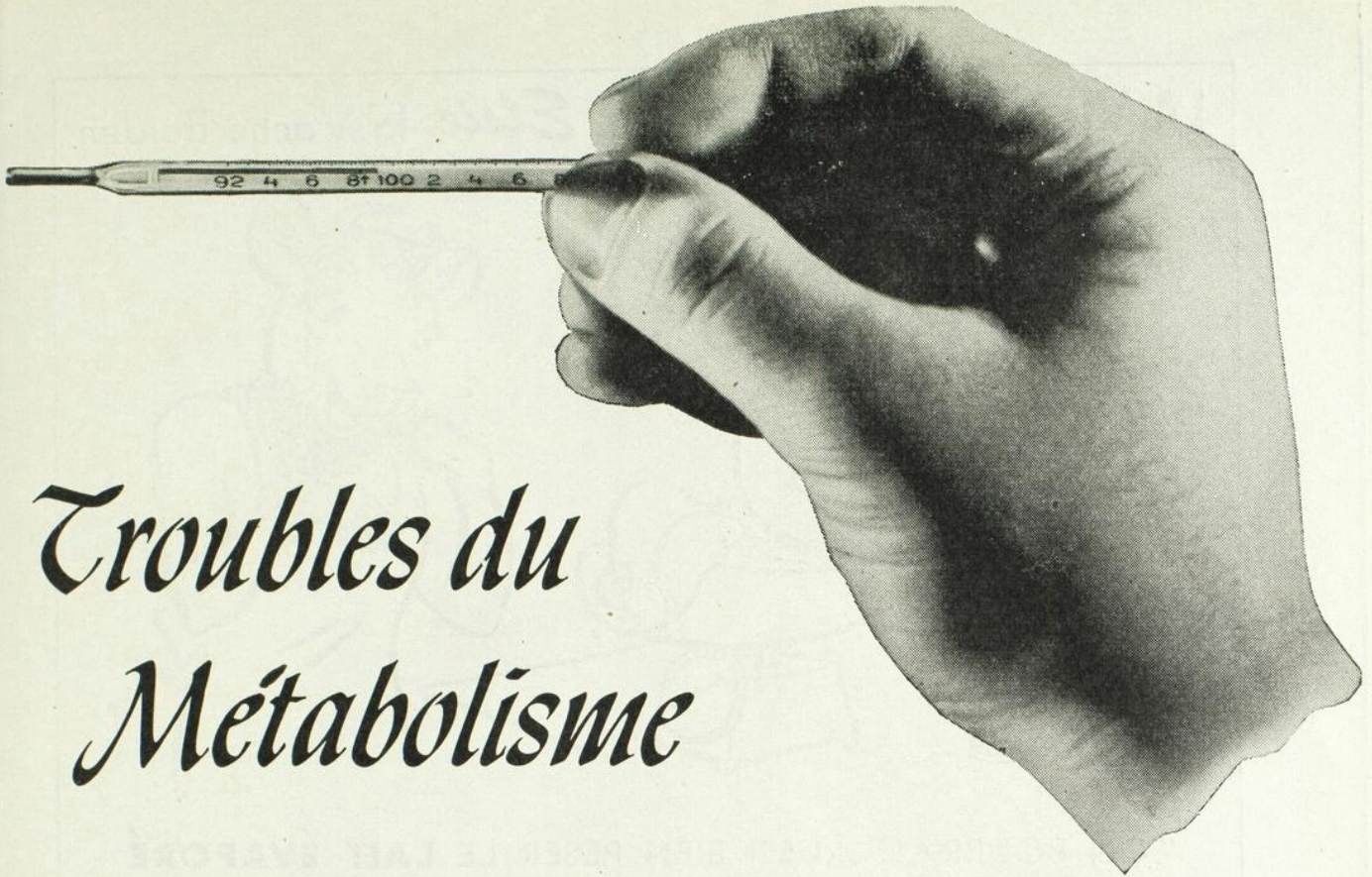
'Dettol . . . est un dérivé halogène du xylénol qui est dissous dans des huiles essentielles aromatiques; miscible dans l'eau, il forme avec elle une émulsion stable et permanente. Il diffère de la plupart des antiseptiques ordinaires en ce que son emploi sous forme concentrée n'est pas toxique—par exemple, il est parfaitement toléré, jour après jour, sur la main nue, sur la vulve et même sur la muqueuse saine du vagin. Néanmoins, une solution de 1% de Dettol tue très rapidement les streptocoques hémolytiques et les colibacilles, même en présence de pus. Son action bactéricide n'est presque pas amoindrie par le savon. Son odeur est agréable. Nous en avons fait l'expérience au Queen Charlotte's Hospital, dans les services d'obstétrique et le quartier des contagieux, et les résultats ont été très satisfaisants' ■

Ces lignes furent écrites il y a dix ans, alors que 'Dettol' était pour la première fois porté à la connaissance des médecins anglais. En moins de trois ans, le nombre des cas d'infections par les streptocoques hémolytiques avait, au Queen Charlotte's Hospital, diminué de moitié—et cette baisse étonnante était sûrement attribuable à l'emploi du 'Dettol', le seul nouveau venu parmi les

antiseptiques employés jusque-là. *Aujourd'hui, cet antiseptique est préféré à tout autre dans les hôpitaux et les foyers anglais.

Il n'est pas de frontières à l'avancement de la médecine. Les résultats des innombrables expériences cliniques dont 'Dettol' fut l'objet ayant paru dans des revues scientifiques et des manuels de médecine, ceci devait inévitablement exercer une influence sur l'opinion et la pratique des médecins de l'Empire britannique. C'est pourquoi, dans presque toutes les maternités canadiennes, 'Dettol' aide maintenant à gagner la guerre incessante qui se livre contre les infections puerpérales. Et il devient de plus en plus évident que la combinaison unique des propriétés qui font du 'Dettol' l'antiseptique de choix en obstétrique en amènera aussi l'adoption dans tous les cas médicaux et chirurgicaux qui nécessitent l'emploi d'un antiseptique infailiblement efficace, agréable, sans danger et indolore.

■ Colebrook, L. (1933), *Brit. med. J.*, 2, 725. * Colebrook, L. (1936) *J. Obstet. Gynaec.*, 43, 691



Troubles du Métabolisme

Le sirop "C.B. Complex"

FORMULE

Chaque once liquide contient:—

Vitamine B ₁ (Chlorure de Thiamine)	2000 unités internationales
Vitamine B ₂ (Riboflavine)	2 mg. (800 unités Sherman Bourquin)
Vitamine B ₆ (Pyridoxine)	1000 gammas
Nicotinamide	25 mg.
Vitamine C	100 mg. (2000 unités)
Pantothénate de Calcium	2000 gammas

DOSE :—Une cuillerée à thé 3 ou 4 fois par jour ou tel que prescrit par le médecin.

Le sirop "C.B. Complex", ajouté au lait, fait de celui-ci un breuvage délicieux et accepté même par les enfants les plus difficiles.

Les Vitamines C et B ont des indications bien définies dans les cas de déséquilibre du métabolisme provenant de conditions fiévreuses et de maladies infectieuses.

Ce sont des vitamines qui complètent le régime durant la convalescence, les diètes sévères, et durant la grossesse et l'allaitement.

Chez les enfants qui sont en plein développement, les Vitamines C et B jouent un rôle important dans le métabolisme cellulaire, et leur emploi est hautement recommandé durant toute la période de croissance.

Le sirop "C.B. Complex" est une préparation très agréable au goût, un concentré de Vitamine B et C bien accueilli et prescrit par le médecin.



Mowatt & Moore Ltd
FINE PHARMACEUTICALS
MONTREAL

P R E S C R I V E Z A V E C C O N F I A N C E

LA VIE AVEC "FISTON" par *Elsie*, la Vache Borden



"ON POURRAIT AUSSI BIEN PESER LE **LAIT ÉVAPORÉ**
BORDEN'S 'SILVER COW' AVEC MOI—PUISQUE C'EST
MOI QUI LE BOIERAI." (P.S. IL EST IRRADIÉ)

© The Borden Co. Ltd.

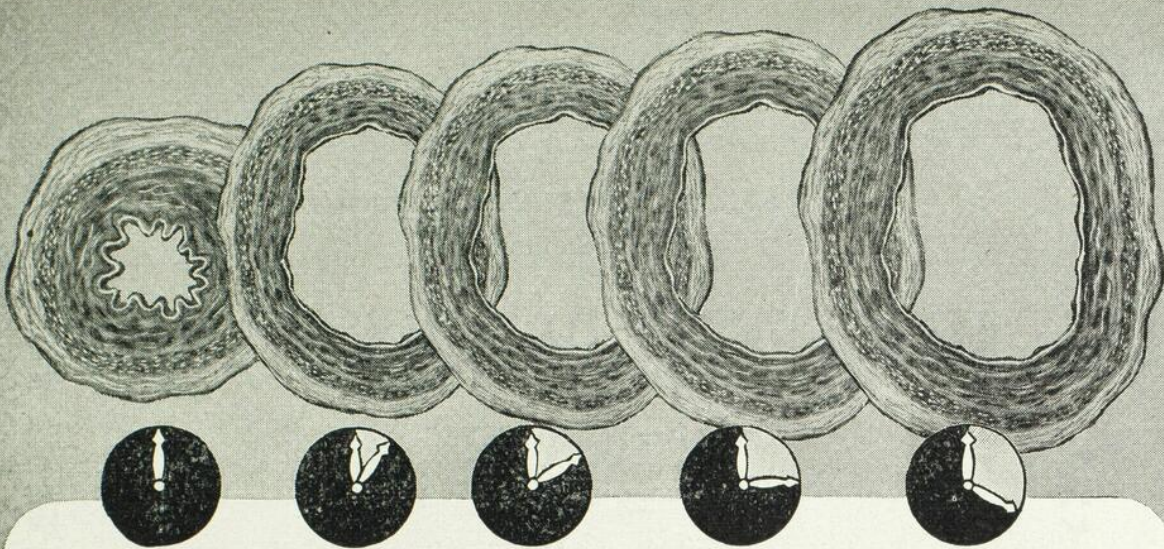
Ce qui intéresse tout particulièrement le corps médical, c'est le système de "contrôle de la qualité" qui permet de maintenir l'excellence et la qualité de tous les produits Borden. Mais le contrôle rigoureux des laboratoires n'est qu'une seule

mesure de protection. Un personnel compétent d'inspecteurs est chargé de donner des conseils aux fermiers qui fournissent du lait à la maison Borden. Nous avons tout lieu de dire—si c'est du Borden's, il *faut* que ce soit bon!



Nous serions heureux de vous envoyer, sur demande, la brochure intitulée "La Différence qu'apporte le 'Contrôle de la Qualité' au Lait Evaporé"—ainsi que des suggestions pour l'alimentation infantile; sous forme de tableau et des bloc-notes pour ordonnances.

THE BORDEN COMPANY LIMITED



RELÂCHEMENT VASCULAIRE PROLONGÉ AVEC LE NITRANITOL

A cause de l'état chronique de l'hypertension, le but du traitement médical est de produire une vaso-dilatation graduelle et prolongée qui assure l'abaissement régulier des pressions systolique et diastolique.

L'hexanitrate de mannitol, disponible pour usage clinique sous le nom de Nitranitol, est un dérivé de nitrate non toxique capable de produire cette action graduelle et prolongée.

La comparaison entre l'action vaso-dilatatrice prolongée que produit l'hexanitrate

NITRANITOL

Une Marque d'Hexanitrate de Mannitol

dans les cas d'Hypertension

de mannitol et celle d'autres hypotenseurs se remarque mieux dans le tableau ci-dessous basé sur les résultats du travail de Matthew tels que résumés par Sollman. (Manuel de Pharmacologie, Philadelphie, W. B. Saunders & Co., 1942, p. 518).

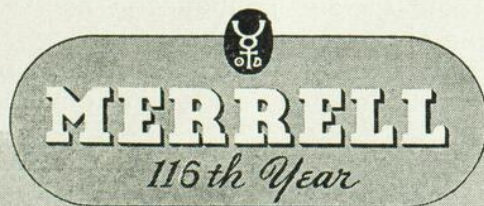
DROGUE	DOSE	ÉTENDUE DE LA BAISSÉ (mm. Hg.) pression artérielle systolique	MAXIMUM DE BAISSÉ ATTEINT ET RETOUR À LA NORMALE	MAXIMUM DE BAISSÉ MAINTENU
<i>Spir. glyceryl nitratis</i>	2-3 gouttes	25 - 30	1	
<i>Nitrite de sodium</i>	2-3 gr.	32	1-2	
<i>Tetranitrate d'érythryl</i>	½-1 gr.	35	1-3	
<i>Hexanitrate de mannitol</i>	1 gr.	35	1-6	6-12

Heures 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13

Le Nitranitol se fait sous forme de comprimés biséqués dont chacun contient ½ grain d'hexanitrate de mannitol. La dose moyenne est d'un à deux comprimés toutes les 4 à 6 heures. En vente dans les pharmacies d'ordonnances, en flacons de 100.

NITRANITOL AVEC PHÉNOBARBITAL

Un produit mixte contenant ½ grain d'hexanitrate de mannitol et ¼ grain de phénobarbital. Comprimés biséqués, en flacons de 100.



THE WM. S. MERRELL COMPANY

CINCINNATI, U. S. A.

Les Editions Beauchemin

présentent

MANIFESTE DÉMOCRATIQUE

Par EMERY REVES

Un volume in-12, de 176 pages.

Traduit de l'anglais par Maurice Edgar Coindreau.

PRIX: l'exemplaire, \$1.25

Dans un message envoyé d'Australie, le général MacArthur disait: "*La plume est encore plus puissante que l'épée*". MANIFESTE DEMOCRATIQUE appartient à ce genre de livres stimulants et précis auxquels pensait sans doute le général MacArthur quand il rédigea ce message.

En termes simples et directs, M. Reves répond aux questions suivantes:

- 1° Quelle a été la véritable cause de la seconde Guerre Mondiale?
- 2° Pourquoi tous les gouvernements démocratiques ont-ils commis les mêmes erreurs?
- 3° Pourquoi les hommes d'Etat, une fois au pouvoir, commettaient-ils les erreurs qu'ils dénonçaient dans la coulisse?
- 4° Quelle est la véritable cause de la crise du vingtième siècle?
- 5° Comment la démocratie peut-elle éviter de se laisser détruire par ses propres principes?
- 6° Qu'est-ce que la Liberté? Qu'est-ce que la Coercition?
- 7° Qu'y a-t-il à faire, *immédiatement*, pour atteindre à une Démocratie véritable?

Monsieur Reves considère comme ridicule l'idée que "*la guerre peut être mise hors la loi*". D'après lui, il faut "*légaliser*" la guerre, renoncer aux théories trompeuses de neutralité et d'indépendance absolues, mais revoir les principes à la lumière des conditions du monde actuel.

Les théories de M. Reves ne laissent pas la moindre place à l'équivoque. Toute société, politique ou non, tend vers un but positif: c'est une œuvre en marche.

Une Démocratie nouvelle, avec déterminations juridiques nationales et internationales, tel est le livre audacieux et splendide de M. Reves.

EN VENTE PARTOUT



fertinic



Fertinic

est la plus récente contribution des laboratoires de recherches à la science de l'Hématologie. Le phosphore de sa formule prévient la déphosphatation qui accompagne habituellement les traitements au fer sous une autre forme. FERTINIC offre du fer à l'état ferreux stable. Il est extrêmement bien toléré.

FLACONS ORIGINAUX DE 90 CAPILS
POSOLOGIE: SIX CAPILS PAR JOUR

Echantillons et littérature sur demande

LABORATOIRES DESBERGERS-BISMOL

Chimistes • Pharmaciens • Biologistes

FABRICANTS DE HAUTES SPÉCIALITÉS THÉRAPEUTIQUES



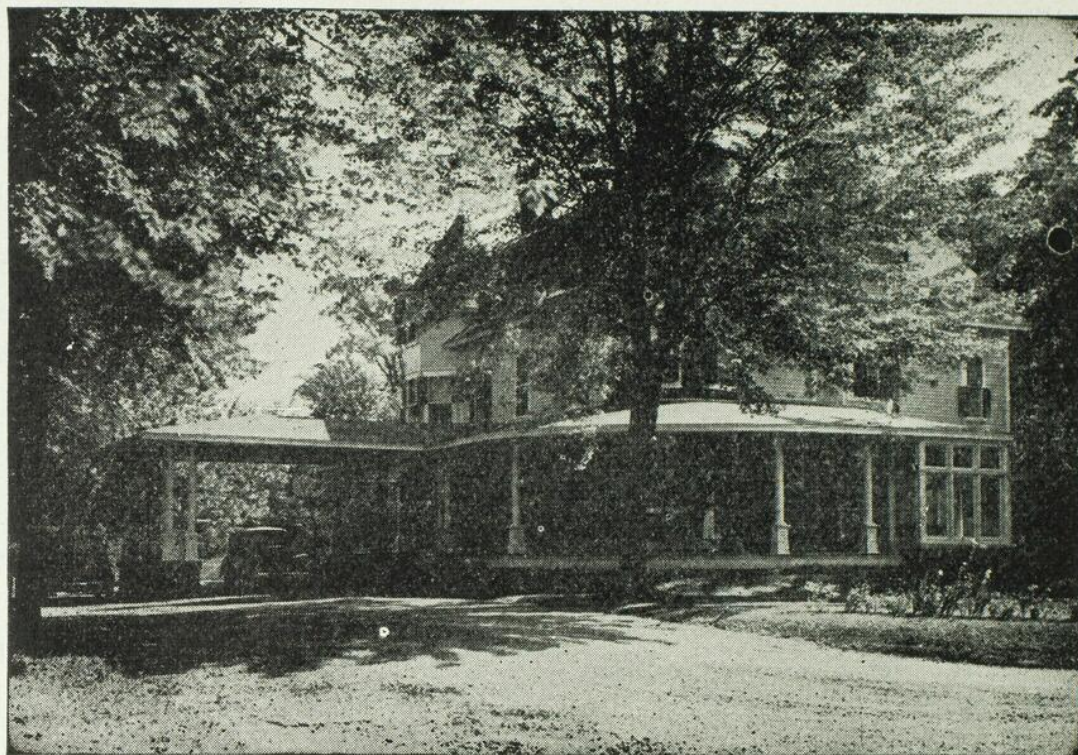
POUR CALMER LES DOULEURS POST-OPÉRATOIRES

L'usage préventif de la solution de Prostigmine 1:2000 est un moyen commode et sûr d'éviter et de traiter le météorisme et la rétention urinaire post-opératoires. Il y a pénurie de personnel dans les hôpitaux. Donc tout ce qui permet d'éviter les soins supplémentaires nécessités par des troubles post-opératoires et tout ce qui facilite la convalescence de l'opéré est important. Contre les ennuis de l'atonie intestinale et de la rétention urinaire, injecter $\frac{1}{2}$ ampoule de solution de Prostigmine 1:2000 toutes les 4 à 6 heures en commençant 24 heures avant l'opération et continuant pendant les deux ou trois jours suivants.

HOFFMANN - LA ROCHE LIMITÉE, MONTRÉAL

SANATORIUM PRÉVOST

INCORPORÉ



ÉTABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

Magnifique situation au bord de la Rivière-des-Prairies, à proximité de Montréal. Parc de 600,000 pieds carrés. Tennis, billard, etc. Chambres pourvues de tout le confort moderne.

TRAITEMENT INDIVIDUEL DES AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX

par trois médecins spécialistes et un personnel expérimenté. Cure de repos. Régimes. Électrothérapie. Rayons U.V. Hydrothérapie. Traitements spéciaux des toxicomanies (alcool, morphine, cocaïne). Malariathérapie et toutes pyrétothérapies. Prospectus sur demande.

Personnel médical: Dr Charles-A. Langlois; Dr Jean Saucier; Dr Roma Amyot.

4445 ouest, Boulevard Gouin,

Téléphone: BYwater 1240

PREPARATIONS D'HORMONES OESTROGENES B. D. H.

SEROGAN
*hormone gonadotrope
folliculinisante*

Chez la femme, le Serogan agit favorablement en stimulant le follicule de de Graaf; ainsi donc, on l'emploie dans les cas de retard de la puberté, d'aménorrhée et de stérilité qui ont pour cause une déficience de l'ovulation. Chez l'homme, cette préparation stimule l'épithélium germinale des testicules et influence favorablement la spermatogénèse. Par conséquent, son action est très efficace dans les cas d'impuissance et de stérilité.

GONAN
*hormone gonadotrope
lutéinisante*

Chez la femme, le Gonan stimule la formation du corps jaune. Il agit efficacement dans le traitement de la ménorragie et de l'irrégularité menstruelle. Chez l'homme, le Gonan influence le tissu interstitiel testiculaire et la sécrétion hormonale mâle. Il est indiqué dans l'eunuchoidisme, le syndrome de Fröhlich et dans la cryptorchidie.

OESTROFORM
*hormone oestrogène
naturelle*

L'Oestroform est employé dans tous les cas où se manifeste la déficience de l'action du follicule ovarien. Il est indiqué dans les symptômes ménopausiques, naturels et artificiels, dans l'hypoplasie utérine et certains cas associés: aménorrhée, stérilité et dysménorrhée; dans les affections vulvo-vaginales — prurit vulvaire et vaginite — et dans les cas découlant de la grossesse: vomissements, fausse couche, accouchement prématuré, inertie utérine et inhibition de la lactation.

PROGESTIN B.D.H.
hormone du corps jaune

Le Progestin B.D.H. s'emploie dans le traitement d'affections résultant de la déficience de l'action du follicule ovarien — menace d'avortement et avortement habituel — ménorragie et métrorragie.

Ces préparations d'hormones œstrogènes sont en vente chez tous les principaux pharmaciens au Canada, et des renseignements complets seront fournis par:

THE
Toronto

BRITISH

DRUG

HOUSES

(CANADA)

LTD.
Canada

1896



1944

SANATORIUM de BLOIS

48e 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-violet, etc., etc.

Pour renseignements supplémentaires et réservations: s'adresser par lettre, télégramme ou téléphone au Directeur:

•
PROSPECTUS ILLUSTRÉ
SUR DEMANDE

•
Téléphone 3420

MÉDECIN-DIRECTEUR: . . . Dr Charles de BLOIS

DIRECTEUR-ADJOINT: . . . Dr Georges de BLOIS

MÉDECINS CONSULTANTS:

Professeur Albert LeSAGE, Montréal; Dr Charlemagne BARIBEAU, Trois-Rivières; Dr J.-C. GELINAS, Trois-Rivières; Dr Benoît JACOB, Trois-Rivières; Dr Rob. VEILLEUX (Radiologiste), Trois-Rivières.

PRIX MODÉRÉS—Deux solariums, service d'ascenseur, etc.

Les aliénés et les contagieux ne sont pas admis.

Dr Charles de Blois, C.C.S.G.G.
SANATORIUM de BLOIS

225 boul. Laviolette - Trois-Rivières, P.Q.

FAITS

qu'il est bon de répéter

Il a beaucoup été question du lait évaporé dans l'alimentation des nourrissons. Il semble opportun d'en passer les raisons en revue. *Composition Uniforme:* Le pourcentage de gras et d'extrait dégraissé du lait évaporé ne varie pas.

Caillé Fin et Floculent: Le lait soumis à un traitement thermique donne un caillé extrêmement fin et doux, comme celui du lait de femme.

Gras Homogénéisé: La pulvérisation des globules de gras les rend plus facilement accessibles aux enzymes lipolytiques. La distribution uniforme dans le lait assure une teneur en gras constante du lait maternisé préparé selon une formule donnée.

Propriétés Hypoallergéniques: Le traitement thermique diminue notablement les propriétés antigènes du lait évaporé.

Stérilité: Parce qu'il est stérilisé après sa mise en boîtes fermées hermétiquement, le lait évaporé ne contient pas de bactéries et ne peut se contaminer. Il n'a pas besoin d'être bouilli dans la préparation du lait maternisé.

Lait Carnation: En plus de posséder ces qualités, le lait Evaporé Carnation est irradié, ce qui en fait automatiquement une source sûre de vitamine D. Et les soins dont il est entouré à la source ainsi que le contrôle scientifique du procédé auquel il est soumis en font un lait évaporé de la plus haute qualité. C'est le lait préféré de beaucoup de médecins pour l'alimentation des nourrissons.

CARNATION COMPANY LIMITED, TORONTO, ONT.

Lait

Produit
dans le Québec



Carnation

IRRADIÉ

"provenant de vaches bien nourries"



RÉSUMÉ DES BULLETINS DES
LABORATOIRES KILLIAN
RAPPORT SUR LES ALIMENTS POUR BÉBÉS

LES BÉBÉS DIGÈRENT MIEUX les FÉCULENTS dans les ALIMENTS HOMOGÉNÉISÉS de LIBBY

Les épreuves de contrôle *in vitro* et les expériences cliniques indiquent une absorption plus rapide et plus complète.

Le tableau ci-dessous donne les résultats des Laboratoires Killian dans une série d'épreuves *in vitro* comparant les quantités relatives de féculents digérés durant le contact des aliments avec le suc duodénal durant deux heures.

SUC DUODÉNAL	POURCENTAGE DE FÉCULENTS DIGÉRÉS			
	Légumes homogénéisés de Libby	Légumes tamisés "A"	Légumes tamisés "B"	Légumes tamisés "C"
Normal	52	43	36	34
Sous-normal	28	11	8	19

Deux variétés de suc duodénal furent employées — l'une avec une capacité normale de digérer les féculents, l'autre au-dessous de la normale. Le tableau comparatif comprend les légumes homogénéisés de Libby et trois marques nationales de légumes tamisés.

La plus grande digestibilité des féculents dans les légumes homogénéisés que dans les légumes tamisés, in-

diquée par les épreuves *in vitro*, fut confirmée par le docteur Giblin et ses collègues par les repas d'épreuve au New York Foundling Hospital.

Pour la série de bulletins qui résument les recherches Killian sur les Aliments pour Bébé, pédiatres et médecins sont invités à écrire à Libby, McNeill & Libby of Canada, Limited, Chatham, Ontario.

8 MÉLANGES D'ALIMENTS BIEN ÉQUILIBRÉS POUR BÉBÉS

Ces mélanges de légumes, de céréales, de soupes, et de fruits homogénéisés rendent facile la tâche du médecin dans le choix d'une variété d'aliments solides pour les nourrissons.

1. Pois.
Betteraves.
Asperges.
2. Courge.
Tomates.
Haricots
verts.
3. Pois.
Carottes.
Épinards.
4. Lait
complet.
Blé
complet.
Farine de
pois chinois.
5. Soupe —
Carottes.
Céleri —
tomates.
Folies de
poulet.
6. Orge,
oignons.
7. Soupe maigre composée de céleri, de pommes de terre, de pois, de carottes, de tomates, de farine de soya et d'orge. Peut être donnée à de tout jeunes bébés.
8. Mélange entièrement de « légumes verts » — Nombre de médecins en ont fait la demande. Pois, épinards et haricots verts sont mélangés de façon à donner une préparation de légumes très appétissante.
9. Tomates, carottes et pois — ceux-ci donnent un nouveau mélange végétal avec des propriétés diététiques et une saveur excellentes.

En plus, deux simples légumes spécialement homogénéisés:

**POIS, ÉPINARDS ET
LAIT ÉVAPORÉ HOMOGÉNÉISÉ DE LIBBY**

* Les aliments Libby pour Bébé sont les seuls homogénéisés.



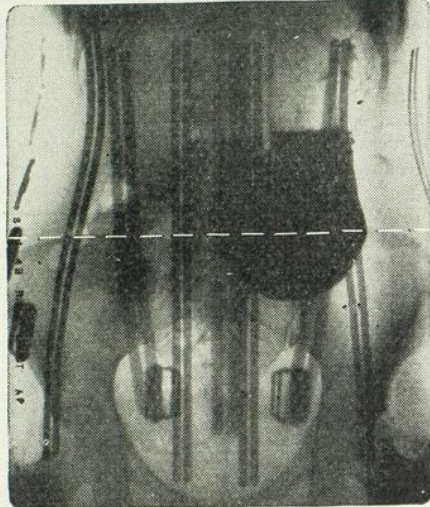
Le Support Spencer seconde efficacement VOTRE TRAITEMENT DE LA

VISCÉROPTOSE ET SES SYMPTÔMES

PARCE QU'IL EST DESSINÉ POUR REMÉDIER AU TROUBLE PRÉCIS RÉVÉLÉ PAR L'EXAMEN



Estomac ptosé d'une malade radiographiée sous la surveillance d'un gastro-entérologue et du médecin de famille.



Même malade radiographiée sous la surveillance d'un gastro-entérologue et du médecin de famille, alors qu'elle porte son support Spencer.

Le Spencer se dessine aussi spécialement pour

ENTÉROPTOSE
et ses symptômes

NÉPHROPTOSE
et ses symptômes

SEINS
PTOSÉS

Puis -- avez-vous des malades souffrant d'un de ces troubles?



Hernie

Hernie du disque intervertébral, traumatisme ou maladies du dos

Attitude vicieuse

Post-opératoire, grossesse, post-partum

Réssection du sein ou autre affection



Chaque Spencer étant dessiné spécialement pour l'individu qui doit le porter, il donne ce que le médecin exige pour l'état de sa malade, tout en répondant aux besoins personnels de la cliente.

Quand vous prescrivez un Spencer, vous vous épargnez du temps et de l'ennui. La corsetière Spencer ne se contente pas de livrer le support. Elle se tient en communication avec la cliente pour assurer sa satisfaction permanente.

Tout Spencer que vous prescrivez est garanti ne jamais perdre sa forme. Il procure donc le même support pendant toute la durée du corset. Jamais les supports Spencer ne sont étirés pour bien faire. Ils sont dessinés pour bien faire.

Les supports Spencer ne se vendent pas dans les magasins. Si vous voulez une spécialiste Spencer, consultez le bottin du téléphone sous "Corsetière Spencer" ou écrivez-nous.

Le support Spencer ouvert, révélant le support abdominal intérieur. Il s'ajuste à l'extérieur du corset suivant le degré de support voulu. Chaque Spencer est dessiné individuellement pour la personne qui doit le porter.

Supports pour l'abdomen, le dos et les seins

DESSINÉS

INDIVIDUELLEMENT PAR

SPENCER

SPENCER SUPPORTS (CANADA) LIMITED,
Rock Island, Québec.
Aux Etats-Unis: 137A, avenue Derby, New Haven, Connecticut.
En Grande-Bretagne: Spencer (Banbury) Limited, Banbury, Oxon.
Veuillez m'adresser la brochure "Comment les supports Spencer secondent le traitement du médecin".
..... M.D.
Adresse
..... 151-5-44

UTILISÉE DANS LES INSTALLATIONS INDUSTRIELLES

• La Murine, stabilisée selon une pression osmotique équivalente à celle des larmes humaines, possède une alcalinité et une isotonicité précises. Cette préparation est recommandée comme traitement accessoire dans les premiers soins pour soulager l'irritation des yeux causée par la lumière trop vive, la poussière, les vapeurs chimiques, les paillettes de métal, la fumée et les étincelles provenant de machines à souder, lorsque le temps est un facteur si important dans le soulagement de tels effets de causticité.

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

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



SEPT INGRÉDIENTS COMPOSENT LA MURINE

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

'Merthiolate' (Ethyle mercurethio-salicylate de soude, Lilly) .001 %
Remarquez que l'action libre du potassium et de l'acide borique est maintenue dans la solution présentée.

THE MURINE COMPANY — TORONTO, ONTARIO

HÉMOSTHÉNOL

Irradié



OPOTHÉRAPIE SANGUINE COMPLÈTE

Contient en Vitamine D, 40,000 unités standard internationales par 16 oz., l'équivalent en Vitamine D contenu dans 32 oz. d'Huile de Foie de Morue.

S'emploie avec avantages contre Anémie après Hémorragies, Opérations, Fausse Couche, Anémie par tuberculose, Rachitisme, Chlorose, Lymphatisme, Anémie par surmenage intellectuel, Grossesse, Paludisme.

CONTIENT À L'ONCE:

Sérum Hémopoïétique frais de cheval . 96 gouttes
Glycérophosphate de Soude 16 grains
Peptone de Viande 16 "
Vitamine "D" 2,500 U.I.

Littérature et échantillons sur demande.

LABORATOIRES DESAUTELS Limitée, 1180, rue Benoît, Montréal.



Q. La conservation des aliments par leur mise en boîtes est une bien ancienne méthode, n'est-ce pas?

R. Au contraire, cette méthode est comparativement nouvelle. Les méthodes de fumage et de séchage du poisson et de la viande se pratiquent depuis des milliers d'années, mais ce n'est qu'au début du 19^{ème} siècle que la mise en boîtes a commencé à avoir du succès. Les perfectionnements des procédés modernes de mise en boîtes sont les résultats directs de nombreuses études scientifiques modernes. (1)

American Can Company, Hamilton, Ontario

American Can Company Ltd., Vancouver, C.-B.

- (1) 1811. L'Art de conserver toutes sortes de Substances Animales et Végétales pendant plusieurs années. M. Appert, Black, Perry et Kingsbury, Londres.
1938. Food Research 3, 13.
1938. Ibid. 3, 91.
1939. Aspects Nutritifs des Conserves Alimentaires, American Can Company, Hamilton, Ontario.
1941. Ind. Eng. Chem. 33,292.

TONISEDINE

RÉGULATEUR DU CŒUR, TONIQUE NERVIN
DE VALEUR, FORTIFIANT ET RÉGÉNÉRATEUR
DE LA NUTRITION, ANTISPASMODIQUE.



ÉTATS NÉVROPATHIQUES : insomnie, surme-
nage, dyspepsie nerveuse, dépression nerveuse,
et nervosisme durant ménopause.

CONTIENT À L'ONCE:

Crataegus	0.972
Passiflore	0.972
Salix alba	0.972
Valériane	0.972
Méthylarsinate de sou- de	0.004
Les glycérophosphates de Calcium	0.518
Soude	1.036
Manganèse	0.065
Chlorure de thiamine "B ₁ " 500 U.I. Pepsine, Pancréatine et Diastase.	

POSOLOGIE:

une à deux cuillerées à thé
avant les repas et au coucher.

LABORATOIRE MAROIS
MONTRÉAL

DEPUIS PRÈS D'UN DEMI-SIÈCLE

Toujours le même but:

**RÉDUIRE LE TAUX DE LA
MORTALITÉ INFANTILE**

Par la Qualité de nos Produits

J. Joubert
LIMITÉE

Douce
rafraîchissante



pour la peau
délicate du bébé

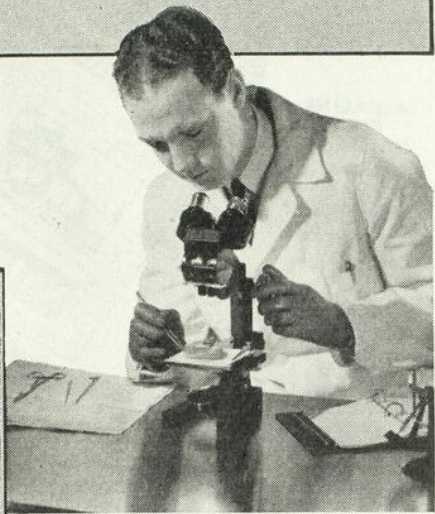


L'huile Baby's Own, un autre fameux produit Baby's Own, est spécialement préparée et mélangée pour protéger la peau délicate et tendre du bébé. Humectez une ouate de cette huile aux endroits voulus afin de prévenir l'irritation causée par les couches, les boutons, les gerçures, etc., etc. L'épiderme du bébé est si délicat qu'il s'irrite au moindre frottement. Préparée avec un soin particulier et destinée spécialement aux bébés, l'huile Baby's Own peut être recommandée en toute confiance.

Huile
BABY'S OWN

The J.B.WILLIAMS CO. (CANADA) Limited

Notez l'action variée
du "volume" de cette
céréale alimentaire



Le terme "volume laxatif" signifie plusieurs catégories, y compris les laxatifs qui se dilatent beaucoup dans le côlon.

Le ALL-BRAN agit d'une manière particulière. Cette céréale alimentaire PRÉPARE les déchets à une élimination facile et naturelle.

Car le ALL-BRAN est une des sources naturelles de substances fibreuses les plus efficaces pour former le volume. Ces substances fibreuses rendent la flore utile du côlon plus floconneuse, adoucissent les déchets et les rendent plus faciles à éliminer. L'action si bienfaisante de cette céréale incite les médecins à recommander le ALL-BRAN dans les cas de constipation due au manque de volume dans l'alimentation.

Voici un autre fait intéressant. Dans une expérience chez des étudiants en chimie dans une Université, ces derniers furent soumis à un régime contenant d'égales quantités de substances fibreuses. Ces épreuves ont démontré que la substance fibreuse du ALL-BRAN possédait des propriétés plus efficaces pour former le volume nécessaire dans l'intestin, en outre d'une action laxative appréciable, que la plupart des fruits et légumes mis en expérimentation.

Et veuillez remarquer que le ALL-BRAN de Kellogg est en lui-même un aliment savoureux.

Des rapports complets de ces expériences sont disponibles pour les médecins et autres personnes intéressées. Veuillez en faire la demande à :

KELLOGG COMPANY OF CANADA LIMITED, London, Ont.

EAU ALCAINE NATURELLE JAILLISSANTE

*Fortement recommandée par
Messieurs les Médecins*



**ALCAINE
ÉTAT
NAISSANT**
C'est dans cet état que l'eau alcaline possède son maximum d'énergie.

Analyse Bactériologique:
Colibacilles dans 100 cc. 0
Nitrites 0.00
Nitrates 0.0
Fer 0.0
P H 8.4
Température: 36 F.

CASGRAIN & CHARBONNEAU Ltée

Pharmacie en Gros

445, boul. Saint-Laurent Tél.: LANcaster 3292 Montréal

USINE D'EMBOUEILLAGE "MASKI"
Saint-Justin, Qué., Canada

La pureté de l'eau "Natalka" est d'une importance capitale pour la profession médicale et le bien des consommateurs.



**L'EAU
"JUSTIN"**

Bicarbonatée,
Sodique,
mise en bouteilles aux sources, avec Système Scientifique, de la Source à la bouteille sans le contact de l'air.

COUVRETTE-SAURIOL Ltée

50, rue De Bresoles

Tél.: HARbour 8151

Montréal

Langlois & Paradis Limitée — Tél.: 2-2071 — 19, rue Saint-Jacques, Québec.

WYANOÏDS

pour

HÉMORROÏDES

**POURQUOI
CHOISIT-ON
CUPREX**



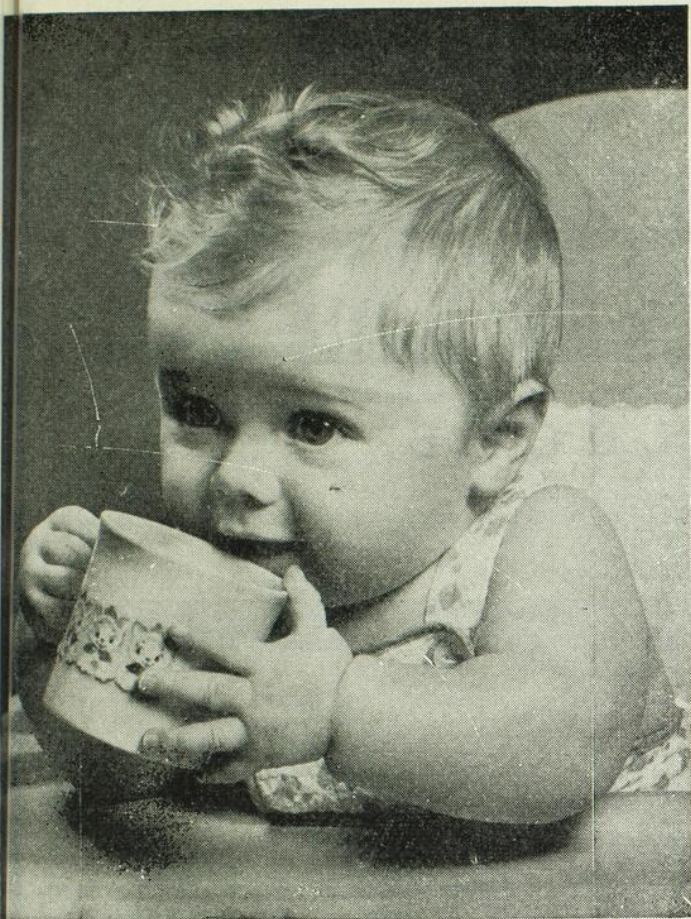
**CONTRE
LA
PÉDICULOSE**

Parce qu'il ...

- ✓ Détruit PROMPTEMENT Poux, Larves et Lentes!
- ✓ Une application suffit habituellement!
- ✓ Est inodore et non collant!
- ✓ Agit avec efficacité!

D'EMPLOI PROPRE ET FACILE — CHEZ TOUS LES PHARMACIENS

UN PRODUIT DE MERCK & CO., LIMITED, MONTRÉAL



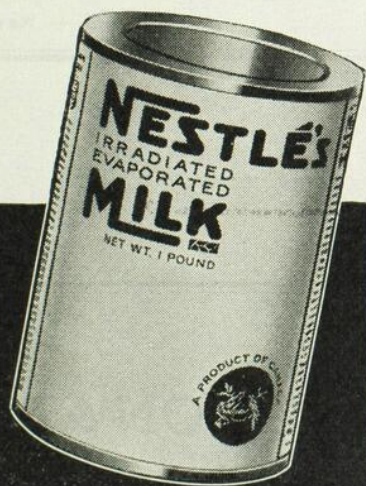
WYANOÏDS

pour

HÉMORROÏDES

PRODUITS LAITIERS NESTLÉ'S

*les meilleurs au monde
pour les bébés*



**NESTLÉ'S MILK PRODUCTS
(CANADA) LIMITED**
Metropolitan Building, Toronto

J.-O. GIROUX
OPTICIEN

Membre diplômé de l'A.E.P.O. de Paris

LUNETTES, LORGNONS
VERRES OPHTALMIQUES

Assisté de MM.

A. PHILIE
A. ALLAIRE
G. LAURIER

BUREAUX CHEZ

Dupuis Frères
LIMITÉE
MONTREAL

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

Une thérapeutique efficace pour... *l'Otite Moyenne*

DOIT ÊTRE ANALGÉSIQUE - BACTÉRICIDE et PRODUIRE la DÉSHYDRATATION des TISSUS

Auralgan

THE DOHOW CHEMICAL COMPANY, LTD.

Montréal — New-York — London

AMherst 8900-3733

MONTY, GAGNON & MONTY

Ambulances de luxe, chauffées

Transport des malades à la ville et à la campagne. Service prompt et sûr.

Pompes funèbres

Salons mortuaires

Salons mortuaires: 4156, rue Adam.
1926, rue Plessis.

Ambulanciers de l'Hôpital Notre-Dame

TABLE DES ANNONCEURS

	Pages	Pages
Abbott Laboratoires Ltée	37-38	Laboratoires Poulenc Frères (Stovaginal) 2e p. de la couv.
American Can Co. (La conservation des aliments par leur mise en boîtes...)	609	Laurentian agencies, reg'd. (Ertron)
Anglo-French Drug Cie (Sulfosalyl)	575	Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada (Examens)
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée ("Prémarine") — ("Emménine")	1	590
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée ("A. P. L.")	2	Lederle Laboratoires (Extrait d'herbe à puce) — (Extrait d'herbe à la gale)
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée ("Béminal")	589	11
Borden Company Ltd. The (Lait évaporé Borden's 'Silver Cow')	598	Libby, McNeill and Libby of Canada, Ltd. (Les bébés digèrent mieux les féculents dans les aliments homogénéisés de Libby)
British Drug Houses (Canada) Ltd. The (Serogan) — (Gonan) — (Oestroform) — (Progestin B. D. H.)	603	606
Canada Drug Co., Ltd. (Pavéral)	614	Librairie Beauchemin Ltée
Carnation Company Ltd. (Faits qu'il est bon de répéter)	605	600
Dettol	596	Mead Johnson & Co. of Canada Ltd. (Pablum)
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Idrocol) — (Idrocolax)	36	21
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Diaphenyl)	27	Merck & Co., Ltd. (Cuprex)
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Eau alcaline Nataalka)	612	612
Ciba Compagnie Limitée (Dial)	25	Merck & Co., Ltd. (Tryparsamide de Merck)
Couvrette-Sauriol, Ltée (Eau Justin)	612	26
Denver Chemical Manufacturing Company. The [Réactif à l'acétone (Denco)]	13	Merck & Co., Ltd. (Pyridium)
Denver Chemical Manufacturing Company. The (Antiphlogistine)	16	5
Dohow Chemical Company Ltd. (Auralgan)	614	Merrell Company. The Wm. S. (Nitranitol)
Eddé, J., Ltée (Bis Kam Oil) — (Hemostyl du Dr Rous-sel) — (Taxol) — (Neurinase) — (Alepsal) — (Ino-tyol) — (Pluriglandine) — (Veinatone) — (Artichobyl)	584	599
Eli Lilly and Company (Canada) Ltd.		Millet, Roux & Cie Ltée (Neo-Spasmyl)
1ère page de la couverture		9
Eli Lilly and Company (Canada) Ltd. ('Betalin Com-plex')	7	Monty, Gagnon et Monty
Frosst, Charles E. & Co.	17-18-19-20	614
Giroux, J.-O. (Opticien)	613	Mowatt & Moore Ltd. (Sirop "C.B. Complex")
Gouvernement de la Province de Québec, Ministère de la Santé et du Bien-Etre Social. (Collaboration du médecin à l'enseignement de l'hygiène)	594	597
Herd & Charton, Inc. (Veinotrope)	585	Murine Co. (Utilisée dans les installations industrielles)
Herd & Charton, Inc. (Vératrite)	581	608
Herd & Charton, Inc. (Uroprazine) — (Calcoléol) — (Tricalcine) — (Veinotrope) — (Peptalmine)	583	Nestlé's Milk Products (Canada) Ltd. (Produits laitiers Nestlé's)
Hoffmann-La Roche Limitée (Pour calmer les douleurs postopératoires)	601	613
Horner, Frank W., Ltd. (Histoire de cas)	28	Pharmacie d'ordonnances Arthur Hirbour. La
Horner, Frank W., Ltd. (Urasal)	29	4
J. J. Joubert Limitée (Produits)	610	Rougier Frères (Dermophyl)
Kellogg Company of Canada Ltd. (All-Bran)	611	573
Laboratoire Nadeau Ltée (Fos-Alum)	588	Rougier Frères (Lyxanthine Astier)
Laboratoires Desbergers-Bismol (Fertinic)	609A-609B	3
Laboratoires Desbergers-Bismol (B-Totum) 4e p. de la couv.		Sanatorium de Blois (48e année d'existence)
Laboratoires Désautels (Hémosthénol irradié)	608	604
Laboratoires Jean Olive (Iodone Robin) — (Normogast-ryl)	586	Sanatorium Prévoist Inc.
Laboratoire Marois (Tonisedine)	610	602
		Sharp & Dohme (Canada) Ltd. ('Ivyol') . 3e p. de la couv.
		Schering Corporation Ltd. (Priodax)
		593
		Shuttleworth Chemical Co. Ltd. The E. B. (L'onguent Hemroydine E. B. S.)
		579
		Smith & Nephew Ltd. (Bandage au plâtre de Paris "Cellona")
		31
		Société d'Expansion Pharmaceutique Inc. (Eusthenyl)
		587
		Spencer Supports (Canada) Ltd. (Supports Spencer)
		607
		Squibb, E. R. & Sons of Canada, Ltd. (Pour l'anémie secondaire)
		591
		Stearns & Company of Canada Ltd., Frederick (Neo-Synephrine)
		23
		Usines Chimiques du Canada Inc. (Ampoules Valor)
		616
		Victor X-Ray Corporation of Canada, Ltd. (Comment la bonne qualité devient-elle inhérente?)
		582
		Vinant Limitée (Rhinamide) — (Bactéramide)
		592
		Vinant Limitée (Pipérazine) — (Thiodérazine) — (Thio-dacaïne) — (Genoscopolamine)
		32
		Vinant Limitée (Stano-Plex)
		30
		Warner, Wm. R., Ltd. (Pères de la Médecine canadienne)
		577
		White's (Dillard's Aspergum)
		595
		Whitlow, Fred J. & Co., Ltd. (Clinitest)
		33
		Williams Co. (Canada) Ltd. The J. B. (Huile Baby's Own)
		611
		Winthrop Chemical Co., Inc. (Creamalin)
		24
		Winthrop Chemical Co. Inc. (Drisdol)
		580
		Wyeth & Bro., (Canada) Ltd., John (Amphojel)
		34-35
		Wyeth & Bro., (Canada) Ltd., John (Wyanoids pour hémorroïdes)
		612-613

AMPOULES VALOR

CACODYLATE de
SOUDE

CACODYLATE de FER

ERGOTINE

ATROPINE

HUILE CAMPHREE

EPHEDRINE

EPINEPHRINE

CAMPHOVAL

(Solution aqueuse de Camphre)

CAMPHOVAL SPARTEINE

PITUIT

SALICYLATE de SOUDE

SULFATE de MAGNESIE

CYANURE de MERCURE

HYPOSULFITE de SOUDE

EAU DISTILLEE

BUTYRATE
de MANGANESE

SOLUTIONS STANDARDISEES

A PRIX RAISONNABLES

USINES CHIMIQUES DU CANADA, INC.

MONTREAL





Petit chef peau-rouge éprouve une grande démangeaison!

Les INCURSIONS de nos petits partisans des Peaux-Rouges, dans la forêt et les champs, leur amènent souvent des rencontres désagréables avec les ennemis *RHUS toxicodendron* (herbe à la puce) et *RHUS diversiloba* (arbre à la gale).

Cependant, il n'est pas nécessaire "qu'un autre Peau-Rouge morde la poussière". Des vaccinations préventives peuvent empêcher la plupart de ces attaques ennuyeuses qui immobilisent tant de gens au cours du printemps, de l'été et du début de l'automne. Et le concentré d'herbe à la puce 'IVYOL' non seulement prévient la dermatite *RHUS*, mais offre aussi des avantages bien déterminés en soulageant les symptômes chez ceux qui sont déjà atteints de cette affection. Les effets bien-faisants du concentré 'IVYOL' ont été démontrés par des expériences¹, aussi bien dans la prophylaxie que dans le traitement.

Le concentré 'IVYOL' contient les éléments purifiés de l'herbe à la puce (1:1000) dans de l'huile d'olive stérile. En raison de ce véhicule adoucissant, son administration par voie intramusculaire profonde est très peu douloureuse.

Les Mulford Biological Laboratories de Sharp & Dohme ont découvert le concentré 'IVYOL' qui est accepté par le Conseil sur la Pharmacie et la Chimie de l'American Medical Association. Il est présenté en paquets contenant quatre fioles de 0.5 cc; chaque fiole représentant une seule dose. Sharp & Dohme (Canada) Ltd., Toronto 5, Ont.

DANS LA PROPHYLAXIE: Le contenu d'une fiole, par voie intramusculaire, chaque semaine durant quatre semaines.

DANS LE TRAITEMENT: Le contenu d'une fiole, par voie intramusculaire, toutes les 24 heures jusqu'à soulagement des symptômes.

* Kerr, W. H. et al.: Nebr. State Med. Jr., 26:129, 1941.

'IVYOL'

CONCENTRÉ D'HERBE À LA PUCE
(MULFORD)

Dans la prophylaxie et le traitement de l'herbe à la puce et des dermatites de l'arbre à la gale.



UN PRODUIT
ENTIER
EST PLUS
EFFICACE

B • TOTUM
est **ENTIER**
NATUREL et
CONCENTRÉ

B-TOTUM contient **TOUS** les facteurs du **Complexe B**

FLACONS DE 100 COMPRIMÉS

POSOLOGIE: 6 COMPRIMÉS PAR JOUR

LABORATOIRES DESBERGERS-BISMOL

Pharmaciens

Chimistes

Biologistes

MONTREAL



20

