

14-12-44

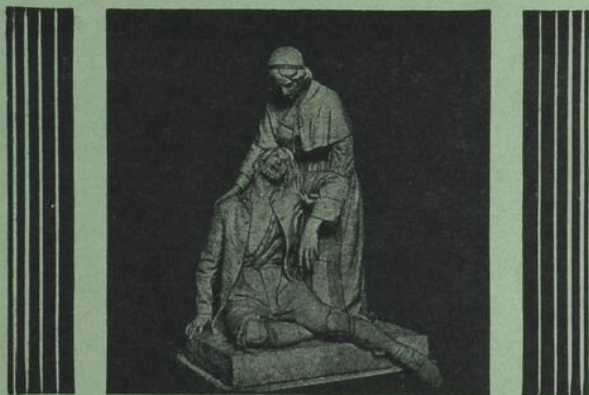
Numéro 3

Treizième année

LE JOURNAL

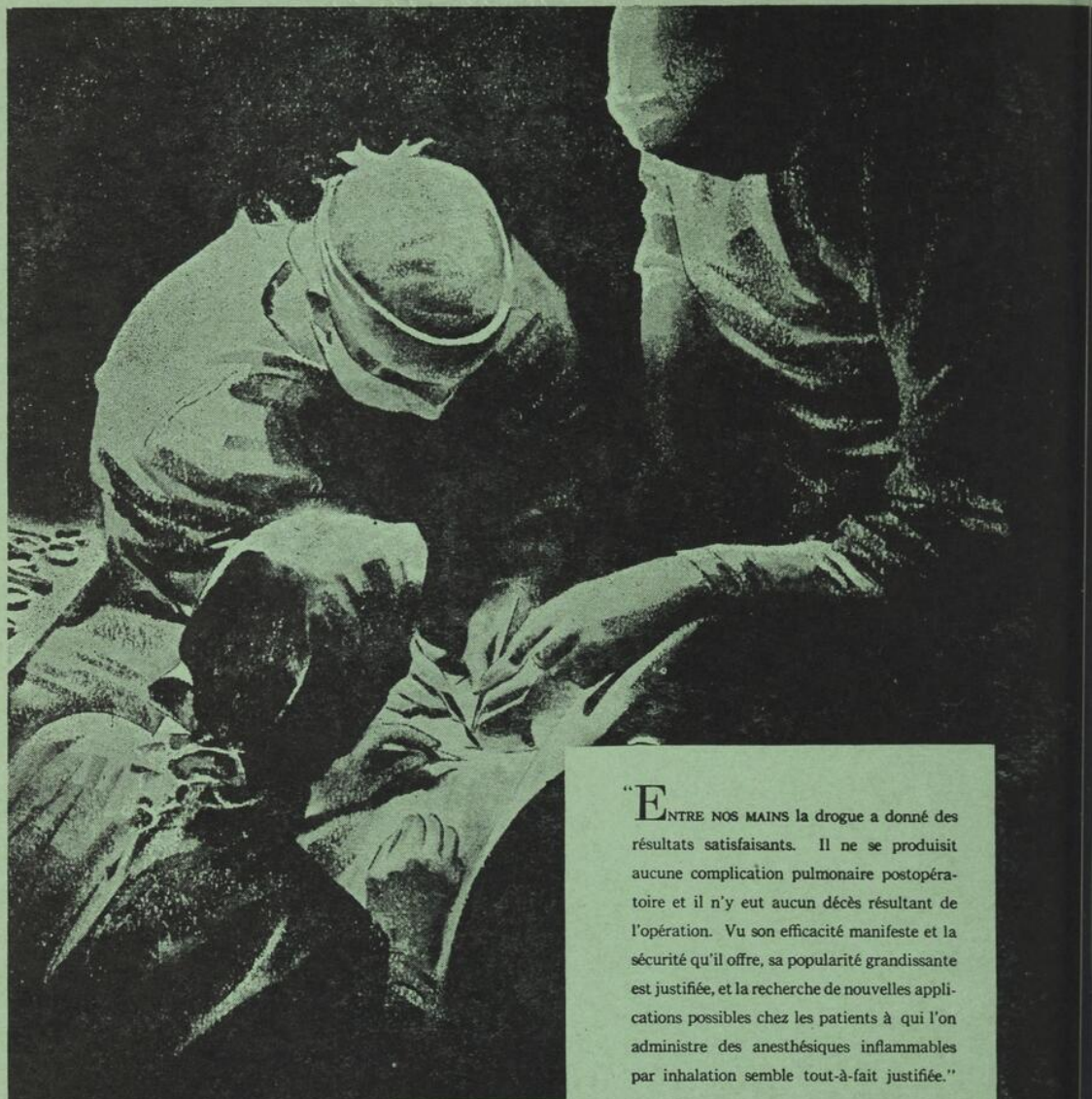
... de ...

L'HÔTEL-DIEU DE MONTRÉAL




MAL-JUIN

1944



ENTRE NOS MAINS la drogue a donné des résultats satisfaisants. Il ne se produisit aucune complication pulmonaire postopératoire et il n'y eut aucun décès résultant de l'opération. Vu son efficacité manifeste et la sécurité qu'il offre, sa popularité grandissante est justifiée, et la recherche de nouvelles applications possibles chez les patients à qui l'on administre des anesthésiques inflammables par inhalation semble tout-à-fait justifiée."



**PENTOTHAL
SODIQUE**

*Ruth, H. S., Tovell, R. M.,
Milligan, A. D., Charleroy, D. K.*
LE PENTOTHAL SODIQUE,
Sa Popularité grandissante est-elle justifiée?
*Jour. Am. Med. Assoc. 113: 1864 (18 nov.
1939).*

Laboratoires ABBOTT, Ltds
20 Chemin Bates, Montréal

SOMMAIRE du No 3

Mai-Juin

Capitaine MAURICE SAINT-MARTIN: Diagnostic des Comas	117
ANDRÉ PARENTEAU : Les vertiges	132
PIERRE MARION : Palpitations et extra-systoles	139
CLAUDE MONFETTE : Les Céphalées	149
JEAN-PAUL CHOLETTE : Les Leucorrhées	156
RENÉ LEBEAU : Bref aperçu sur l'histoire de l'anesthésie	170
ANTONIO BARBEAU : Le Révérend Frère Marie-Victorin	174
ANTONIO BARBEAU : Le docteur James Norman Petersen	177

NADEAU

DÉBILINE

NADEAU

Cholagogue

Cholérétique

Par comprimé :

Acide déoxycholique ... 1½ grn.

Pancréatine ... ¾ grn.

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

LABORATOIRE **NADEAU** LIMITÉE
100 ST. PAUL O. MONTRÉAL CANADA

RÉDIGER son TESTAMENT

est la chose la plus importante de la vie.

AVEZ-VOUS PENSÉ AU VÔTRE?
CONSULTEZ-NOUS

Société d'Administration et de Fiducie

Administratrice et fiduciaire

5 EST, RUE ST-JACQUES - MONTRÉAL

(Immeuble Crédit Foncier Franco-Canadien) - Téléphone : PLateau 3821

A G E N C E S :

QUÉBEC - WINNIPEG - REGINA - EDMONTON - VANCOUVER

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

Maintenant disponible

POUR L'ADMINISTRATION BUCCALE

Depuis longtemps se faisait sentir le besoin d'un composé mercuriel diurétique puissant, dont l'administration par voie buccale produirait des résultats efficaces. Une telle préparation se montre très avantageuse non seulement comme complément à la médication parentérale, mais aussi lorsque l'on ne peut utiliser la voie injectable.

L'administration orale des comprimés de Salyrgan-Théophylline a donné des résultats diurétiques satisfaisants dans un grand nombre de cas. Cependant, on obtient des résultats plus constants par l'administration de la solution de Salyrgan-Théophylline par voie intraveineuse ou intramusculaire.

Salyrgan-Théophylline est présenté sous deux formes :

COMPRIMÉS (kératinisés) en flacons de 25, 100 et 500. Chaque comprimé contient 0.08 grm. de Salyrgan et 0.04 grm. de théophylline.

SOLUTION, ampoules de 1 cc., en boîtes de 5, 25 et 100; et en ampoules de 2 cc., en boîtes de 10, 25 et de 100.

Documentation envoyée sur demande.

Publicité acceptée par l'American Medical Association.

SALYRGAN-THEOPHYLLINE

Marque de commerce enregistrée au Canada et aux Etats-Unis.

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Produits pharmaceutiques supérieurs à l'usage de la Faculté.



Succursale au service de MM. les médecins
du Québec :

Immeuble "Dominion Square"
MONTRÉAL, P. Q.

Administration et laboratoires à :
WINDSOR, Ontario.

Q.

Qu'est-ce
qu'un
"Wyethical"?

A.

• Un "Wyethical", c'est un produit médical fabriqué par John Wyeth & Brother (Canada) Limited et annoncé à la profession médicale seulement. Ce peut être un produit de pharmacie, de biologie ou de nutrition.

Mais il doit répondre aux standards absolus de qualité, de précision et strictement se conformer à la règle d'éthique suivie par Wyeth depuis 1880.

Tel est un "Wyethical". Et voilà pourquoi vous pouvez avoir confiance à tout "Wyethical".

Wyeth

John Wyeth & Brother (Canada) Limited

WALKERVILLE

ONTARIO

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée présente :

idrocol

▶ DEHYDRO-
CHOLÉRÉTIQUE

▶ CHOLAGOGUE

▶ DIURÉTIQUE

Formule nouvelle, plus 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 sécrétion 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 la surveillance et le contrôle de :

Charles Laurin, B.A., B.Ph.

Léopold Bergeron, B.A., B.Ph., Assistant Bactériologiste.

Pharmaciens-Chimistes, Analystes, Biochimistes
Diplômés de l'Université de Montréal.

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'avant l'intestin.

Dans ce but, l'on a 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

L'antiacide original
très recommandé par
le corps médical
depuis plus de
trente ans



AGRÉABLE AU GOÛT . . . PROTECTEUR

Le DILAXOL E.B.S. a mérité l'approbation du Corps Médical grâce à sa haute efficacité dans le contrôle de l'hyperacidité gastrique et à la protection qu'il assure contre tout accident à la paroi gastrique.

Quoiqu'il ait une réaction alcaline, le Dilaxol, contrairement aux alcalins énergiques, ne provoque pas de sécrétion hyperacide. Le Dilaxol neutralise l'acide libre, et il a la propriété remarquable de se combiner avec les acides pour les neutraliser. Son action est prolongée mais elle ne dérange pas la digestion et ne cause pas d'alcalose. En raison des éléments de nature colloïdale qu'il contient, le Dilaxol constitue un revêtement protecteur pour la muqueuse de l'estomac et empêche tout accident à la paroi gastrique.

Il est recommandé pour le traitement de l'hyperacidité, de la duodénite, de la flatulence, de la dyspepsie, de l'ulcère peptique et des nausées de la grossesse.

Chaque once liquide contient :

Sous-salicylate de Bismuth 4 grains
Ferments digestifs 1 grain
Trisilicate, carbonate et hydroxyde de
magnesium 75 grains

DOSE: 1 à 2 drachmes liquides, dans de l'eau.

Pour plus de sûreté!
SPECIFIEZ E.B.S. sur
vos ORDONNANCES

Egalement fourni en
POUDRE, en paquets
commodes pour les
ordonnances.

**E
B
S**

THE E. B. SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO. LIMITED
TORONTO MANUFACTURING CHEMISTS CANADA



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 Shanghai, 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 délirium 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 aldéhydeformique qui est bactéricide.

Prescrire: 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 - Montréal, Canada

Comment la Bonne Qualite Devient-elle Inherente?

Q

UE vous achetez des instruments médicaux pour votre pratique privée ou pour votre travail d'hôpital, c'est toujours avec l'espoir que le temps et l'expérience prouveront que vous avez estimé judicieusement leur valeur.

Vos investigations, relatives aux divers produits qui vous sont offerts, visent tout naturellement à déterminer d'abord ce qui assurera le meilleur service à vos patients; ici, le coût d'achat n'entre pas dans votre esprit comme un facteur capital ainsi qu'il en serait pour des objets de la vie courante.

Si vous n'avez jamais fait l'essai du matériel G.E. soit en radiologie soit en Electrologie, vous ne croirez pas d'emblée qu'il représente la qualité supérieure que vous recherchez. Mais par des milliers de médecins répartis dans le monde entier, soit dans les hôpitaux, soit dans les cliniques, les appareils qui portent la marque de commerce G.E. sont agréés sans inquiétude, l'expérience ayant prouvé que ce matériel G.E. possède toutes les qualités souhaitées.

Cette réputation de supériorité inhérente s'est acquise par une soumission stricte aux règles et aux idéaux qui se sont formés au cours du demi-siècle de Service à la profession médicale. Ceci explique peut-être mieux pourquoi un appareil G.E. quel que soit l'endroit où on l'utilise, — dans les bureaux, dans les hôpitaux civils et militaires, partout et sous tous les climats — reste toujours d'une sécurité parfaite quant au service très satisfaisant qui caractérise tous les produits G.E.

Vos projets d'acheter un appareil de radiologie ou d'électrologie médicale sont peut-être encore imprécis; en attendant votre décision, nous nous permettons de vous suggérer de consulter notre représentant local, en vous adressant à la Succursale Victor qui vous est la plus proche.



*Today's Best Buy
War Savings Certificates*

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

Le Journal de l'Hôtel-Dieu de Montréal

Fondé en 1932

par

Oscar Mercier

Léo-E. Pariseau

Ernest Prud'homme

Ernest Trottier

BUREAU DE DIRECTION

ALBERT JUTRAS, *Président*

EDOUARD DESJARDINS, *Secrétaire-trésorier*

RÉDACTION

ANTONIO BARBEAU, *Rédacteur-en-chef*

PAUL DUMAS, *Secrétaire de la rédaction*

Le Journal de l'Hôtel-Dieu est un journal médical rédigé en collaboration. Les auteurs des articles restent seuls responsables des opinions émises sous leur signature.

No 3

Mai-Juin 1944

DIAGNOSTIC DES COMAS

par le capitaine MAURICE SAINT-MARTIN

du Corps médical de l'armée canadienne,

(attaché au laboratoire de l'Hôtel-Dieu de Montréal)

Importance

La notion des comas n'est certes pas nouvelle, mais sa riche valeur sémiologique qui intéresse de près ou de loin, le neurologue, le chirurgien, le spécialiste en pathologie interne et en nutrition, l'expert médico-légal, le biochimiste, est une indication bien précise de son importance pour le jeune médecin interne et ses aînés. Car, si dans 75% des cas, une anamnèse bien conduite mènera à un diagnostic étiologique précis du coma, il n'en reste pas moins qu'un bon quart des cas posera des problèmes souvent difficiles. Ce sera le cas classique de l'inconnu ramassé sur la voie publique et ramené d'urgence au dispensaire de l'hôpital ou au bureau du médecin. Alors, il faut faire vite et bien, car des lèvres de l'oracle, le personnel hospitalier attend la solution du problème et les directives thérapeutiques.

Le médecin du quartier lui-même ne sera pas épargné. En nos temps troublés, les grandes villes avec leur population cosmopolite et déséquilibrée, leur feront sans aucun doute rencontrer le comateux étranger ou solitaire, le possédé de l'alcool, le candidat au suicide par barbituriques ou autres drogues.

Définition

Demandons-nous d'abord ce qu'est le coma ? Selon la définition classique, c'est la perte total des fonctions psychiques : — motilité volontaire, sensibilité, intelligence, — avec conservation de la respiration et de la circulation. Plusieurs formes de coma sont décrites en pathologie générale. Si des excitations très fortes provoquent une certaine réponse, le coma sera léger et appelé stupeur. Très prononcé avec troubles circulatoires et respiratoires profonds, on lui donne le nom de carus.

Dans de nombreux cas, le coma est provoqué par une lésion des centres nerveux centraux, mais telle n'est pas toujours l'occurrence comme nous le verrons plus tard dans le coma diabétique ou urémique par exemple.

Devant un malade présentant un syndrome clinique de coma, il est de prime importance pour le médecin d'esquisser un petit retour sur sa pathologie générale afin de porter un diagnostic précis de coma. S'il y a léthargie comme dans l'encéphalite épidémique avec ses nombreux signes oculaires ou dans la narcolepsie dite essentielle, affection rare avec ses accès de sommeil invincible sans cause apparente, le patient pourra être momentanément tiré de sa somnolence et même répondre avec lucidité à un ordre impérieusement formulé.

Un examen sommaire du cœur et du pouls radial éliminera la syncope où il y a arrêt du cœur et suspension de

la respiration. L'élimination terminée et le diagnostic de coma bien établi, il restera au médecin à en établir l'étiologie véritable.

Diagnostic

En marge de ce diagnostic, au risque de passer pour moraliste, nous ne pouvons résister à la tentation d'émettre quelques considérations toujours vraies, mais trop souvent méconnues.

Pour beaucoup de médecins à l'esprit un peu simpliste, la constatation d'un signe important équivaut à un diagnostic. De même, dans le diagnostic différentiel des comas, faut-il se méfier des schémas trop absolus, qui, tout en aidant la mémoire, n'en sont pas moins parfois des déformations de la vérité. Une réaction de laboratoire si précise fût-elle ne peut et ne doit pas donner à elle seule la clef des problèmes. L'amélioration constante des techniques d'exploration évite certainement beaucoup d'erreurs cliniques, mais en définitive, ce doit être le bon jugement du médecin qui décidera de la valeur séméiologique d'un syndrome et du diagnostic final à poser.

Reconnaître la cause de ce coma, voilà donc le problème que le médecin doit résoudre. Son premier soin sera d'obtenir l'anamnèse la plus complète possible : il interrogera l'entourage sur les habitudes, l'état de santé actuel et le passé du comateux, sur les circonstances qui ont précédé ou accompagné les signes de coma. Pour être plus objectif, nous supposons à dessein qu'aucune histoire subjective n'a pu être obtenue.

Quant à l'examen objectif du malade, il devra être plus compréhensif qu'à l'ordinaire : il faudra examiner le cuir chevelu et la boîte crânienne, apprécier la qualité de l'haleine, palper les globes oculaires, noter la coloration des téguments, la présence ou l'absence de cicatrices,

rechercher le piqueté de la peau, révélateur des injections hypodermiques. L'examen du fond de l'œil et la recherche des réflexes usuels : cornéens, pupillaires, rotuliens, plantaires et autres ne devront pas être négligés. L'usage habituel du thermomètre, du cathétère et du sphygmomanomètre donnera souvent des renseignements essentiels. Enfin, dans nombre de cas, une ponction lombaire faite à point éclairera une étiologie douteuse.

Suivant la valeur séméiologique des signes observés, le médecin pourra s'orienter plus facilement vers le diagnostic différentiel. De nombreuses classifications des comas ont été imaginées par les auteurs en vue d'aider des mémoires trop souvent faillibles. Celle d'Arnold qui divise les comas en 2 groupes distincts : 1) les comas avec symptômes unilatéraux et 2) les comas avec symptômes bilatéraux et symétriques, me paraît bien la plus séduisante.

a) Les symptômes sont unilatéraux

Hémorragie cérébrale : En cette occurrence, le médecin pensera d'abord et surtout à l'hémorragie cérébrale avec apoplexie. Le malade qui, il y a un instant, vaquait à ses occupations journalières, est littéralement foudroyé par son mal. Il est couché sur le dos, immobile, complètement indifférent aux choses et aux êtres. Sa respiration est bruyante, stertoreuse. L'examen attentif du masque facial révélera facilement l'hémiplégie.

On remarquera la déviation conjuguée de la face et des yeux qui, selon la loi de Vulpian et Provost, regardent la lésion et se détournent des membres paralysés. La mimique sera déformée par différentes anomalies : la disparition sur le côté paralysé des plis frontaux et nasogéniens. D'un côté, la bouche sera entr'ouverte et le jeu alternatif de la respiration soulevant la joue flasque fera dire que « le malade fume la pipe. » Les réflexes tendineux

et pupillaires seront souvent abolis. Dans quelques cas, on trouvera une pupille en mydriase du côté de la lésion cérébrale. On attachera une grande importance au réflexe plantaire en extension dit signe de Babinski qui serait le symptôme le plus précoce et le plus constant de l'hémiplégie selon Louis Ramond.

L'incontinence des urines et des matières fécales est habituelle chez ce grand malade. Le pouls sera lent, la température sub-normale et, signe très significatif, la tension artérielle sera sensiblement augmentée.

Comme ce coma apoplectique est souvent incomplet, de fortes excitations superficielles et profondes (pincements — piqûres) provoquent des réactions de défense, des mouvements de rétraction des membres du côté sain. De plus, si l'on considère que les muscles du comateux n'obéissent plus à la volonté, ils restent tout de même sous l'influence du système nerveux central pour leur tonus. Ainsi, si on élève les membres pour ensuite les laisser retomber, on pourra remarquer que les membres du côté paralysé retomberont beaucoup plus rapidement.

Dans les hémorragies cérébrales avec déversement ventriculaire, le coma sera profond avec rétraction de la tête et paralysie des quatre membres. On pensera à l'hémorragie pontique, si à la paraplégie s'ajoutent l'hyperpyrexie et la contraction pupillaire. Dans ces deux localisations hémorragiques, l'abolition des réflexes cornéens et abdominaux avec une ponction lombaire sanglante tranchera un diagnostic hésitant de coma.

Ramollissement cérébral

Dans le même ordre, il faut se rappeler que le ramollissement cérébral peut causer le coma si les délabrements causés à l'encéphale sont assez considérables. Mentionnons que ces lésions surviennent soit à la suite d'embolies céré-

brales fréquentes chez les cardiaques, soit à la suite d'endartérite syphilitique chez les jeunes sujets ou d'athérome cérébral chez le vieillard.

Tumeurs et abcès cérébraux

Le médecin pourra aussi penser aux tumeurs et abcès cérébraux quoique ces lésions soient plus rares et moins souvent causes de coma. Les tumeurs cérébrales sont d'évolution longue et se reconnaissent par leur syndrome de compression comprenant convulsions, vertiges, vomissements et céphalée. L'ophtalmoscopie montrera d'abord de la stase papillaire à laquelle succèdera de l'atrophie. Les examens plus spécialisés de la ventriculographie et de l'électro-encéphalographie donneront des renseignements extrêmement précieux.

Des antécédents suppuratifs orienteront vers les abcès du cerveau accompagnés d'hyperthermie et d'œdème de la papille. Au moment où l'abcès se vide dans les ventricules, un coma soudain s'installe. Inutile de dire qu'alors la ponction lombaire sera franchement purulente.

b) Les symptômes sont bilatéraux et symétriques

Si le syndrome clinique que présente le malade n'a pu trouver son étiologie dans cette première division, le médecin devra passer en revue les différents comas où les symptômes sont bilatéraux et symétriques.

Tout d'abord, il pourra éliminer le coma hépatique, terme ultime de l'atrophie aiguë du foie accompagnée de son ictere prononcé, le coma peu fréquent de l'encéphalite aiguë et le coma anaphylactique, résultat de l'injection de protéines étrangères dans les inoculations sériques ou les transfusions de sang à groupe mal défini.

De même, il ne s'attachera guère au coma rare en nos climats, de la fièvre tierce et des autres parasitoses. Le

choléra, le typhus et la fièvre typhoïde donneront à leur phase terminale une sorte de coma où le patient est si déprimé que l'entourage le croit mort.

Coma diabétique

C'est à un coma beaucoup plus fréquent, le coma diabétique, qu'il faudra penser. Coma insidieux, très rarement foudroyant où l'on rencontre un sujet couché sur le dos, inerte, très pâle et déshydraté. Les fonctions psychiques seront complètement annihilées, une excitation très violente ne provoquant aucune réponse.

L'haleine donnera une odeur aromatique, chloroformique. L'hypothermie et l'hypotension seront de règle. L'on observera une respiration bien spéciale dite de « Kussmaul ». C'est une respiration en quatre temps où l'inspiration et l'expiration ont une égale durée et sont séparées l'une de l'autre par une pause d'égale durée. Fait à remarquer, malgré son état, le malade ne fait pas de dyspnée et semble souvent très bien supporter son étrange mode respiratoire.

Le comateux diabétique est un déshydraté. En effet, l'hypotension des globes oculaires, l'oligurie, le faciès pseudo-péritonéal, l'hyperviscosité sanguine sont bien les témoins d'une déshydratation prononcée. Ce trouble du métabolisme hydrique serait causé par la diarrhée prodromique, par la respiration de Kussmaul ou plutôt par la diminution notable de l'alimentation et des boissons pendant les derniers jours.

Le biochimiste fournira des renseignements essentiels au diagnostic. Parmi les réactions urinaires, la glycosurie est un signe très important qui marche d'ailleurs de pair avec l'hyperglycémie. Cet excès de glucose existe dans tous les fluides organiques, en particulier dans le liquide céphalo-rachidien.

L'identification des corps cétoniques signe souvent le diagnostic. En effet, l'excrétion urinaire d'acétone, d'acide diacétique et d'acide bêta-oxybutyrique est la meilleure caractéristique de l'acidose. Dans cet état, on remarquera aussi, une ammoniurie de beaucoup plus élevée que la normale.

Les analyses du sang complètent heureusement le bilan du coma diabétique. Inutile de dire qu'il présente un état prononcé d'hyperglycémie. Le sang a souvent une couleur brunâtre, un aspect comparable au chocolat dû au fait de l'hyperlipémie. Un abaissement du pH sanguin et de la réserve alcaline seront des témoins convaincants de l'acidose sanguine.

Si l'ensemble de ces signes permet au médecin de poser un diagnostic certain de coma diabétique, aucun d'eux pris seul n'est pathognomonique. En effet, il ne faut pas oublier que dans certains cas compliqués de néphrite aiguë, l'oligurie peut être remplacée par de l'anurie et empêcher toute analyse d'urine; que l'insuffisance hépatique, le jeûne prolongé donnent de l'acétonurie, qu'il existe des glycosuries transitoires d'origine bulbaire, que l'hypothermie est banale chez le cachectisé et que la respiration de Kussmaul a été observée dans certaines intoxications, dans l'urémie pour ne citer que quelques causes qui peuvent en fausser le diagnostic.

Coma urémique

Le médecin devra aussi envisager la possibilité d'un coma urémique. Alors une torpeur de plus en plus accablante s'empare de l'azotémique qui entre progressivement dans le coma, prélude de la mort. Selon Widal, cette torpeur est une véritable narcose qui va du simple abattement avec prostration jusqu'à la somnolence et au coma complet. D'ordinaire, le comateux urémique répond aux

excitations fortes; quelquefois, il ouvrira les yeux si on l'appelle fortement. Tout effort de mémoire lui est extrêmement pénible.

La persistance de cette lucidité relative jusqu'aux dernières heures qui précèdent la mort est une caractéristique assez spéciale du coma urémique et rencontrée très rarement dans les autres comas.

Le malade présente alors un syndrome clinique assez bien défini: il est pâle, maigre et desséché. Cette pâleur des téguments et des muqueuses s'explique aisément si l'on se rappelle qu'une anémie oscillant entre 1 et 3 millions est un symptôme de première importance de la néphrite azotémique. La maigreur est frappante: c'est une véritable fonte musculaire, une sorte de syndrome d'autophagie terminale. Quant à la déshydratation, la sécheresse de la peau, la langue rôtie, fissurée, en sont des preuves évidentes. On notera une hypothermie très accentuée. L'examen du fond de l'œil révélera une rétinite azotémique avec exsudats blanchâtres et petits foyers hémorragiques.

On pourra exceptionnellement voir apparaître sur la peau, des sueurs d'urée, sous forme de petits cristaux blanchâtres, semblables à du givre. La respiration de Cheyne Stokes accompagne fréquemment le coma urémique. Elle est caractérisée par une succession d'inspirations d'abord superficielles, puis de plus en plus profondes à laquelle fait suite une série d'inspirations de plus en plus faibles; cette deuxième période se termine dans une phase d'apnée absolue qui peut être si prolongée que les gens entourant le malade peuvent croire à sa mort. Enfin l'examen du cœur pourra révéler des frottements à l'auscultation; le médecin sera alors en présence de la péricardite néphritique.

Ces différents symptômes du coma urémique ont tous une grande importance, mais il faut se rappeler que dans

certains cas, une azotémie élevée peut n'être démontrée par aucun signe clinique appréciable. Le malade vaque à ses occupations journalières, puis brusquement les accidents surviennent : inappétence, torpeur, parfois coma. En conséquence, dans tout cas douteux, le médecin a le strict devoir de demander un dosage de l'urée sanguine, élément de diagnostic et de pronostic. Les chiffres d'acide urique et de créatinine seront augmentés. Un examen chimique et microscopique des urines révélera de l'albumine, des cylindres hyalins et granuleux et, dans la néphrite aiguë, du sang.

Chez des urémiques bien connus, un coma complet avec signes unilatéraux peut survenir; il sera alors dû à une hémorragie cérébrale. En effet, la co-existence de l'hypertension artérielle avec l'azotémie élevée chez ces malades les rendent de bons candidats aux troubles vasculaires cérébraux. Dans les cas de coma mixte à la fois urémique et diabétique, le diagnostic devient très difficile, sinon impossible.

Concussion cérébrale

Il faudra aussi penser à la concussion cérébrale où le coma survient immédiatement après la blessure à la tête. Alors le patient sera en état de choc: il sera très pâle, avec un pouls faible et rapide, une tension artérielle effondrée. Une respiration à peine perceptible, une transpiration froide, des pupilles en mydriase seront de règle. On observera dans certains cas une diminution considérable de la force musculaire avec flaccidité.

Si la concussion est considérable, il y a de la stupeur qui peut durer des heures et des jours, accompagnée de vomissements et de convulsions. Les centres thermiques réagiront par production d'hyperthermie allant de 100°F à 105°F. Un état spécial, appelé irritation cérébrale pourra

être observé; le malade présente alors une céphalée intense et de la photophobie et git dans son lit dans la position classique dite « en chien de fusil ».

Méningite et hémorragie sous-arachnoïdienne

Dans la méningite, la présence du signe de Kernig avec rétraction de la tête indiquera une irritation méningée. Un examen attentif révélera des signes de suppuration, cause première de l'infection, de la raideur de la nuque et des réflexes plantaires en extension.

Dans le coma consécutif à l'hémorragie sous-arachnoïdienne, les symptômes se rapprochent beaucoup du coma des méningites aiguës, mais avec des différences suffisantes pour porter un diagnostic précis. Dans l'hémorragie sous-arachnoïdienne, le début est brusque, l'examen ophtalmoscopique révèle soit une hémorragie rétinienne, soit de l'oédème de la papille. Une ponction lombaire donnera du sang en abondance.

Cette sorte d'hémorragie est assez commune. On la rencontre dans les anévrysmes cérébraux du cercle de Willis, dans les hémorragies cérébrales avec déversement ventriculaire, dans les néphrites avec hypertension, dans certaines tumeurs cérébrales, dans l'encéphalite léthargique aiguës et aussi dans les dyscrasies sanguines hémorragiques.

Coma post-épileptique

En présence d'un coma post-épileptique, le problème sera plus facile à résoudre pour le médecin. Car ce coma est transitoire, durant de quelques minutes à quelques heures. Il examinera le comateux en vue de trouver de vieilles cicatrices, témoins de crises antérieures. La morsure de la langue, l'incontinence des urines le feront reconnaître aisément.

Coma insulinique

A notre époque où le traitement insulinique du diabète est souvent donné à tort et à travers, sans surveillance médicale, le médecin doit s'attendre à rencontrer plus de cas de coma insulinique.

Ce coma suit toujours une dose trop massive d'insuline. Il sera précédé par les symptômes multiples de l'hypoglycémie : faim extrême, asthénie profonde et soudaine, tachycardie, vertiges, nausées, phase alternative d'hebétéritude ou d'excitation, crises convulsives et syncope : ou bien il apparaîtra sans prodrome ; le malade, après son insuline, s'endort et passe au coma. Le comateux aura l'air d'un dormeur, le visage bien coloré, la respiration calme. La peau sera moite et non sèche comme dans le coma diabétique. La température, la tension artérielle n'offriront rien de particulier. Les pupilles seront dilatées, sans réaction à la lumière. Il faudra noter l'abolition des réflexes cornéens et abdominaux et aussi la présence d'un Babinski en extension.

La confirmation du diagnostic viendra de la découverte de l'hypoglycémie et d'une réserve alcaline normale associées à l'absence de glucose et de corps cétoniques dans l'urine. Chez les diabétiques jeunes, la co-existence de l'hypoglycémie avec la présence de cétonurie notable compliquera la recherche d'un diagnostic différentiel exact.

Coma par insolation

Les circonstances variées de climat, de saison, et de température extérieure pourront aiguiller le médecin vers le coma à la suite de l'insolation ou coup de chaleur. Cet état sera accompagné d'hyperpyrexie jusqu'à 106°F. ou plus. Une ponction lombaire révélera un liquide clair, non purulent et avec polynucléose. C'est encore cette manœuvre exploratrice qui améliorera le plus cet état fébrile.

Coma par intoxications exogènes

a) *Opium* : Parmi les intoxications exogènes qui peuvent causer le coma, il faut toujours penser à l'opium et ses dérivés. Ces sortes d'intoxiqués se recrutent toujours dans un monde spécial. Au point de vue clinique, rappelons-nous que dans tous les empoisonnements par narcotiques, les reflexes profonds sont abolis et que le signe de Babinski est positif. Les pupilles sont en myosis, très prononcé, en « têtes d'épingles », avec respiration superficielle. La constatation de piqûres multiples sur les membres aidera à trancher le diagnostic.

b) *Barbituriques* : L'intoxication par les barbituriques est le plus souvent volontaire avec idée de suicide chez l'adulte. Les symptômes ressemblent de près à ceux de l'opium si ce n'est une respiration plus régulière, parfois un certain « rash » urticarien et le plus souvent, une absence de piqûres sur les membres. L'on a pu souvent retracer les barbituriques en cause dans le liquide céphalo-rachidien.

c) *Alcool* : L'ivrogne ivre-mort est aussi un comateux. Cependant un diagnostic étayé sur la seule odeur de l'alcool peut être la cause d'erreurs grossières. Car c'est souvent à la suite de libations trop généreuses et trop répétées que le candidat à l'hémiplégie fera son ictus cérébral. Aussi, le chirurgien, l'interne de garde devront-ils agir avec circonspection en face d'un présumé coma alcoolique avec ou sans blessure à tête. Car, s'il existe le moindre signe unilatéral, ce n'est sûrement pas un cas de coma alcoolique.

d) *Monoxide de carbone* : Dans l'empoisonnement par le monoxide de carbone, volontaire ou non, il y aura collapsus cardiaque et inconscience. La respiration sera bruyante. Un faciès vultueux avec rougeur des muqueuses sera

un signe quasi-pathognomonique. Le sang veineux apparaîtra rouge vermeil. L'examen du sang au spectroscope et l'identification de la carboxy-hémoglobine trancheront le diagnostic.

Conclusion

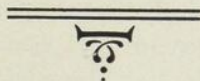
Point n'est besoin d'insister sur les difficultés que peut présenter le diagnostic des comas surtout si l'on ne peut être renseigné sur l'histoire des antécédents. De plus, il faut bien le dire, le pronostic du coma est toujours grave, sa gravité augmentant avec la durée et la profondeur du coma et diminuant dans la mesure où il est rapidement diagnostiqué et traité.

Ainsi le chirurgien s'occupera des comas consécutifs aux blessures de la tête. Les comas par hémorragies cérébrales et autres lésions vasculaires similaires bénéficieront d'un traitement purement médical à base de repos et de tranquillité absolue. Avec l'insuline, médication spécifique du coma diabétique, le comateux, jadis condamné à un exitus irrévocable verra son état désespéré, s'améliorer pour plus tard redevenir normal. Le coma urémique, malgré son sombre pronostic, pourra bénéficier d'une rémission encourageante avec un traitement approprié. Le coma insulinique se dissipera par enchantement après une rapide administration de glucose.

Peu grave en lui-même le coma post-épileptique pourra se transformer en état épileptique sérieux s'il dure trop longtemps. Dans les tumeurs cérébrales, les progrès incessants de la neuro-chirurgie améliorent un pronostic jadis fatal. Enfin dans les intoxications exogènes en général, le pronostic dépendra de la quantité de poison absorbé et comme dans tous les cas de coma, de la promptitude avec laquelle la thérapeutique précise sera instituée.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) ACHARD — « Le premier livre de Médecine » p. 245 — Paris : 1920.
- 2) V. CORDIER — « Précis de Propédeutique et de technique médicale » pp. 1227 — 1651 — Paris : 1933.
- 3) PASTEUR - VALLERY RADOT — « Pathologie médicale » — « Les néphrites » Tome V, 1932.
- 4) MARCEL LABBE — « Pathologie médicale » Maladies de la Nutrition, Tome VI, 1934.
- 5) L. RAMOND — Conférences de Clinique médicale, 2ième série, 1 -- p. 207 — 1924.
- 6) R. DANDURAND — Journal de l'Hôtel-Dieu — « Le diabète » — p. 266, no 6 — 1939.
- 7) SANILL and WARNER — System of Clinical Medecine pp. 902-912-1940.
- 8) J. KOLMER — Clinical Diagnosis by Laboratory Examination — pp. 110-331 — 1943.
- 9) LEVINSON and MacFATE — Clinical Laboratory Diagnosis — p. 181 — 1943.



LES VERTIGES

par ANDRÉ PARENTEAU

Le vertige consiste en une sensation d'étourdissement accompagnée d'une désorientation dans l'espace, ayant pour résultat un trouble de l'équilibration.

Le vertige est essentiellement un phénomène subjectif ; mais on parle de « vertige objectif » quand les objets extérieurs semblent tourner, et de « vertige subjectif » quand le patient a l'impression que c'est lui-même qui tourne dans l'espace fixe : dans les deux cas, l'équilibre est compromis, il y a tendance à tituber, ou même à tomber, si le vertige est assez violent.

C'est donc là un phénomène très différent d'un certain nombre d'incidents morbides avec lesquels on le confond par un abus fréquent de langage : syncope, lipothymie, éblouissement, absence épileptique, etc...

Etiologie

Le vertige provient par atteinte directe ou réflexe, d'un trouble de l'appareil cérébello-labyrinthique : labyrinthes et leurs nerfs, bulbe (noyau labyrinthique), cervelet, connexions bulbo-cérébelleuses et cérébro-cérébelleuses. On doit cependant faire une réserve pour le vertige oculaire, venant d'affections oculaires, de troubles de la réfraction, ou de la vision d'objets en mouvement rapide.

Notons aussi les vertiges physiologiques de la valse, du mal de mer, de l'ascenseur, qui sont labyrinthiques.

Classification étiologique

A) Vertige par atteinte *directe* de l'appareil cérébello-labyrinthique et de ses connexions.

1. *Vertige auriculaire* : maladies du labyrinthe, surtout les infections, les troubles circulatoires, les hémorragies et le traumatisme, v.g. fracture du rocher, traumatisme crânien, trépanation.

Diagnostic : Pratiquer l'examen de l'oreille externe et du tympan;

Quant au diagnostic du syndrome cérébelleux et du syndrome vestibulaire, il sera de beaucoup facilité par l'expérimentation clinique, i.e., épreuves de Weber, Rinne, Schwabach, et surtout l'épreuve calorique de Baramy. Cette dernière sera de préférence pratiquée par l'otologiste, si on n'en connaît pas parfaitement la technique et l'interprétation : prenons un exemple pratique : (4).

A la suite d'otite suppurée de l'oreille gauche, exploration de l'oreille gauche par irrigation à l'eau froide (29° à 25° C) : trois résultats possibles : a) Nystagmus latéral droit, déviation des deux bras à gauche; ni labyrinthite, ni lésion cérébelleuse.

b) Nystagmus, mais le bras gauche ne dévie pas; pas de labyrinthite, mais abcès du cervelet à gauche.

c) Ni nystagmus, ni déviation des bras : labyrinthite.

Alors on explore l'oreille droite saine : deux cas :

a) Nystagmus et déviation normale, pas d'abcès cérébelleux.

b) Nystagmus, mais le bras gauche ne dévie pas, abcès cérébelleux à gauche, pouvant accompagner la labyrinthite.

2. *Vertige labyrinthique* : toute lésion du nerf vestibulaire, spécialement les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux.

Diagnostic : Les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux présentent un ensemble de symptômes bien caractéristi-

ques qu'il n'est peut-être pas inutile de rappeler : hypertension intra-crânienne, syndrome cérébelleux; syndrome vestibulaire, hémiparalysie faciale, névralgie du trijumeau avec réflexe cornéen diminué ou aboli, du même côté; parfois hémiparésie spasmodique croisée par compression du pont.

3. *Vertige bulbaire* : Certains cas d'encéphalite épidémique et de sclérose en plaques ont pour symptôme dominant le vertige, par atteinte des noyaux vestibulaires bulbo-protubérentiels, dont le principal est le noyau de Deiters.

Diagnostic : Encéphalite épidémique : L.C.R. anormal, somnolence, défaut de convergence des globes oculaires.

Sclérose en plaques : association des syndrômes cérébelleux et pyramidal — parole scandée, nystagmus.

4. *Vertige cérébelleux* : lésions du cervelet, telles que tumeur, abcès, kyste, gomme, tubercule.

Diagnostic : syndrome cérébelleux net i.e. :

1) *Troubles statiques* : équilibre instable (astasié), tremblement et déviations statiques.

2) *Troubles kinétiques* : tremblement lors des mouvements hypermétrique, adiadococinésie, déviation (v.g. marche en étoile,) exagération des mouvements passifs.

5. *Vertige cérébral* : tumeur, abcès, kyste, ramollissement, hémorragie, lésant directement les connexions cérébro-cérébelleuses.

Diagnostic : l'examen neurologique complété par la P.L. permettra le plus souvent le diagnostic.

B) Vertige par atteinte *indirecte*.

1. *Hypertensions locales* : surtout par tumeurs de la fosse cérébrale postérieure.

Les tumeurs supra-tentorielles peuvent donner le vertige, comme toute hypertension intracrânienne.

L'hypertension locale est aussi réalisée par l'hémorragie cérébrale, les méningites.

Diagnostic : P. L.

Examen du fond de l'œil.

2. *Les troubles vasculaires* :

a) *La congestion* des cardiopathies, de l'hypertension, du surmenage intellectuel, des excès de table.

Diagnostic : Examen du cœur. P. A.

Aspect du malade.

b) *L'anémie* post-hémorragique; de la convalescence, chez les aortiques; les artério-scléreux par spasme de l'artère auditive interne, cérébelleuse ou bulbo-protubérantielle. Vertige au saut du lit, par anémie orthostatique.

Diagnostic : Cytologie sanguine, examen de l'appareil cardio-vasculaire.

3. *Toutes les infections*.

À noter, le vertige du début de la typhoïde, produit quand on asseoit le malade.

Diagnostic : Inutile d'insister sur le diagnostic de l'état infectieux.

4. *Intoxications exogènes* : digitale, ergotine, arsénic, tartre stibié, morphine, cannabis, pelletierine, quinine, salicylates, éther, chloroforme, protoxyde d'azote, nicotine, Haschisch, alcool, antimoine, cuivre, anhydre carbonique, oxyde de carbone, cocaïne, pétrole, benzine.

Diagnostic : L'anamnèse suffira souvent.

5. *Auto-intoxications*, spécialement dans l'urémie et le diabète. La dyspepsie, l'insuffisance hépatique, la crise d'anaphylaxie peuvent s'accompagner de vertige.

Diagnostic : Les analyses du sang et des urines éclaireront sur la présence de diabète ou d'urémie.

C) *Vertiges neuro-psychiques.*

Très souvent provoqués par auto-suggestion; chez les neurasthéniques, les psychasthéniques; dans l'état d'obubilation anxieuse ou vertige mental de Lasègue. Etourdissement et parfois vertige du climatère masculin. (Prados). Dans un autre ordre d'idées, le vertige des montagnes, des hauteurs.

Diagnostic: L'examen neuro-psychiatrique décèlera le fond mental particulier à ces malades.

D) *Vertige réflexe.*

Par trouble vaso-moteur, dont le point de départ peut être *proche*, comme dans la pharyngite, l'hypertrophie du bourrelet tubaire, le bouchon de cérumen, l'obstruction de la trompe d'Eustache, les maladies du nez et des sinus, en particulier, la sinusite maxillaire, le cloisonnement du pharynx nasal; ou *lointain*, comme l'estomac, par aérophagie ou absorption brusque d'un verre d'eau; l'intestin infesté de vers; la vésicule, par lithiase; et même l'utérus.

Diagnostic : Examen minutieux du malade par un otorhino-laryngologiste. Examen du système digestif.

E) *Vertige visuel.*

C'est un vertige objectif en relation avec le nystagmus.

Diagnostic : l'occlusion des yeux fait disparaître le vertige visuel et augmente le vertige vestibulaire. On le rencontre dans les diplopies, les troubles de la réfraction et de la motilité. Le concours de l'oculiste sera précieux.

F. Vertige de Ménière :

Vertige rotatoire à début brusque, parfois après un mouvement de la tête ou le passage de la position assise ou debout — accompagné de bourdonnement d'oreille et de baisse de l'audition d'un seul côté, de nausées et de vomissement.

Hypo ou inexcitabilité vestibulaire unilatérale. En plus, on observe souvent de la pâleur des sueurs froides, dunystagmus. Parfois de la diplopie, de la céphalée, de la diarrhée. Il n'y a pas de perte de connaissance, sauf bien entendu, s'il y a chute et traumatisme. Même au lit, le vertige persiste.

Dans les cas moins typiques, le bourdonnement d'oreille est bilatéral, de même que la surdité.

Les attaques paroxystiques durent de quelques heures à plusieurs jours; quant à la fréquence des attaques, l'intervalle qui sépare les crises peut varier de un jour à plusieurs mois.

D'une crise à l'autre, on note souvent une grande amélioration, mais la surdité s'accroît après chaque crise.

Le vertige et le bourdonnement d'oreille peuvent persister entre les crises.

Diagnostic : Ce syndrome est si caractéristique que l'anamnèse et l'évolution suffisent à le reconnaître.

G) Maladie de GERLIER. (Kubisagari des Japonais).

Survient en été, par temps chaud. Les sujets jeunes et vigoureux en sont surtout atteints.

Syndrome caractérisé par une attaque subite de vertige et de douleur à la nuque et au dos; la vue s'embrouille, une faiblesse progressive des muscles du cou, du tronc et des membres s'installe, la tête ne peut être maintenue

droite et le malade, pris de faiblesse, les paupières tombantes, doit se coucher.

La crise dure en moyenne dix minutes; après quoi, tout va bien, dans les cas légers; dans les cas sérieux, il persiste un certain degré de paralysie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Nouveau Traité de Médecine, dans Sémiologie nerveuse — ROGER, WIDAL, TEISSIER.
2. WECHSLER : Clinical Neurology.
3. WILSON K. : Textbook of Neurology.
4. LEVY-VALENSI : Diagnostic Neurologique.
5. FROMENT, SICARD, TINEL : Neurologie.
6. CLAUDE H. : Maladies du système nerveux.



PALPITATIONS ET EXTRA-SYSTOLES

Par Dr PIERRE MARION

Combien de gens, lors d'une consultation ou d'un examen, se plaignent d'une sensation de choc brusque dans le cœur même ou de la perception des battements de leur cœur d'une façon angoissante et parfois douloureuse à l'occasion d'une émotion, d'une peur, d'une contrariété ? Ces sensations, communément appelées palpitations, sont souvent le seul motif de la consultation. Elles doivent donc retenir notre attention. Ce sera là la meilleure preuve de notre science et de notre probité, car il est du devoir de chaque médecin de décider aussitôt que possible de la présence ou de l'absence d'une maladie de cœur organique, après qu'un individu l'a consulté. Dans bien des cas, le médecin est responsable du développement d'une névrose cardiaque, chez un individu indemne de toute lésion cardiaque organique. L'expérience de la dernière guerre nous prouve clairement qu'une foule de recrues classées comme ayant un syndrome d'effort sont des prédisposés à la névrose cardiaque, qui seraient, pour ainsi dire, dans un stade pré-névrotique.

Les palpitations existent dans le cadre de la séméiologie cardiaque subjective. Leur valeur diagnostique et pronostique dépend entièrement de l'interrogatoire, et de l'examen physique et clinique fait par le médecin. Ne pensons pas comme Potain l'a dit « que tout malade qui consulte pour des palpitations doit être exempt de maladie de cœur ».

L'interrogatoire doit nous orienter vers un état lésionnel, i.e. lié à une affection cardio-vasculaire, ou vers un état fonctionnel, i.e. simplement nerveux, lié à une dystonie neurovégétative, ou bien vers un état à la fois lésionnel et

fonctionnel. Après avoir déterminé leur apparition, leur allure, leurs formes et leurs causes il importe de préciser la nature elle-même des crises de palpitations, leur fréquence, leur durée, leur mode de début et surtout de terminaison pour ne pas les confondre avec des crises angineuses, beaucoup plus graves.

• Leur permanence nous fera penser à un état lésionnel tandis que l'intermittence, tout en n'excluant pas l'état lésionnel nous orientera vers une cause extra-cardiaque. L'allure des battements cardiaques, pendant ces crises de palpitations, nous dira si nous avons affaire à des vagotoniques, lorsque les battements seront plus forts sans être plus rapides et à des sympathico-toniques s'ils sont plus rapides sans être plus forts. Le cœur battant plus vite et plus fort, il s'agira d'amphotoniques.

Les amphotoniques à éréthisme à la fois de contraction et de fréquence accusent souvent au moment de leurs palpitations des irrégularités rythmiques que l'on appelle extra-systoles. Bien plus, ces extra-systoles sont la cause la plus commune des palpitations.

Les malades sentent que leur cœur s'arrête, qu'une boule remonte derrière le sternum, que quelque chose les serre à la gorge, qu'ils font un faux pas. Voilà toute la gamme des sensations vécues au cours de ces palpitations d'origine extra-systolique. Comment définir ces extra-systoles ? Cette sensation de choc brusque perçue au niveau du cœur même, n'est autre qu'une contraction prématurée dont l'angoisse correspond au repos compensateur qui la suit. Les anglais la nomment « premature beat ». N'oublions pas que l'apparition des palpitations est conditionnée pour une cause à déterminer, par la présence de l'éréthisme cardiaque, i.e. l'augmentation soit de l'énergie de la contraction, soit de la fréquence des contractions ou des deux à la fois.

Expérimentalement, il est assez facile de produire des extra-systoles. Les chocs d'induction, les excitations mécaniques, chimiques et physiques du myocarde constituent des méthodes efficaces et démonstratives. L'excitation du vague donne des résultats trop inconstants pour lui attribuer un rôle important. Les modifications de pression et de circulation intra-cardiaques sembleraient elles aussi avoir leur rôle à jouer. A tout cela nous pouvons ajouter une longue liste de médicaments capables de provoquer leur apparition, depuis la digitale jusqu'aux diurétiques et aux digestifs les plus divers. Beattie, Brow et Long, en stimulant l'hypothalamus postérieur, déterminent l'apparition d'extra-systoles, ce qui prouverait leur origine centrale dans beaucoup de cas.

La production d'une extra-systole suppose déjà un cœur plus irritable, en état de plus grande réceptivité, de même qu'un stimulus plus fort. Tout dépendra également du seuil d'excitation du myocarde.

Il faudra distinguer entre les extra-systoles provoquées par l'irritation directe du myocarde et celles reconnaissant une cause intrinsèque, une intoxication, et qui paraissent spontanées car on ne saurait les comparer du point de vue de leur mécanisme.

Le trajet suivi par le stimulus varie selon le siège du stimulus. Un bref rappel du système nerveux extra cardiaque va nous éclairer davantage sur le mécanisme des extra-systoles.

Les fibres accélératrices, décrites par Von Bezold en 1863 et appartenant à la chaîne lombo-thoracique du système nerveux sympathique, prennent naissance dans les cellules des cornes latérales des segments thoraciques supérieurs i.e. du premier au cinquième. Ces fibres pré-ganglionnaires vont s'unir aux ganglions sympathiques cervi-

caux, supérieur, inférieur et moyen, d'où partent des axones formant les nerfs cardiaques supérieur, inférieur et moyen bilatéraux. Ceux de droite se terminent au nœud sino-auriculaire, ceux de gauche au nœud auriculo-ventriculaire et aux faisceaux de His. Le centre accélérateur spinal est subordonné aux centres supérieurs, situés probablement dans la région hypothalamique postérieure et aussi dans les centres médullaires très probablement.

D'un autre côté, les fibres inhibitrices appartenant aux nerfs vagues. Ces fibres para-sympathiques partent d'un centre médullaire situé, d'après Miller & Bowman, dans le noyau dorsal du vague localisé dans le plancher du 4^e ventricule. Elles se mêlent aux fibres accélératrices pour former le plexus cardiaque superficiel et profond. Les fibres de droite vont se terminer autour des cellules ganglionnaires situées dans le voisinage du nœud sino-auriculaire. La stimulation du vague provoque un ralentissement dans la contraction ventriculaire et auriculaire pouvant aller jusqu'à l'arrêt complet du cœur. La stimulation des centres accélérateurs, qu'elle qu'en soit la nature, accélère le rythme des oreillettes et des ventricules tout en renforçant leurs contractions. Nous réalisons donc les deux conditions essentielles pour avoir des palpitations, une augmentation dans l'énergie de la contraction et dans sa fréquence.

Les influx nerveux parvenant aux deux centres viennent de toutes les parties du corps humain et du cœur lui-même. La stimulation viscérale au cours des interventions engendre des extra-systoles constatées à l'électro-cardiogramme. En général, nous pouvons dire que l'excitation de la partie centrale des différents nerfs périphériques comme le sciatique et autres accélère le rythme cardiaque et est susceptible de produire des extra-systoles. Comment expliquer la douleur ressentie sous forme de points, d'élançements au cours des palpitations ? La brusque distension

du myocarde serait la principale cause de cette douleur. L'influx nerveux passerait aux centres supérieurs par l'intermédiaire des nerfs cardiaques inférieurs et moyens, les ganglions cervicaux correspondants, les rameaux communicants blancs et les racines des quatre ou cinq nerfs thoraciques qui sont en rapport avec eux.

Pour résumer, nous pouvons affirmer que les extrasystoles sont dûes à une excitation du grand sympathique ou des centres médullaires et hypothalamiques.

Etiologie:

L'étiologie de ces extra-systoles est très riche et très variée, mais nous pouvons grouper toutes les causes sous trois chefs principaux.

A — Les extra-systoles en rapport avec les lésions cardiaques.

B — Les extra-systoles d'origine tonique.

C — Les extra systoles d'origine nerveuse.

A — Extra-systoles d'origine *cardiaque*. Elles se rencontrent surtout :

- 1° Dans les cardiopathies mitrales, soit sténose ou insuffisance ou maladie mitrale.
- 2° Dans l'hypertension artérielle, par surcharge ventriculaire. Il se fait une dilatation qui peut être douloureuse.
- 3° Dans les lésions aortiques, elles sont alors le cri d'alarme d'un cœur qui se distend.
- 4° Dans l'insuffisance ventriculaire droite se développant au cours de la sclérose pulmonaire chez les tuberculeux.

5° Dans les myocardites d'origine artérielle avec troubles de la circulation des artères nourricières du faisceau de His.

6° Dans toutes les affections du cœur quelles qu'elles soient. Ceci nous indique une hyperecitabilité du muscle cardiaque.

B — Les extra-systoles d'origine *toxique* — causées par :

1° Tous les excitants nerveux, tels que le thé, le café, l'alcool par abus ou par prédisposition, les provoquent.

2° Certains médicaments comme la digitale, l'ouabaïne, l'adrénaline, sans que l'on puisse savoir s'il y a intoxication ou intolérance. L'administration intraveineuse du salicylate ou du gluconate de calcium en détermine très souvent l'apparition immédiate.

3° Les toxi-infections, tels le rhumatisme, la typhoïde, la scarlatine.

4° Les troubles endocriniens, tels que le goître toxique, les troubles ovariens soit à la puberté, aux menstruations ou à la ménopause par action probable des ménotoxines dont l'existence est bien démontrée.

5° Certains cas de diabète, à cause d'une irritation nerveuse périphérique due aux troubles métaboliques.

6° L'hystérie et la neurasthénie voient les palpitations procéder par accès depuis l'adolescence jusqu'à la vieillesse.

7° L'asthénie neuro-circulatoire par hypokinémie s'accompagne principalement de palpitations.

8° Les affections gastro-intestinales et hépatiques par irritation réflexe.

C— Extra-systoles d'origine nerveuse :

- 1° Tous les troubles du pneumo-gastrique, soit par tumeurs, méningite, traumatisme, sont une cause déterminante.
- 2° D'origine réflexe, par névralgies de toutes sortes, plaies nerveuses, distension intestinales, un calcul biliaire irritant la paroi vésiculaire, un calcul rénal distendant l'urètre.

En face de cette multitude de causes, il nous faut par un questionnaire méthodique arriver à préciser l'étiologie propre à chaque cas.

Variétés d'extra-systoles :

Selon l'endroit exact où apparaissent les extra-systoles sur le tracé, nous pouvons les distinguer en :

a) Extra-systoles ventriculaires. Elles sont de beaucoup les plus fréquentes. La contraction prématurée apparaît après la contraction ventriculaire normale et la période réfractaire absolue du muscle lui-même. Aucune contraction auriculaire ne précède cette contraction, mais une longue pause la suit appelée pause compensatrice. En effet, si pendant la diastole un stimulus arrive au muscle ventriculaire pour en provoquer une contraction supplémentaire, le stimulus normal en arrivant de l'oreillette à son temps normal trouve le ventricule en état de contraction, donc en période réfractaire.

b) Extra-systoles auriculaires.

L'excitation anormale naît au niveau des oreillettes, se transmet au nœud sino-auriculaire, puis aux ventricules normalement. Donc cette contraction prématurée intéresse la contraction totale du cœur. La pause, rarement compen-

satrice, qui suit cette extra-systole est d'autant plus courte que le stimulus se rapproche du nœud sino-auriculaire.

c) Extra systoles nodales :

Les extra-systoles nodales ou atrio-ventriculaires nécessitent une contraction prématurée qui naît au nœud de Tawara et se propagent de façon à peu près simultanée à l'étage inférieur et supérieur. Si l'oreillette précède de peu le ventricule elle est supra-nodale sinon elle est infra-nodale. Parfois le synchronisme est parfait, elle est donc juxta-nodale.

Pronostic :

Les extra-systoles ne sont nullement dangereuses en elles-mêmes, même sous des apparences parfois angoissantes et impressionnantes pour le malade. Elles empoisonnent l'existence du malade et souvent engendrent la conviction d'une lésion cardiaque.

L'âge du sujet a un rôle assez important, car les extra-systoles à vingt ans n'ont pas la même signification qu'à cinquante, surtout si elles apparaissent pour la première fois, car alors il faudra faire un examen minutieux du système cardio-vasculaire.

Chez les porteurs de lésions bien définies, surtout chez les mitraux, elles sont l'indice d'une dilatation au début; dans les cas d'hypertension, elles traduisent une fatigabilité marquée du ventricule gauche à lutter contre cette résistance périphérique. Survenant au cours d'un traitement médicamenteux, elles indiquent une imprégnation toxique en plus d'une irritabilité exagérée du myocarde.

Considérant leur topographie, les extra-systoles auriculaires doivent faire craindre des troubles plus profonds, et plus sérieux que dans les cas d'extra-systoles ventriculaires — elles ont une plus grande résistance aux agents

médicamenteux. Si elles persistent longtemps et de façon successive, il faut craindre les accès de tachycardie paroxystique, et la fibrillation auriculaire.

Abstraction faite de toutes ces circonstances bien définies, nous pouvons considérer les extra-systoles comme d'aucune valeur sémeïologique précise quant aux facteurs d'inaptitude cardiaque. En supprimant l'agent toxique, le thé, le café et les excitants de quelque nature qu'ils soient, en donnant un repos physique et moral, elles disparaissent souvent.

Leur résistance à toute médication, leur constante apparition aux mêmes régions cardiaques, la même identité électrocardiographique doivent orienter nos recherches vers une lésion fonctionnelle ou une lésion anatomique extra-cardiaque. Que de cas rapportés où l'ablation d'une vésicule biliaire malade faisait cesser toute palpitation.

Quant à savoir si les extra-systoles vont persister ou disparaître, c'est là une question d'individus. Beaucoup n'en sont affectée que temporairement, chez d'autres elles persistent pendant plusieurs années. La réponse à la question ici posée doit prendre en considération le facteur connu comme étant l'agent causal et l'espoir qu'a le patient de sa disparition.

Traitement des extra-systoles.

- 1° La présence d'extra-systoles doit rarement limiter l'activité d'un sujet, sauf quand les symptômes sont fréquents et prolongés.
- 2° Quand l'examen minutieux des différents systèmes nous aura fait trouver une cause provocatrice il faudra voir à sa suppression, par exemple, le thé, le café, l'alcool, la constipation, la flatulence, les infections, les calculs biliaires ou urinaires.

- 3° Chez les nerveux, le repos associé aux barbituriques ou aux bromures, aura tôt fait de les faire disparaître.
- 4° Dans les cas rebelles, la quinidine à la dose de 2 à 5 grains, 2 à 3 fois par jour — agit très bien.
- 5° La sympathie et l'encouragement doivent être prodigués à ceux qui sont atteints de névrose cardiaque. Il faut que le médecin leur explique l'état réel de leur cœur, le mécanisme de production de ces palpitations et le peu de danger de ces palpitations.

CONCLUSION

En terminant je voudrais souligner l'importance du questionnaire et d'un examen complet et systématique de tous les organes. L'on arrivera ainsi à séparer clairement et de façon précise les désordres cardiaques fonctionnels et le malade s'en portera beaucoup mieux.

BIBLIOGRAPHIE :

1. War Medicine, 2 : 901-911, Nov. 1942.
2. Nouveau traité de médecine — Coeur et Vaisseaux.
3. Diseases of the Heart — (Sir Thomas Lewis) p. 66-67, 1943.
4. Am. J. M. Sciences — 204: 573-581, Oct. 1942.
5. Don C. Sutton — Med. Clin. N. America, pp. 47-48, jan. 1944.
6. Best and Taylor — Text book of Physiology — 3rd edition 1943.
7. A. Clerc — Les arythmies en clinique — 1935.
8. T. J. Dry — Manual of Cardiology — p. 286, 1943.
9. Illinois Medical Journal — 82: 354-358, nov. 1942.
10. Diseases of the Heart, 3rd ed. 1918 — Oxford Publication.

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

SCILLITRINE

*Médication d'Urgence
des crises*

LABORATOIRE PERRIER FRANCE

Agents généraux pour le Canada

MILLET ROUX & CIE, LIMITEE

1215 RUE ST-DENIS

MONTREAL

TRAITEMENT MAGNÉSIEN

PAR LE

TOTAL MAGNÉSIEN

Chlorure de magnésium, médicinal, déshydraté

INDICATIONS :

Manifestations arthritiques, Affections de la prostate, Asthénies, Tremblements séniles, Tumeurs bénignes, Verrues, Herpès, Acné, Eczéma, Troubles hépatiques, Constipation et Prophylaxie des Néoplasmes.

LABORATOIRES du "TOTAL MAGNÉSIEN"

24 BOULEVARD SÉBASTOPOL

PARIS, FRANCE

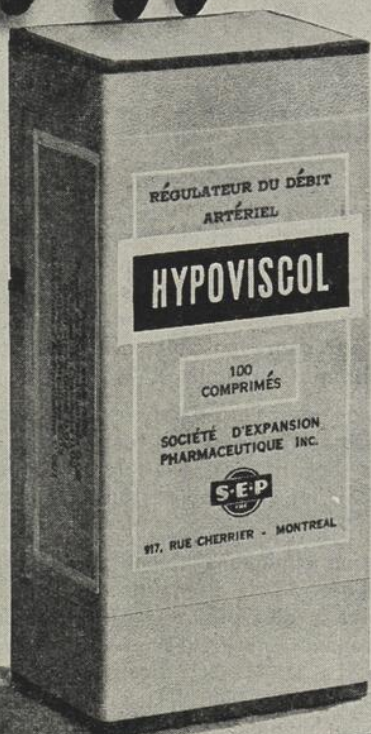
Agents généraux au Canada :

MILLET, ROUX & CIE LIMITÉE

1215, RUE ST-DENIS

MONTRÉAL

Hypoviscol



"Hypertension"

3 à 6 COMPRIMÉS PAR JOUR



SOCIÉTÉ D'EXPANSION PHARMACEUTIQUE

INCORPORÉE

680 OUEST, RUE SHERBROOKE, MONTREAL



Soutenez son moral

La femme d'âge moyen prend aujourd'hui une part active à la vie économique du pays: la tranquillité d'esprit lui est nécessaire. Les heures de travail perdues à la maison ou à l'usine ne peuvent jamais être compensées. Il importe donc de s'efforcer à maintenir le moral de la femme au plus haut degré possible, afin d'assurer une production ininterrompue.

A la ménopause, l'incapacité de concevoir importe moins à la plupart des femmes que l'indifférence à l'égard des relations sexuelles. Le moral fléchit, et entraîne parfois l'inaptitude au travail.

L'observation clinique a démontré que le dipropionate d'oestradiol, à égalité de poids, manifeste l'effet le plus prolongé parmi les substances oestrogènes naturelles produites synthétiquement. La DI-OVOCYLINE influence favorablement le psychisme: c'est un fait reconnu par la profession médicale. Son emploi aide à relever le moral chez la femme à la ménopause.

Documentation sur demande

DI-OVOCYLINE

Nom déposé

MÉDICATION OESTROGÉNIQUE MODERNE



Compagnie

C I B A

Stée.

MONTREAL

Si les services
d'un
ouvrier expert
sont nécessaires

L'ouvrier expert ne se borne pas à réparer une seule sorte de défauts. Tel est le cas de la LIPOIODINE *: elle s'emploie aussi bien à des fins de diagnostic dans certaines affections pulmonaires, en solution à 60% dans l'huile de sésame purifiée, que de thérapeutique sous forme de comprimés à 41% d'iode organique, dans l'asthme bronchique, la bronchite chronique, la syphilis tertiaire et le goitre. Le Corps médical apprécie hautement la LIPOIODINE (di-iodobrossidate d'éthyle Ciba) dans ces deux domaines.

En thérapeutique la LIPOIODINE présente le grand avantage de maintenir le sujet sous effet iodé constant.

LIPOIODINE

Pour examens radiologiques: En flacon de 10 c.c.
En thérapeutique: En tube de 20 et en flacon de
100 comprimés à 0.3 gm.

* Nom déposé



Compagnie **C I B A** *Ltée.*

MONTREAL

Les Vitamines seules ne suffisent pas.

Elles sont plus utiles associées à des sels minéraux.

BETAGEN

contient la Vitamine B. associée aux glycérophosphates alcalins, à la lécithine et l'avenine, et est une combinaison heureuse qui par l'action synergique de ses éléments constituants en fait un médicament précieux comme...

COMPOSITION

Chaque once contient:
500 U. I. de Vitamine B₁
Chlorure de Thiamine
1 mgm. de Riboflavine
avec les autres facteurs de la
Vitamine B Complexe,
B₂, B₄, B₅ et B₆
Lécithine d'oeufs 1/16 gr.
Avenine 1/30
Glycérophosphates
de Sodium 8 grs.
de Calcium 4 grs.
de Potassium 4 grs.
de Strychnine 1/60 gr.

Tonique et Aliment Nervin

RECOMMANDÉ

Pertes d'Énergie et d'appétit - Anémie
Neurasthénie - Troubles Gastro-intestinaux
et dans les cas où le système nerveux
est affaibli.

MODE D'EMPLOI

Adultes : Une cuillerée à dessert quatre fois par jour, de préférence avant les repas et le coucher. Enfants : Selon l'âge, de 1/2 cuillerée à thé à une cuillerée à dessert.

PAVERAL

*reste toujours le médicament de choix pour le traitement scientifique
de la*

COQUELUCHE

Le PAVERAL est journellement prescrit avec succès
pour les cas de coqueluche et des toux coqueluchoïdes.
Ne cause ni intolérance, ni complications.

Littérature sur demande.

Agents : LA CIE CANADA DRUG

PHARMACIENS EN GROS

857, rue Saint-Maurice, - - - Montréal



STIMULE ET RÉÉDUQUE LA FONCTION BILIAIRE
ACTION POSITIVE-DOUCE-EFFICACE

Echantillons et littérature sur demande.

ANGLO-FRENCH DRUG CIE.,

MONTREAL

iodaseptine cortial

TUBERCULOSE PULMONAIRE CHRONIQUE
100 mg. Iode - 20 mg. Cortisol

ADENOPATHIES DE L'ENFANCE
100 mg. Iode - 10 mg. Cortisol

RHUMATISMES CHRONIQUES
100 mg. Iode - 50 mg. Salicylate

SUPPRESSION DE LA DOULEUR, ALLERGIE, NIODISME NI INTOLÉRANCE

LABORATOIRES CORTIAL 15 B^{is} PASTEUR PARIS (XV^e)

RHUMATISMES AIGUS

iodaseptine salicylée UNIT

L'ACTION DE L'IODE A L'EFFET SALICYLÉ

DANS TOUTES LES GRANDES INFECTIONS AIGUES LA...

SEPTICEMINE

ENTRAÎNE UNE CHUTE DE TEMPÉRATURE SANS CHOC

NI RÉACTION

LABORATOIRES CORTIAL . 15 BOUL^e PASTEUR . PARIS

SOLUCAMPBRE

O
L
U
C
A
M
P
B
R
E

SOLUCAMPBRE

DELALANDE

Camphre en Solution aqueuse

Même Posologie, mêmes indications que

l'Huile Camphrée, sans aucun de ses inconvénients. — 3 fois plus actif

2 Formes : SOLUCAMPBRE SIMPLE
 SOLUCAMPBRE SPARTEINÉ

MILLET ROUX & CIE, LIMITÉE

1215 RUE ST-DENIS

MONTREAL

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée présente :

Le traitement symptomatique par excellence
POUR LE SOULAGEMENT IMMÉDIAT ET SOUTENU DU
RHUME DES FOINS

ASTHMAGYL

*augmente l'amplitude et la fréquence
respiratoires*

*atténue la tendance naturelle à cette
allergie particulière.*

*L'association bien ordonnée de ses divers
composants (Théophylline, Phéno-
barbital, Ephédrine, Lobélie) renfor-
cit l'action bienfaisante de chacun
et diminue l'intolérance de certains
d'entre eux.*

ASTHMAGYL

*s'emploie non seulement au cours
des attaques, mais doit même les
anticiper et les suivre pendant quel-
que temps.*

ASTHMAGYL & CÉCRINYL sont préparés sous
la surveillance et le contrôle de Charles Lau-
rin, B.A., B.Ph., Léopold Bergeron, B.A.,
B.Ph., assistant-bactériologiste, Pharmaciens,
chimistes, analystes, biochimistes, Diplômés
de l'Université de Montréal.

CÉCRINYL

Noter : L'expérience a
démontré que beau-
coup de patients trou-
vent un grand réconfort
en employant concurrem-
ment "Cécrynyl" (Vita-
mine C) à la dose quo-
tidienne de 200 à 500
mg.

(H. N. Holmes et
W. Alexander,
Science, 96 : 497,
1942.

*Asthmagyl & Cécrynyl
vous parviennent en
bouteilles de 100 - 500 -
1000 comprimés.*

Echantillons et Littéra-
ture sur demande à
Messieurs les Médecins
seulement.

CASGRAIN & CHARBONNEAU
Limitée

Spécialité du Laboratoire

NADEAU

DIGITISOL

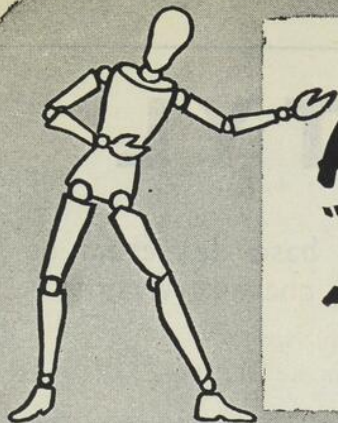
NADEAU

Solution titrée au millième
de Digitaline cristallisée,
(procédé français).



1 milligramme de
DIGITALINE CRISTALLISÉE
est contenu dans 50 gouttes
ou 1 cc. de DIGITISOL.

100 ST. PAUL O. LABORATOIRE **NADEAU** LIMITÉE MONTRÉAL, CAN.



Annonçant le "Be Forte" LIQUIDE

Reconstituant à haute teneur en vitamines du groupe B, stable, très efficace, et enrichi de vitamine D — offrant, sous forme d'une préparation liquide agréable au goût (et de coût modique), une dose thérapeutique quotidienne renfermant les vitamines du groupe B et la vitamine D.

Le BeForte LIQUIDE est miscible avec les solutions sirupeuses, tel le sirop simple, employées comme excipients de médicaments connus, comme les bromures, par exemple. On peut aussi le mêler avec le sirop Ferro-Catalytic. Un mélange, en parties égales, de BeForte LIQUIDE et de sirop Ferro-Catalytic forme une préparation de goût très agréable et qui renferme à la fois du fer et les vitamines du groupe B.

BeForte LIQUIDE

Vitamine B ₁ (chlorhydrate de thiamine)	- 3.3 mg (1100 unités)
Vitamine B ₂ (riboflavine)	- - - - - 2.0 (800 unités B.-S.)
Vitamine B ₆ (pyridoxine)	- - - - - 0.25 mg. (250 ug)
Pantothénate de calcium	- - - - - .05 mg. (500 ug)
Niacine (acide nicotinique)	- - - - - 20.0 mg.
Vitamine D	- - - - - 500 unités int.
Extrait de levure	- - - - - 200 mg.

DOSE : 1 cuillerée à thé 1 ou 2 fois par jour.

PRÉSENTATION : Bouteilles de 4, 8 et 80 onces liquides.

INDICATIONS:

Les observations cliniques indiquent qu'une médication intensive par les vitamines du groupe B a été suivie, en plusieurs cas, des plus heureux effets.

NOUVELLE FORMULE DES COMPRIMÉS DE "BeForte"

Sans que le malade ait à payer plus cher pour ce médicament, nous avons amélioré la formule-base du "BeForte" en augmentant sa teneur en riboflavine et en acide nicotinique.

BeForte
C.T. No. 360 "Frosst"

BeForte et vitamine C
C.T. No. 361 "Frosst"

BeForte et vitamine D
C.T. No. 362 "Frosst"

DOSE : de 1 à 3 comprimés par jour.

PRÉSENTATION : flacons de 30, 100 et 500 comprimés

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL CANADA



La Marque Canadienne de Produits
Pharmaceutiques de Qualité
depuis 1899.

HEMOSTYL

Du Dr Roussel

Tonique polyhormonal équilibré à base de sérum de
seconde saignée prélevé sur des chevaux vivants.

Sirop : Sang hémopoïétique total.

Ampoules buvables : Sérum hémopoïétique pur.

SULFORAZINE

Granulé effervescent

Urolytique et Antiseptique Urinaire.

Agents : J. EDDÉ Ltée • MONTRÉAL

ETHER PUR

pour Anesthésie

De la plus haute qualité
possible, telle qu'employée
par les principaux hôpitaux
à travers l'Amérique.

MALLINCKRODT CHEMICAL WORKS, LIMITED

378, RUE SAINT-PAUL OUEST
MONTRÉAL

TRAITEMENT QUOTIDIEN DES NERVEUX

Bromure dissimulé • Bouillon savoureux

Tous les symptômes nerveux

Tube digestif, coeur et vaisseaux

Appareil respiratoire et génito-urinaire

Affections nerveuses et mentales



Sédobrol "Roche"

HOFFMANN - LA ROCHE LIMITÉE, MONTRÉAL

● **Pour tout appareil à rayons X**

RADIODIAGNOSTIC
RADIOTHÉRAPIE

● **Pour tout matériel radio-photographique**

FILMS
PRODUITS CHIMIQUES

● **Pour tout instrument électro-médical**

DIATHERMIE À ONDES LONGUES OU
À ONDES COURTES
RAYONS ULTRA-VIOLETS
RAYONS INFRA-ROUGES
COURANTS GALVANIQUES ET FARADIQUES

● **Pour appareils électro-cardiographiques**

SANBORN

**CONSOLIDATED X-RAY COMPANY
LIMITED**

313 Dominion Square Building

MONTREAL

HARBOUR 3717

**"ÉLÉMENTAIRE,
mon cher
Watson!"**



Le "Calcium A" donne une prompte réponse au problème d'un apport supplémentaire de calcium. Plusieurs années d'emploi de cette préparation par la profession médicale en ont établi la valeur. Le "Calcium A" est facile à prescrire et facile à prendre.

"CALCIUM A"

Supplément diététique de
calcium et d'huile de foie de morue



Chaque capsule contient:

Phosphate bicalcique	560 mg.
Vitamine A	3500 unités int.
Vitamine D	350 unités int.

Boîtes de 40, 100 et 500 capsules

AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITÉE

Biologistes et Pharmaciens

MONTREAL, CANADA

SEIZE VILLES DU QUÉBEC SANS UN SEUL DÉCÈS PAR DIPHTÉRIE PENDANT TROIS ANS



Seize villes de la province de Québec n'ont pas eu un seul décès par diphtérie depuis trois ans. Ce sont : Drummondville, Granby, Grand'Mère, Longueuil, Lachine, Outremont, Verdun, Westmount, Saint-Hyacinthe, Trois-Rivières, Valleyfield, Hull, Lauzon, Montmagny, Saint-Jérôme et Victoriaville. La population totale de ces villes atteint 393,884 âmes.

Puissent pareils résultats obtenus grâce à l'immunisation pratiquée dans les différentes familles de ces quinze villes convaincre notre population de l'excellence de l'anatoxine et des avantages que comporte l'immunisation.

Lors du recensement de 1941, les quinze villes précitées comptaient au total 68,950 familles. Ce sont autant de foyers où la diphtérie n'a pas apporté le deuil.



Ministère de la Santé et du Bien-Etre Social

Honorable Dr J.-H.-A. PAQUETTE
ministre

JEAN GRÉGOIRE, M.D.,
sous-ministre.

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 rares 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.

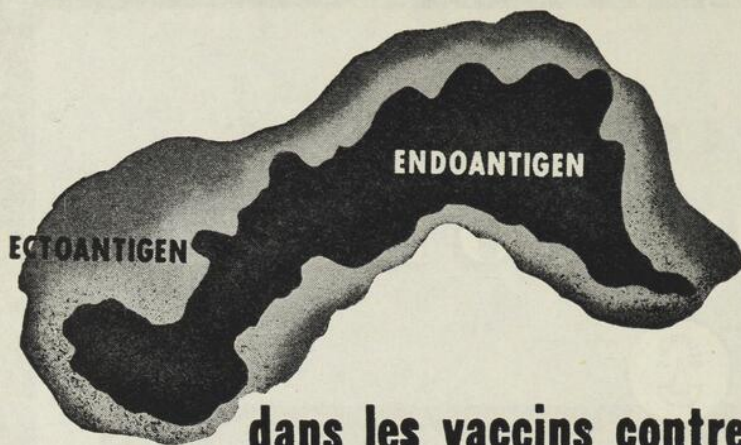
Le PRIODAX, acide β -(4-hydroxy-3, 5-diiodophényl)- α -phénylpropionique, se vend en fioles contenant chacune six comprimés. Boîtes de 1, 5 et 25 fioles.

POUR LA VICTOIRE ET L'APRÈS-GUERRE
ACHETEZ DES OBLIGATIONS DE LA VICTOIRE



SCHERING CORPORATION LIMITED
137, RUE ST-PIERRE, MONTRÉAL

IL Y A UNE DIFFÉRENCE



dans les vaccins contre le rhume

IMUVAC *

IMUVAC n'offre pas uniquement les propriétés immunisantes des bactéries entières... les endo-antigènes habituels... mais, en plus, la surface ecto-antigène soluble.

L'utilisation de l'ecto-antigène, développé par un procédé particulier de Parke Davis, offre un produit d'une plus grande puissance antigénique sans augmentation proportionnelle du contenu protéinique... dès lors, sans accroissement appréciable dans la tendance à produire des réactions.

Pour usage prophylactique : Imuvac, Oral, tablettes à enrobage entérique, assez petites pour s'avaler aisément.

Présenté en bouteilles de 20, 100 et 500.

Pour usage thérapeutique : Imuvac, parentéral, pour injections sous-cutanées et intra-musculaires. Présenté en vials de 10 cc.

PARKE, DAVIS & COMPANY

MONTREAL, QUÉ.

LES CÉPHALÉES

Par CLAUDE MONFETTE, M.D.

Il conviendrait d'ouvrir immédiatement une parenthèse et de distinguer les *céphalalgies* caractérisées par des douleurs aiguës intermittentes, des *céphalées* qui se manifestent par des douleurs sourdes et continues.

Toutefois, pour simplifier, nous traiterons simultanément des deux symptômes et nous nous servirons du seul terme '*céphalée*' au cours du présent article.

La sémiologie de la céphalée varie selon la cause et ses sujets.

Elle peut être diffuse ou localisée et dans ce cas, occipitale, frontale ou pariétale.

Parfois elle se confond avec les névralgies de la face; elle est alors sus-orbitaire ou occipitale.

Caractère de la douleur :

Elle peut être lancinante, térébrante (clous), contusive, constrictive (casque), expulsive (éclatement); elle peut s'accompagner de sensations de vide, de ballonnement, de photophobie, de rougeur ou de pâleur de la face, d'agitation ou de dépression.

Elle peut être diurne ou nocturne, continue ou paroxystique et alors réveillée par les règles, les émotions, les excès. Il ne faut point la confondre avec le rhumatisme du cuir chevelu caractérisé par des douleurs exaspérées par le plissement du front et le mouvement des mâchoires; il faut la distinguer de la migraine avec son unilatéralité, ses paroxysmes, ses troubles digestifs, oculaires (lamoitement) et visuels (scotomes).

I — La céphalée peut se manifester dans les affections localisées :

- a) aux méninges,
- b) à l'encéphale,
- c) à l'épicroâne et aux muscles,
- d) au périocrâne,
- e) dans des affections d'origine faciale.

A) *La céphalée méningée.*

Dans la méningite tuberculeuse, elle constitue un des éléments du trépied symptomatique.

Dans la méningite cérébro-spinale, la céphalée est habituellement plus fugace et associée à la rachialgie. Il est indiqué de faire la ponction lombaire.

La céphalée se rencontre dans l'hémorragie méningée sous-arachnoïdienne, chez les hypertendus.

La céphalée se rencontre dans la pachyméningite hémorragique; elle se manifeste par des douleurs localisées, exaspérées que la percussion du crâne alors que le patient ressent le ballottement d'un corps étranger dans le crâne.

Enfin, la céphalée est souvent secondaire à la ponction lombaire.

B) *La céphalée encéphalique.*

La céphalée peut se rencontrer dans les tumeurs de l'encéphale. Dans les syndromes d'hypertension intracrânienne (tumeurs, méningite séreuse, épendymite, etc).

Dans les tumeurs cérébelleuses, ou elle est souvent occipitale. Par hypertension intracrânienne avec sensation

d'éclatement comme symptôme prémonitoire d'hémorragie cérébrale.

Elle peut précéder, suivre ou remplacer les crises épileptiques.

C) *La céphalée crânienne.*

La céphalée des trépanés est souvent accompagnée de vertiges, d'insomnie, d'éblouissements, de troubles du caractère, de la mémoire.

Elle se rencontre dans l'ostéite du crâne, du rocher, en particulier, alors qu'elle est exacerbée par la pression.

D) *La céphalée péricrânienne.*

Se rencontre dans l'arthritisme, la migraine, (douleur hémifaciale, rougeur du visage, nausées, scotomes), les névralgies faciales.

E) *Les céphalées d'origine faciale.*

Elles se rencontrent surtout :

1°—Dans les maladies du naso-pharynx. De localisation frontale elles se manifestent plus particulièrement au réveil.

Il faut penser :

1—aux coryzas fréquents,

2—à l'hypertrophie des cornets,

3—aux déviations hautes de la cloison. La céphalée est ici antérieure, elle siège surtout à l'angle interne de l'œil, au plancher orbitaire, à la bosse frontale et à la région sus-orbitaire. Cette céphalée augmente à l'occasion de fatigue visuelle.

- 4—aux végétations adénoïdes infectées.
- 5—aux amygdales infectées.
- 6—aux dents infectées.
- 7—aux sinusites maxillaires et frontales (consécutives au coryza s'accompagnant de suppuration dans les méats et de cacosmie).
- 8—à la sphénoïdite qui donne surtout des douleurs occipitales.

2°—*Dans les maladies des oreilles :*

Dans l'otite moyenne dont les complications peuvent être vestibulaires, cérébelleuses, cérébrales.

3°—*Dans les maladies des yeux :*

- 1—Glaucome (pupille en mydriase, augmentation de la tension de l'oeil).
- 2—Iritis (pupilles en myosis, etc).
- 3—Dans la myopie, l'hypermétropie et l'astigmatisme. (Dans ces cas, la céphalée apparaît rarement le matin, parce que l'œil a bénéficié du repos nocturne).
- 4—Dans la céphalée ophtalmoplégique avec ptosis, strabisme, diplopie, mydriase.
- 5—Dans la rétinite albuminurique et les stases papillaires d'origine néoplasique.

II — *La céphalée peut accompagner les infections —*

a) aiguës — b) chroniques.

- a) *Aiguës* : fièvre typhoïde, scarlatine, grippe (céphalée violente, brusque avec névralgie de la face et endolorissements généralisés).

Erysipèle (dans l'érysipèle de la face, la céphalée est indépendante de la douleur de la plaque; elle atteint le cuir chevelu.

- b) *Chroniques*: 1° Syphilis (secondaire et tertiaire). Elle est aussi améliorée par le traitement spécifique. La céphalée tertiaire est en relation le plus souvent avec une réaction méningée. Elle peut être d'origine périostique ou cérébrale.

La céphalée de la syphilis tertiaire apparaît plutôt la nuit.

Enfin, la céphalée apparaît au début de la paralysie générale.

- 2° Dans la tuberculose (dans les épisodes méningés).

3° Dans l'anémie (La céphalée est persistante; elle est probablement due au besoin de nutrition et à la déficience de l'apport sanguin au cerveau.

III — *La céphalée se rencontre dans les intoxications.*

a) *Intoxications aiguës*:

1° alimentaires: alcoolisme aigu, excès alimentaires, Idiosyncrasie pour certain aliments (champignons).

2° Thérapeutiques: salicylate, théobromine, iodures, opium, balsamiques, barbituriques.

b) *Intoxications chroniques*:

1° *auto-intoxications*:

a) stercorémie,

b) Insuffisance rénale dans la forme hypertensive et azotémique,

- c) Dans l'éclampsie où avec l'épigastralgie, elles constituent un des deux symptômes prémonitoires,
- d) Dans le diabète,
- e) Dans les comas (signe précurseur),
- f) Dans la goutte,
- g) Dans l'insuffisance hépatique,
" " ovarienne,
" " thyroïdienne,
" " hypophysaire.

2° *Hétéro-intoxications :*

- 1°—Par l'oxyde de carbone (poêles, garages), (céphalée en cercle, pâleur, lipothymie, carboxyhémoglobine dans le sang).
- 2°—Mauvaise aération.
- 3°—Saturnisme.
- 4°—Sulfure de carbone, éther, alcool, chloroforme.

IV. — *La céphalée se rencontre aussi chez les cardiaques.* Trois mécanismes l'expliquent :

- 1—l'hypertension,
- 2—la congestion,
- 3—l'anémie.

V. — *La céphalée peut être réflexe.*

Elle est causée probablement par une irritation périphérique comme au cours de la menstruation et de la ménopause ou dans les maladies de l'appareil génital féminin. HEAD a décrit une sensibilité du cuir chevelu simulant la

céphalée et se rencontrant dans les irritations pathologiques des viscères innervés par le vague et le glosso-pharyngien : il donne comme explication que les zones du crâne innervées par le trijumeau et le deuxième nerf cervical reçoivent des fibres somatiques des mêmes segments nerveux que ceux à travers lesquels passent les stimuli venant par le vague et le glosso-pharyngien.

Il est à remarquer que ceux qui souffrent d'un mal organique sont reveillés par la douleur alors que les fonctionnels ne le sont presque jamais.

Parmi les céphalées psychiques, les plus fréquentes, il y a celles :

- 1°—des neurasthéniques qui présentent des douleurs en casque avec sensation de lourdeur et de vide.
- 2°—qui suivent les commotions cérébrales,
- 3°—des confusions mentales.
- 4°—des psychoses encéphalalgiques.
- 5°—des déments précoces.

BIBLIOGRAPHIE :

1. J. LEVY VALENSI : Nouveau traité de médecine, Fascicule XVIII.
2. WICHLER ISRAEL S. : A text Book of Clinical Neurology.
3. AMYOT, ROMA : La céphalée et son mystère. Union médicale LXI juillet 32, no 7.



LES LEUCORRHÉES

Par le docteur JEAN-PAUL CHOLETTE

Les troubles génitaux de la femme se manifestent par des symptômes toujours identiques mais dont les caractères particuliers sont nettement significatifs de l'étiologie des lésions et de leur intensité.

Ces symptômes constituent un syndrome décrit par Pozzi et qui comprend trois éléments: douleurs, hémorragies, pertes blanches.

Avant de discuter de la pathogénie des pertes blanches ou leucorrhée et de leur traitement, disons tout d'abord que lorsque le médecin est consulté pour ce symptôme, il doit s'informer des caractères de cette leucorrhée qui sont au nombre de cinq:

- 1—abondance,
- 2—consistance,
- 3—couleur,
- 4—fétidité,
- 5—mode d'émission.

Les pertes blanches comprennent tous les écoulements non sanguins des voies génitales de la femme, quelle qu'en soit l'origine.

On en distingue deux variétés:

L'hydrorrhée: dans certains cas d'hydrosalpinx, on peut observer parfois une émission brusque d'un liquide séreux dont l'abondance variera suivant le volume de cet hydrosalpinx; quelques fibromes utérins, surtout des fibromes en dégénérescence, donnent de l'hydrorrhée.

La leucorrhée : comprend toutes les autres variétés de pertes blanches. Les leucorrhées peuvent être ou *physiologiques* ou *pathologiques*.

Dans le groupe des leucorrhées physiologiques certaines répondent aux sécrétions hormonales et à elles seules pourraient faire l'objet d'une étude importante; mentionnons simplement les écoulements qui accompagnent l'ovulation, écoulements en général peu abondants et de courte durée (quelques heures) et ceux qui précèdent et suivent les menstruations; ils sont dus à une hypersécrétion de la muqueuse utérine et surtout des glandes cervicales; ils sont inodores et d'une consistance épaisse.

L'on peut trouver une leucorrhée d'origine psychique, chez des femmes à système nerveux particulièrement irritable, à la suite d'émotions résultant de causes variables; un état général déficient, dans l'anémie par exemple, peut être aussi à l'origine d'une leucorrhée.

Il ne faut pas oublier qu'à l'état normal, toutes les surfaces recouvertes d'un épithélium sont sécrétoires et que par conséquent les différentes portions du système génital de la femme sécrètent un mucus à caractères bien spécifiques.

Le mucus cervical a une réaction alcaline et une consistance très épaisse, tandis que le mucus vaginal a une réaction très acide dont le pH varie aux alentours de 5.; cette sécrétion acide est fortement microbicide, et de consistance plus liquide.

Quand aux leucorrhées pathologiques, elles seront causées par toute variété de vulvite, vaginite, cervicite, etc... bref, par toute infection siégeant sur un point quelconque du système génital. Nous en considérerons deux grandes classes: 1°—les leucorrhées d'origine vulvo-vaginale, 2° — les leucorrhées d'origine cervicale. En plus des

infections, il faut tenir compte des maladies soit inflammatoires, soit ulcératives, des transformations des épithéliums, enfin des causes mécaniques et statiques.

A) *Leucorrhée d'origine vulvaire et vaginale :*

Infection neisserienne :

Dans la grande classe des causes infectieuses, le gonocoque intervient comme agent causal en première ligne de compte.

Il ne faut pas négliger ces cas dus à l'infection gonococcique; elle peut engendrer des accidents extensifs à l'utérus et même au péritoine, accidents graves et ce, malgré l'avènement des sulfamidés et de la pénicilline.

L'on cite même des cas où l'extension se généralise à tout l'organisme, arthrite, endocardite, méningite à gonocoque.

Il est relativement facile de diagnostiquer une gonorrhée à sa phase aiguë; quelques jours après un contact sexuel, la malade se plaint, d'abord de gêne locale, puis de prurit intense, de sensation de brûlure, de pollakiurie avec dysurie surtout initiale.

Au tout début, l'écoulement est abondant, épais, adhérent, de coloration jaune verdâtre.

Localement, on note de la rougeur, une douleur intense à l'examen; tout l'appareil génital externe est pris: la muqueuse vulvaire et parfois même toute la portion supéro-interne des cuisses, les glandes de Bartholin et de Skeene, l'urèthre, les muqueuses vaginales et cervicales.

Au bout d'une vingtaine de jours environ, la phase aiguë fait place à la phase chronique: tous les symptômes s'atténuent, l'écoulement demeure toutefois très abondant, mais plus fluide; la muqueuse, de rouge vif et œdématisé

qu'elle était, devient d'un rouge brunâtre avec des granulations.

A part les traitements généraux usuels, on donne des sulfamidés, par exemple le sulfathiazole (dose totale de 20 grammes environ, 4 grammes par jour pendant 5 jours); on peut donner également avec des résultats peut-être plus satisfaisants, la pénicilline (dose totale de 200,000 unités et plus, à commencer par 75,000 unités les premiers jours); la pénicilline se présente sous forme de poudre jaunâtre ou brune, se dissout facilement dans du sérum isotonique salé ou glucosé, les injections se donnent par voie intra-musculaire ou par voie intra-veineuse. La première voie est à conseiller parce que l'absorption du médicament est ainsi plus lente de même que son élimination.

Il ne faut pas oublier les traitements locaux qui consistent en insufflations vaginales de poudre de sulfamidés.

Au bout de sept à huit jours, une fois la phase aiguë terminée, l'on pourra conseiller des douches constituées d'une solution acide, soit simplement avec du vinaigre (1 c. à d. par pinte d'eau) ou encore mieux avec de l'acide lactique (1 c. à thé par pinte d'eau); l'on peut prescrire également et à la même dose une poudre (dite du Dr Hingston):

huile de menthe poivrée	2 oz.
acide phénique pur	5 oz.
poudre d'alun	10 oz.
acide borique	80 oz.

Il faudrait délaissier cette coutume de prescrire l'eau de Javel et le bicarbonate de soude à cause de leur réaction alcaline. Leur action devient tout à fait antiphysiologique.

Pour reconnaître qu'une guérison est complète, il ne faudrait pas se contenter de l'examen négatif d'un frottis pratiqué au bout de quelque trois semaines de traitement;

il faudra répéter cet examen avant, pendant et après la menstruation suivante : répéter les frottis durant trois mois et ce après les menstruations. Si malgré les traitements, il persiste encore des traces de gonorrhée, il reste la pyétothérapie conjuguée ou non au traitement chimique que l'on devra toujours employer dans les cas de complication osseuse, articulaire, enfin dans tous les cas de gonococcémie.

S'agit-il de vulvo-vaginite chez les petites filles, avant la puberté, il faut encore utiliser ici, toutes proportions gardées, les mêmes traitements chimiques. Et surtout bien se garder de prescrire des douches. L'école française, contrairement à l'école américaine, a publié de nombreuses guérisons obtenues par l'emploi de produits oestrogéniques en applications locales dans ces cas.

Infection par le Trichomonas :

Le « *Trichomonas vaginalis* » est un protozoaire que l'on trouve dans le tractus génital associé au « *Micrococcus gazogenes alcalescens* ».

La source d'infection n'en est pas encore connue ; ce protozoaire vivrait dans le rectum ; l'infection pourrait se faire par contact direct, ou encore par les bains dans les endroits publics.

L'on observe encore ici tous les stades d'infection, aiguë, subaiguë, chronique, avec les mêmes signes locaux déjà énumérés par l'infection neisserienne.

Les pertes toutefois sont différentes : elles sont beaucoup plus fluides, jaunâtres, spumeuses (*Micrococcus gazogenes*).

Au spéculum, la muqueuse est très rouge avec parfois des suffusions hémorragiques.

Pour déceler le trichomonas, il faut en faire l'examen sur un frottis fraîchement prélevé. On dépose sur lame une goutte du pus recueilli, mélangé à une goutte de sérum salé isotonique. Au microscope l'on reconnaît facilement les mouvements flagellaires et ondulants de ce protozoaire.

Le trichomonas a pour effet d'alcaliniser le milieu vaginal, de là l'importance de lui redonner son acidité pour obtenir sa guérison.

On pourra alors utiliser simplement du vinaigre blanc, l'acide lactique ou la poudre du Dr Hingston.

Au début les douches doivent être répétées au moins deux fois par jour et ce pour une quinzaine environ; puis après la disparition des symptômes, au moins trois fois par semaine, pendant un mois.

L'on aura avantage à employer après chaque douche des comprimés à base d'hydrate de carbone associé à l'arsenic; (Devegan, Stovaginal).

Il est recommandé de continuer le traitement pendant les menstruations et d'interdire toute relation sexuelle, puisque même l'homme peut être infecté.

Dans les cas récalcitrants, il faut éliminer une infection vésicale que l'on peut traiter par des instillations de mercurochrome à 1%; l'infection intestinale disparaîtra à l'aide de suppositoires de « carbarsone ».

Infection par le « moniliosis vaginalis » :

On comprend dans cette catégorie les infections vaginales causées par différentes variétés de champignons ou de levures.

L'infection se fait par contact direct avec des objets souillés par ces champignons.

Outre les symptômes habituels, on peut déceler au speculum des placards blanchâtres de la grosseur d'une tête d'épingle avec de petites vésicules. Les pertes sont peu abondantes.

Ici la réaction acide du milieu vaginal est plus forte, ce qui fait que toutes les conditions de l'organisme ayant tendance à augmenter la teneur en glycogène des cellules vaginales favorisent cette variété d'infection: la gestation, l'allaitement, le diabète ou encore les relations sexuelles avec un diabétique.

On en fait le diagnostic certain par un frottis coloré au bleu de méthylène et examiné au microscope.

Comme traitement, on peut recourir à des applications de violet de gentiane à 1%, ou de teinture d'iode et à l'usage des solutions alcalines pour diminuer le degré acide du pH vaginal.

Infection par germes purulents ordinaires:

On peut mentionner le streptocoque, le staphylocoque, et le colibacille.

Ici il faut rechercher une maladie du col; par une sécrétion abondante elle détermine une diminution de l'acidité du p H vaginal et favorise l'action des microbes précités.

Il ne faut pas négliger l'examen au microscope d'un frottis qui pourra éliminer les autres causes dont nous avons déjà parlé.

On se doit alors de faire disparaître la cause cervicale s'il y en a une, de restaurer le pH vaginal, enfin, d'habituer certaines femmes à une hygiène élémentaire.

Infections spécifiques :

A cette variété appartiennent trois agents différents qui sont :

- 1) Le bacille de Ducrey.
- 2) Le tréponème pâle de Schaudinn.
- 3) le bacille de Koch.

Ces trois agents produisent des ulcérations spécifiques.

1) *Le bacille de Ducrey* : l'ulcération causée par ce bacille est appelée « chancreoïde » où mieux chancre mou.

On peut le retrouver en n'importe quel point du vagin. Les bords en sont dentelés, le centre est nécrotique, avec tout autour, un bourrelet inflammatoire rouge; en plus il y a toujours une forte réaction ganglionnaire douloureuse. La contamination se fait directement à partir d'un autre chancre mou et nécessite une érosion de la muqueuse.

Comme traitement on utilise une solution de formaline; après une anesthésie locale, on fait une application de cinq minutes environ, on lave et l'on installe un pansement gras à base de camphre à 1 ou 2%. On peut aussi utiliser les sulfamidés.

2) *Le tréponème pâle de Schaudinn* : l'ulcération est ici appelée chancre mou.

De forme arrondie ou ovale, le chancre syphilitique a une surface lisse, unie; il peut être surélevé, de couleur rouge chair; la base en est indurée et parcheminée.

Les ganglions sont durs, mobiles, indolores. Trois semaines après l'apparition du chancre et seulement après cette date, le B. W. sera positif.

Le diagnostic se fait au tout début par l'examen à l'ultra-microscope de quelques gouttes de sérosité provenant de l'ulcération.

Comme traitement local, un bon nettoyage puis l'emploi d'un antiseptique ordinaire; et l'institution immédiate du traitement général.

3) *Le bacille de Koch*: l'ulcération tuberculeuse résulte de la confluence de plusieurs petites ulcérations provenant de tubercules miliaires.

Les bords de cette ulcération sont perpendiculaires, les contours irréguliers, déchiquetés, la base d'un gris jaunâtre, mamelonné; tout autour, une zone fortement hyperhémée, criblée de tubercules.

L'historique du cas, la biopsie, l'injection au cobaye sont les seuls moyens de diagnostic.

Les rayons-X, le radium et parfois même l'extirpation chirurgicale sont les traitements préconisés à présent.

Causes mécaniques:

Les corps étrangers sont souvent causes de leucorrhée persistante; ils peuvent provoquer des ulcérations par irritation continue.

Les pessaires chez les femmes à organes prolapsés; et chez les petites filles toutes sortes de corps étrangers (épingles de sûreté, bouton, etc...) sont fréquemment responsables de cette forme de leucorrhée.

Causes humorales:

Ici on peut tenir compte des tumeurs bénignes: (fibromes vulvaires ou vaginaux, condylomes, hernies, hématomes) et malignes (carcinomes, sarcomes).

Causes statiques :

Les colpocèles, le cystocèle et le rectocèle, les hernies du Douglas peuvent également occasionner une leucorrhée parfois très abondante.

Causes endocriniennes :

Enfin avant de terminer il serait bon d'ajouter que l'on peut avoir des leucorrhées dues à une hyper ou à une hyposécrétion folliculinique.

Le premier cas se rencontre chez le nouveau-né, chez la femme enceinte ou encore chez une jeune fille au moment de la phase sécrétoire du cycle menstruel; comme traitement on peut utiliser des extraits luteiniques.

Le deuxième cas se rencontre lors de la ménopause; il est généralement accompagné de kraurosis vulvo-vaginal avec prurit intense. Les extraits oestrogéniques sont alors de précieux adjuvants.

B) Leucorrhées d'origine cervicale :

Le canal cervical est tapissé d'un épithélium cylindrique; sur toute la hauteur du canal l'épithélium vu en coupe dessine des anfractuosités qui sont les glandes cervicales. Ces glandes sécrètent un mucus à réaction alcaline dont le pH varie entre 7 et 7.5.

Lorsque l'orifice de ces glandes s'obstrue, la sécrétion continue et il se forme alors une dilatation kystique qu'on appelle oeuf de Naboth.

Cervicites aiguës :

Tous les agents microbiens dont nous avons parlé au sujet des vaginites peuvent également se fixer au niveau du col.

Il faudra alors traiter les cervicites aiguës de la même façon que les vaginites aiguës.

La localisation de beaucoup le plus fréquente chez la femme adulte pour l'infection gonococcique est certes le canal cervical; la structure glandulaire et épithéliale facilite beaucoup plus cette infection que le vagin dont l'épithélium est pavimenteux stratifié.

Cervicites chroniques:

Les infections aiguës du col feront place au bout d'un certain temps à des infections chroniques qui déterminent la formation d'érosions, de kystes, d'hypertrophie; dans les cervicites simples i.e. sans modifications importantes du col, on utilisera les douches chaudes acides, ayant pour but unique de décongestionner et de rendre le milieu vaginal plus acide et ainsi plus microbicide.

On fera avec avantage une désinfection du col; on peut appliquer aussi des tampons imbibés de glycérine; vu ses propriétés hydrophiles, elle amène un exsudat qui opère le lavage des parties infectées.

Les érosions qui sont dues au remplacement de l'épithélium pavimenteux de la surface externe du col par un épithélium cylindrique peuvent reconnaître deux causes; soit une endocervicite, soit un trouble fonctionnel endocrinien. On trouve cette deuxième variété surtout chez les vierges. Elle provient d'une stimulation folliculinique exagérée.

On contrebalance ce stimulus par des extraits lutéiniques injectés dans les quatre ou cinq derniers jours du cycle menstruel.

S'agit-il d'endocervicite, on instituera le traitement usuel, ou encore mieux l'électro-coagulation, en se servant de courants de haute fréquence.

Les érosions sont souvent accompagnées de dilatations kystiques ou d'hypertrophie simple.

Les dilatations kystiques seront traitées par la cautérisation (galvano-cautère), l'hypertrophie simple par la conisation électrique ou chirurgicale.

La conisation consiste à enlever en cône toute la portion du col malade; à cet effet on peut utiliser le bistouri électrique ou le bistouri ordinaire; autour du canal cervical on excise largement le col au niveau de l'orifice externe, très peu vers l'orifice interne (qu'il faut toujours ménager); le fragment ainsi excisé forme un cône dont la base se trouve située en dehors, le sommet en dedans.

La technique chirurgicale employée est dite de Sturmdoff.

Traumatismes :

En plus des agents infectieux et endocriniens, certains traumatismes du col peuvent déterminer des cervicites chroniques.

Les plus connus sont les traumatismes obstétricaux; à la suite de l'expulsion rapide du fœtus, entraînée surtout aujourd'hui par l'emploi abusif de la médication ocytotique, le col peut se lacérer, se déchirer; les déchirures sont généralement transversales et peuvent gagner même les paramètres.

Au spéculum, on constate facilement ces délèvements du col avec fréquemment en plus un ectropion encore appelé éversion de la muqueuse endocervicale.

Dans les déchirures étendues, il faut faire une trachelorrhaphie; dans les autres cas on peut se contenter d'une conisation.

Les cervicites et en particulier celles qui durent depuis un certain temps, donnent d'abord, et surtout, une leucorrhée abondante, des troubles à la miction ainsi que du « low back pain »; dans les deux cas il s'agit d'une réaction inflammatoire par propagation lymphatique à la vessie par l'intermédiaire du septum vésicovaginal et à la région lombo-sacrée par l'intermédiaire des ligaments utéro-sacrés.

Les malades se plaindront en outre de dysménorrhée, de stérilité et même de méno-métrorragies.

Tumeurs:

Les pertes blanches teintées de sang décèlent la présence de polypes ou de cancer (carcinome) du col.

Le polype, prolifération de la muqueuse cervicale est en général pédiculé. On l'enlève par un mouvement de torsion avec cautérisation de la base.

S'agit-il de carcinomes, les pertes sont nauséabondes; au tout début, parfois seule la biopsie nous aidera à faire le diagnostic différentiel avec les ulcérations simples, syphilitiques ou tuberculeuses: ces dernières ont des caractères distincts dont nous avons déjà parlé. Dans les cas positifs seuls, la chirurgie, quand elle est possible, ou le radium pourront être d'un secours précieux.

CONCLUSION :

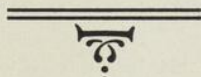
Une malade se plaint-elle de pertes blanches, il faut:

- 1) un interrogatoire complet touchant les caractères de cette leucorrhée;
- 2) un examen judicieux de l'état général;
- 3) un examen vaginal complet avec toucher et examen au spéculum;

- 4) demander les analyses de laboratoires pour l'identification microbienne.
- 5) prendre le pH à l'aide du papier de nitrazine.
- 6) pratiquer une biopsie dans tous les cas douteux.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Diseases of Women : Crossen et Crossen.
2. Leukorrea : Dr H. Schmitz, M.C.N.A.
3. Séméiologie génitale en gynécologie : Encyclopédie médico-chirurgicale, A. Lafond et M. Bonafos.
4. Essentials of Gynecology : Cooke.
5. Cervicites chroniques : P. Meunier.
6. La Syphiligraphie : A. Marin.
7. Infections du vagin : A. Chevreau et E. Oumanski.
8. Gonorrhoea in women : H. O. Morgan.
9. Gonococcal Vulvovaginitis : F. L. Alain and L. R. Hae.
10. Treatment of Chronic Cervicitis by Electrosurgey : H. O. Morgan.



BREF APERÇU SUR L'HISTOIRE DE L'ANESTHÉSIE

Par RENÉ LEBEAU, M.D.

Plus d'une personne a observé ou subi l'extraction sans douleur d'une dent cariée, cause de souffrances amères, et cela, au moyen d'une piqûre injectée dans la gencive ou d'inhalation de gaz qui vous transporte au doux pays des rêves. Ce pouvoir merveilleux de soustraire le patient à la sensibilité durant l'acte opératoire, c'est l'*anesthésie*.

Art et science à la fois, elle est très ancienne, de beaucoup plus âgée que notre vénérable Hôtel-Dieu de Montréal; elle remonte même à l'antiquité où les notions étaient toutes primitives et empiriques.

Homère, au IX^e siècle avant notre ère, parle dans son *Odyssée* d'un remède qui apaise une multitude de maux.

Hérodote (484 av. J.-C.) fait mention de l'aspiration de vapeurs de chanvre édulcorant (*Cannabis Indica*).

Galien (134 av. J.-C.) et Lucien (250 av. J.-C.) mentionnent la mandragore, solanacée du genre de la belladone.

Hugo de Luca (1250 ap. J.-C.) utilise une huile spéciale pour assoupir ses opérés.

A l'aube du XVI^e siècle, Paracelse, savant suisse, décrit la puissance magique de l'opium mêlé alors d'impuretés, résines et poudres de tout acabit: cette drogue, obtenue selon Théophraste (350 av. J.-C.) en incisant la capsule du pavot, « éteint le mal comme eau sur feu » — extinguit *morbum sicut aqua ignem* —.

En 1656, Robert Boyle, le plus grand chimiste de son époque, à la suggestion de Sir Christopher Wren, architecte de la Cathédrale Saint-Paul de Londres, endormit un

chien à l'aide d'une solution d'opiacés instillée dans une veine.

Mais la période scientifique de l'anesthésie date à peine de cent ans. Au docteur Crawford W. Long, de Georgie, aux Etats-Unis, revient, en 1842, l'honneur de la réaliser, le premier, chez l'homme, et de procurer à son patient un sommeil satisfaisant; ce chirurgien lui enlève avec succès deux petites tumeurs du cou. Et depuis 1846, l'éther qui reçut sa consécration définitive cette année-là par W. T. G. Morton et C. T. Jackson au Massachusetts General Hospital de Boston, a fait ses preuves à travers le monde entier, grâce à la simplicité de sa technique et à son excellente marge de sécurité.

Horace Wells de Hartford, E.-U., reconnaît vers 1844 le protoxyde d'azote ou gaz hilarant comme anesthésique; ce dernier découvert par Priestley en 1772, jouit d'une bonne renommée chez les dentistes à l'heure actuelle.

C'est aussi en 1844 que Koller de Vienne trouve la cocaïne, substance qui par injection locale ou régionale rend insensibles certaines parties du corps. A telles enseignes, la novocaïne, un des dérivés dont la découverte est due à H. Braun (1905) s'emploie pour enlever un « kyste » de la peau ou un gros ganglion suspect; elle peut aussi servir aux interventions majeures.

C'est en 1847 que Sir James Simpson introduit le chloroforme en Grande-Bretagne. Jusqu'à 1910, il fut l'hypnotique favori sur le continent européen. Toutefois on regarde l'usage du chloroforme pur, aujourd'hui délaissé, comme dangereux et presque synonyme d'empoisonnement.

Vers le même temps, par l'intermédiaire de Florens, le chlorure d'éthyle entre dans le monde des narcotiques. Il est destiné, en « gelant » les téguments, à ouvrir les abcès de surface; si on le respire, il provoque un sommeil rapide,

suivi bientôt d'un réveil sans encombre : sous cette forme, il s'administre dans les opérations de courte durée.

Il s'écoulera plus de trois quarts de siècle avant qu'apparaisse un nouveau somnifère : le cyclopropane, une trouvaille de Lucas et Henderson, de l'Université de Toronto (1929). Par le truchement de machines perfectionnées, il est d'un contrôle facile et précis. Doué d'une innocuité presque absolue vis-à-vis des organes essentiels comme le cœur, le foie et les reins, il occupe une place d'honneur dans le domaine de l'anesthésie générale qu'il rend en quelque sorte exempte de tout péril.

Un mot seulement pour définir l'anesthésie générale : elle est caractérisée par la suppression passagère de la sensibilité et des fonctions psychiques et motrices. Le sujet perd conscience des objets et des personnes qui l'entourent ; au début, sa volonté, son imagination et sa mémoire se troublent ; puis c'est une espèce de léthargie où tous les mouvements sont abolis, excepté ceux du cœur et de la respiration qui exigent une surveillance de chaque instant au cours de l'opération.

Enfin, je ne puis passer sous silence le benjamin des anesthésiques : le pentothal sodique. Inauguré par Lundy et Fovell à la clinique Mayo de Rochester (1934, il suscite un enthousiasme sans cesse grandissant ; il s'administre d'ordinaire dans la veine du bras ; avec lui, le contact de la réalité s'évanouit en l'espace de trente secondes, et le retour à l'état de veille s'effectue avec promptitude et sans malaise.

Ainsi l'humanité souffrante doit-elle un tribut de reconnaissance à ces pionniers dont nous venons de voir les noms. En effet, l'anesthésie permet à la médecine d'accomplir de belles œuvres. Que de vies sauvegardées ou prolongées ! Combien succomberaient d'appendicite aiguë,

d'hémorragies, d'abcès cérébral, de gangrène des membres si le bistouri indoore n'intervenait pas.

L'anesthésie aide aussi la chirurgie à guérir les tuberculeux et les estropiés, à extirper les cancers qui seraient mortels à brève échéance, à réparer les plaies de nos braves soldats qui luttent pour la civilisation. Elle soulage et même supprime, souventes fois, les peines des mères qui ont le bonheur de donner des enfants à Dieu et à la patrie.



LE RÉVÉREND FRÈRE MARIE-VICTORIN

Par ANTONIO BARBEAU

D'autres, plus compétents, ont dit ou diront le rôle considérable joué par le révérend frère Marie-Victorin en botanique et en biologie. Ces lignes ne veulent être que le modeste tribut d'un ami déjà ancien.

Marie-Victorin fut, en tous les sens du terme, un maître véritable. Sur le plan international, de multiples distinctions honorifiques et académiques ont, en ces années dernières, souligné ses mérites. Mais sa renommée auprès des savants étrangers était depuis longtemps établie. Nous nous rappelons avoir, en 1927, à Boston, assisté, en compagnie de l'ami Préfontaine, à une conférence du révérend frère devant un public de botanistes américains. Ce fut un magnifique succès, dont, à titre de canadien-français, nous nous sommes réjouis. Chez-nous, l'éminent religieux a, plus que tout autre, suscité, orienté, soutenu le renouveau d'intérêt envers la science, qui a marqué les vingt dernières années. Du haut de sa chaire universitaire, au fauteuil présidentiel de la Société canadienne d'histoire naturelle, à l'ACFAS, à la direction générale des cercles de jeunes naturalistes, par ses écrits, ses conférences, il a fait surgir des vocations, il a créé des enthousiasmes, il a soutenu les efforts vigoureux mais souvent inconstants; en un mot, il eut, dans toute notre province, d'innombrables élèves qui poursuivront dans l'avenir la trajectoire de son œuvre. Maître, il le fut surtout par l'équipe puissante qu'il a groupé autour de lui. Pendant plus de dix ans, notre laboratoire fut au rez-de-chaussée de la vieille Université de Montréal, rue St-Denis, voisin du sien. Fréquemment, nous l'avons visité. Nous avons vu, petit à petit, grandir matériellement son Institut Botanique. Nous avons vu Marie-Victorin, créer, à son image et ressemblance, dans

un esprit d'affectueuse harmonie familiale, un personnel de choix, fidèle, laborieux, étroitement uni..., inlassable, un personnel dont l'ensemble n'a guère d'égal chez-nous. Et c'est par là que l'œuvre gigantesque du maître continuera à porter des fruits.

Marie-Victorin, qui a tant aimé la nature, fut lui-même un défi lancé à la nature. C'est la maladie qui naguère sortit le jeune religieux du rang et, par distraction d'abord, puis par goût, puis par vocation particulière, le lança en botanique... Après cette première alerte, le frère Marie-Victorin a-t-il déjà joui pour un temps d'une bonne santé ? Je l'ignore. Depuis que je le connais, je sais qu'il était physiquement très touché. Le gros de son œuvre, il l'accomplit, malade, et en ces dernières années, très malade... Les randonnées sur le terrain, les voyages, l'enseignement, les publications, l'organisation d'un institut modèle à Maisonneuve, etc., etc., tout cela se poursuit quand même, en un rythme accéléré, quand même et toujours. En ce monde de névropathes, où tant de gens cherchent dans la maladie un refuge contre la vie, Victorin réalisa ce paradoxe de trouver dans la vie un refuge contre la maladie... Quel bel et rare exemple...

En voici un autre... Il existe dans l'œuvre littéraire du Révérend Frère Marie-Victorin, un conte délicieux, intitulé : « Sur le Renchaussage ». Le renchaussage, c'est, « tout contre la maison, un petit remblai de terre retenu par de fortes poutres engagées en queue d'aronde, c'est le grand atout contre le froid l'hiver ; à la belle saison, l'on y appuie où l'on y jette bien des choses, les chaudières à lait, les bidons, les outils, les bottes... » Pendant que le grand-père et les oncles parcourent les champs immenses et riches, le petit citadin de dix ans, aux mains encore blanches, sème sur le renchaussage ses espoirs d'avoine, de blé, d'orge et de sarrazin. Et les espoirs germent et pous-

sent magnifiquement... Un jour la jument affamée de Baptiste Juneau, détruit « en quatre bouchées » le travail de toute une saison...

Les années passent... Le petit gamin d'autrefois laboureur et fait fructifier désormais, au grand soleil du Bon Dieu, les vastes champs de la Science... Un accident stupide interrompt brusquement la splendide récolte...

Sur les renchaussages, qui demeurent notre lot, nous semons tous, nous aussi, nos efforts quotidiens et nos rêves, dans l'angoisse continuelle de l'imprévisible destin... Et nous semerons toujours, demain comme hier... La belle leçon de la vie de Marie-Victorin, elle est là ! Lui-même, à la fin de son conte, en exprime les motifs et le but : « Mais parce que le Christ n'a pas mis de condition à son divin précepte d'aimer les hommes, nos frères, je me suis dit :

« Malgré tout, je sèmerai encore sur le renchaussage »...

Juillet 44.



LE DOCTEUR JAMES NORMAN PETERSEN

Par ANTONIO BARBEAU

Depuis l'ouverture du service de Neurologie de l'Hôtel-Dieu, nous avons trouvé auprès de nos collègues du Montreal Neurological Institute, une collaboration précieuse et constante. Tous les membres de cette institution sœur sont devenus nos amis. Si bien que leurs joies sont nos joies, leurs peines, nos peines.

La mort vient de ravir à notre commune affection l'un des neurologistes anglo-canadiens les mieux connus : le docteur James Norman Petersen, Secrétaire-Régistrare du « Montreal Neurological », depuis sa fondation.

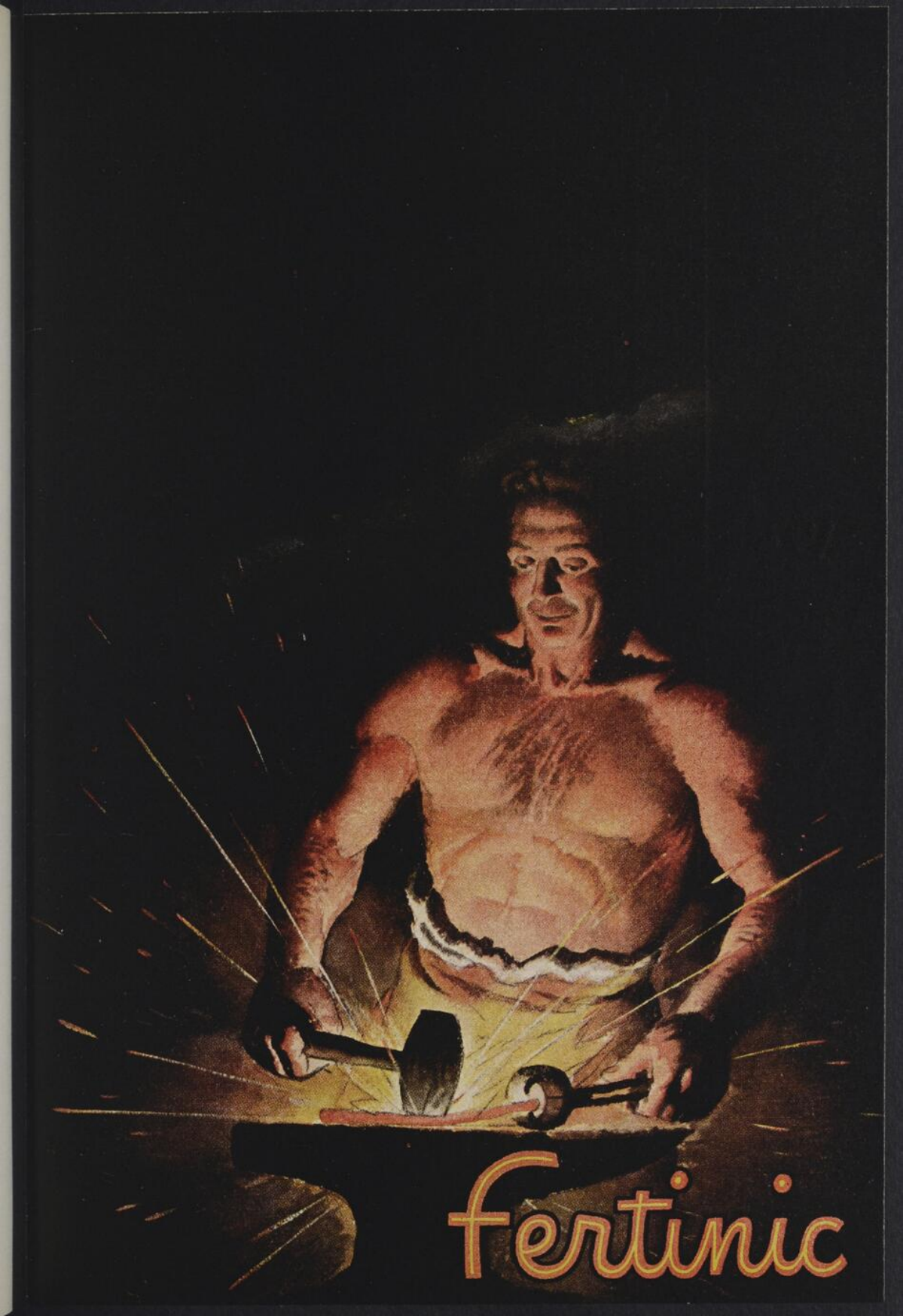
Le docteur Petersen, âgé de 45 ans au moment de sa mort, était né à Montréal. Il avait étudié successivement au Collège Loyola, à l'Université McGill, à Philadelphie, à Boston, à Londres, Munich, Amsterdam et Paris. Ses publications scientifiques sont d'une rare qualité et sa contribution au Meakins Text-Book of Medecine, contribution portant sur les maladies nerveuses, est vraiment remarquable...

Le docteur Petersen était, paraît-il, un professeur extrêmement goûté des étudiants en médecine. Ses présentations et ses remarques à la Montreal Neurological Society avaient une clarté de fond, au classicisme de forme étonnant... De même les rapports qu'il nous faisait tenir au sujet de certains malades étaient longuement pensés et rédigés.

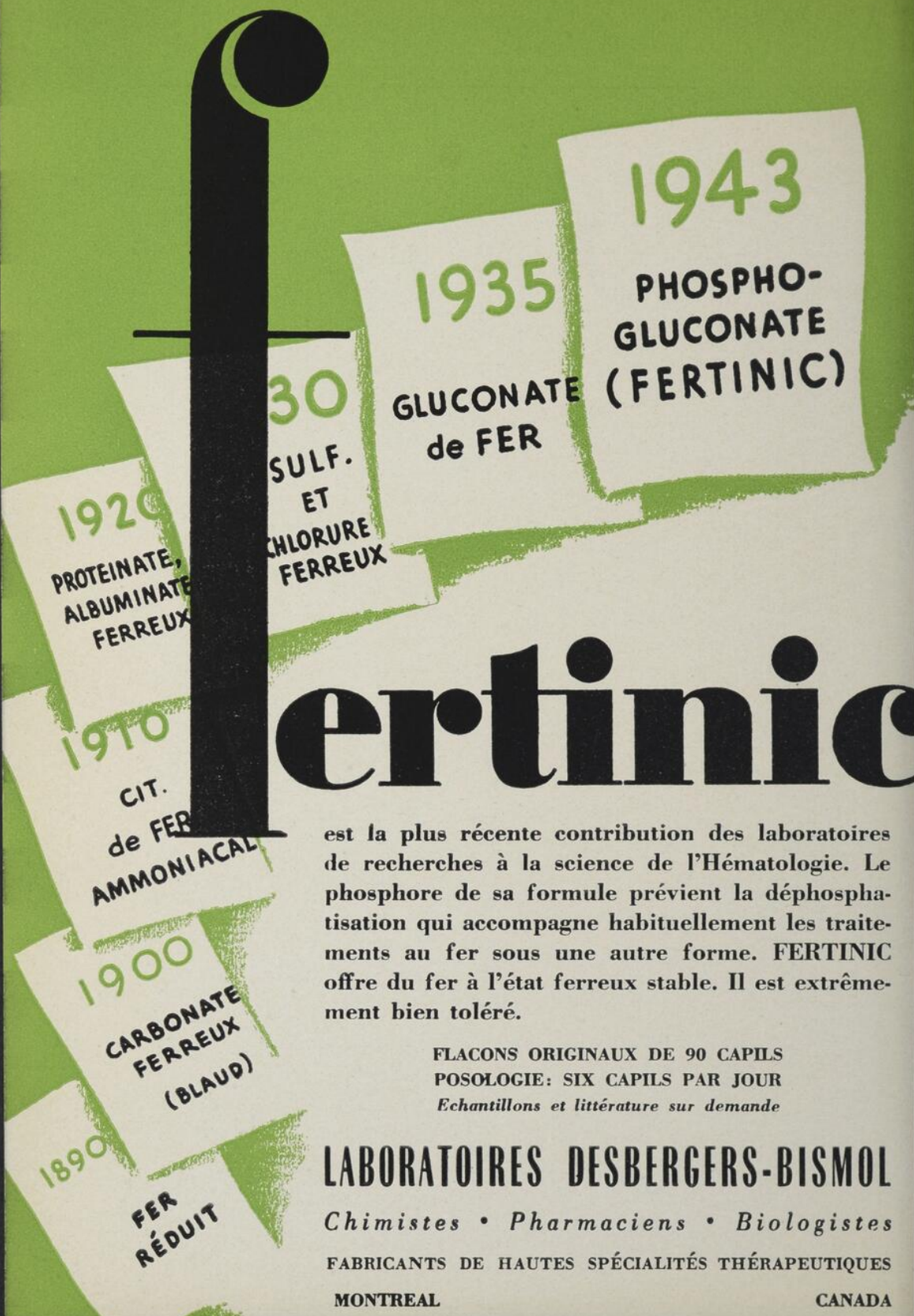
Mais ce qui caractérisa surtout le Docteur Petersen, ce fut, au cours d'une maladie longue, douloureuse, incapacitante, la continuelle courtoisie, l'affabilité d'un sourire fin et doux, la très humaine sympathie, dont il entourait jusqu'à sa mort, ses malades et ses confrères. Tous gardent de lui un souvenir ému et durable.

1er aout 1944.





Fertinac



1920

PROTEINATE,
ALBUMINATE
FERREUX

1930

SULF.
ET
CHLORURE
FERREUX

1935

GLUCONATE
de FER

1943

PHOSPHO-
GLUCONATE
(FERTINIC)

1910

CIT.
de FER
AMMONIACAL

1900

CARBONATE
FERREUX
(BLAUD)

1890

FER
RÉDUIT

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

MONTREAL

CANADA

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

Essayez L'Ohio

CYCLOPROPANE

Dans les NOUVEAUX CYLINDRES

Environ 40% plus léger, ces nouveaux cylindres réduiront considérablement les frais de transport. Ils sont expédiés dans de légères boîtes contenant un, deux ou quatre cylindres chacun.

Quand les cylindres seront vides, ils pourront être retournés dans ces mêmes boîtes, suffisamment cachetées.

Ecrivez-nous pour nos prix et pour de plus amples renseignements.

COMPAGNIE D'OXYGÈNE DU CANADA LTÉE
Succursale de l'"Ohio Chemical & Mfg. Co."

2535 ouest, rue Saint-Jacques - Montréal, Qué.

Téléphone: Willbank 1728



Savez-vous que chez

DUPUIS FRÈRES

LIMITÉE

il y a un

Technicien Orthopédiste

qui s'occupe tout particulièrement de l'ajustement des chaussures pour les pieds faibles, malades ou difformes ? Vous pouvez lui envoyer vos clients en toute confiance; car chez DUPUIS on obtient toujours satisfaction.

865 STE-CATHERINE EST

PLateau 5151

CARRIÈRE & SENÉCAL

Limitée

ÉMILE CARRIÈRE, o.o.d.

ADRIEN SENÉCAL, o.o.d.

OPTOMÉTRISTES-OPTICIENS À L'HÔTEL-DIEU

277 RUE SAINTÉ-CATHERINE EST - MONTRÉAL

Tél.: LAncaster 2211-2212

•

SPÉCIALITÉS :

Ajustement des yeux artificiels - Prescription de MM. les Oculistes
remplies avec soin.

NADEAU

SOLUTION

VITAMINES B TOTALES

NADEAU

Extraits de foie et de germe de blé, additionnés de chlorure de thiamine, de riboflavine et de niacinamide; représentant à l'once :

Vitamine B ₁	1.330 U. I.
Riboflavine	2.66 mgm.
Niacinamide	26. mgm.
Vin de Xérès q.s.	1 once.

POSOLOGIE

Une ou deux cuillerées à thé, trois fois par jour, aux repas.

LABORATOIRE **NADEAU** LIMITÉE
100 ST. PAUL O. MONTRÉAL CANADA

UN MÉLANGE LACTÉ DE VALEUR RECONNUE pour l'alimentation des bébés




Les sirops de maïs Crown Brand et Lily White sont reconnus par la profession médicale comme l'hydrate de carbone sûr et fiable pour ajouter au lait que l'on donne aux bébés.

Ces purs sirops de maïs se digèrent facilement et n'irritent pas l'intestin délicat des bébés. Les deux peuvent être ajoutés à n'importe quelle formule lactée.

SIROPS de MAIS
"CROWN BRAND"
et **"LILY WHITE"**

Fabriqués par
The CANADA STARCH COMPANY Limited
Montréal



À votre disposition

Votre banque n'est pas seulement votre caissière et la dépositaire de vos capitaux d'épargne. Elle est en état de vous rendre d'autres services. Vos occupations et vos préoccupations d'ordre professionnel ne vous laissent guère le loisir de vous documenter au jour le jour sur les questions d'affaires. Vous n'en êtes pas moins tenu, à l'occasion, de résoudre certains problèmes financiers qui mettent en jeu vos intérêts. Recourez donc avec confiance au gérant de votre banque dont les avis désintéressés vous seront souvent utiles.

BANQUE CANADIENNE NATIONALE

ACTIF TOTAL, PLUS DE \$250,000,000

514 bureaux au Canada

60 succursales à Montréal

DERNIERS DEVOIRS . . .

— Laissez-nous vous assister dans vos derniers devoirs envers ceux qui partent. Nos conseils sont basés sur l'expérience.

▲
—
SALONS MORTUAIRES
SERVICE D'AMBULANCE
—
▼

GEO. VANDELAC

FONDÉE EN 1890

LIMITÉE

G. Vandelac, Jr. - Alex. Gour



120 EST, RUE RACHEL - MONTRÉAL

BEIair 1717

Spécialité:
Responsabilité professionnelle

Voulez-vous épargner
20%
sur le coût de vos assurances



Protégez votre revenu par
l'Assurance Accident-Maladie !

GASTON RIVET

Automobile - Accident-Maladie - Etc.
Assurances Générales et Vie

266, ST-JACQUES OUEST - MONTRÉAL

Bureau: MA. 2587 - Rés.: DO. 7415

LES MEILLEURS CONTRATS AUX MEILLEURS PRIX

Demandez des détails sur nos contrats, sans obligation de votre part.

DES CENTAINES DE MÉDECINS SONT NOS CLIENTS SATISFAITS

Toutes Grosseurs
D'ANTHRACITES

"WELSH"

et

"AMERICAIN"

"SCRANTON"

'bleu'

"Le Marchand Indépendant"

F. H. Phelan

"A la Tonne ou au Char"

●
MArquette 1279

315, RUE COLBORNE

Charbons
BITUMINEUX

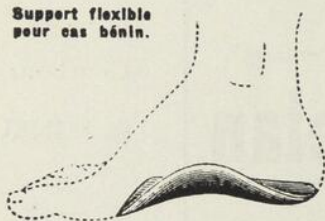
—
HUILE A
CHAUFFAGE

—
COKE

TABLE DES ANNONCEURS

Page	Page
Abbott Laboratories ... Couvert 2	Laboratoires Poulenc ... Couvert. 3
Anglo-French Drug ... XV	Mallinckrodt Chem. ... XX
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée XXXIII	Merck & Co. ... Couvert. 4
Banque Canadienne Nationale ... XXXIII	Millet, Roux et Cie ... X-XVI
Canada Drug ... XIV	Ministère de la Santé ... XXIV
Canada Starch Co. ... XXXII	Oxygène du Canada (Compagnie) ... XXX
Carrière et Sénécal ... XXXI	Parke Davis & Co. ... XXVI
Casgrain & Charbonneau ... V-XVII	Phelan, F. H. ... XXXV
Ciba (Compagnie) ... XII-XIII	Rivet, Gaston ... XXXV
Consolidated X Ray Co. ... XXII	Rougier Frères ... IX
Duckett, J.-A. ... XXXVI	Schering Corporation Limited ... XXV
Dupuis Frères ... XXX	Shuttleworth Chemical Co. Limited (The E. B.) ... VI
Eddé, J. Ltée ... XX	Soc. d'Expansion Pharmaceutique ... XI
Frosst, Charles E. & Co. ... XIX	Soc. d'Administration et de Fiducie ... II
Herdt & Charton, Inc. ... XXIX	Vandelac, Georges ... XXXIV
Hoffman-LaRoche ... XXI	Victor X Ray Corporation ... VIII
Horner, Frank W., Limited ... VII	Winthrop Chemical Company, Inc. III
Laboratoire du Bismol ... XXVII-XXVIII	Wyeth, John & Brother (Canada) Ltd. ... IV
Laboratoire Jean Olive ... II	
Laboratoire Nadeau Ltée ... I-XVIII-XXXII	

Support flexible
pour cas bénin.



Cas grave où le support
Whitman est recommandé.



PES PLANUS — PIED PLAT

Il y a toute une variété de supports plantaires fabriqués en série dont les prétendus mérites sont vantés à grand renfort de publicité. Il est douteux que ces soutiens uniformes donnent des résultats dans plus de dix pour cent des cas. Le support plantaire par excellence, recommandé par les orthopédistes, est celui que nous façonnons d'après une empreinte plâtrée du pied corrigé, sur les instructions du spécialiste. Il n'y a pas d'à peu près dans sa fabrication. Aussi, est-il très efficace et partant moins coûteux à la longue. Dans les cas graves, nous recommandons le soutien Whitman. Dans les cas ordinaires, le support Duckett, léger et flexible apportera un soulagement appréciable à votre patient.

Veuillez conseiller à vos patients de se rendre à nos bureaux sur rendez-vous de façon à ne pas faire antichambre.

J. A. DUCKETT

MEMBRES ARTIFICIELS, APPAREILS ORTHOPÉDIQUES, BANDES HERNIAIRES,
CEINTURES ABDOMINALES, SUPPORTS PLANTAIRE, ETC.

2008-2014-2020, RUE BLEURY, angle Ontario, - Téléphone: HArbour 0630 - MONTRÉAL

Imprimé chez THÉRIEN FRÈRES, LIMITÉE
494 OUEST, RUE LAGAUCHETIÈRE, MONTRÉAL



ARTHRITE RHUMATISMALE

Depuis plusieurs années, l'on porte un intérêt de plus en plus marqué à l'emploi des sels d'or pour le traitement de l'arthrite rhumatismale.

A la suite de nombreux essais cliniques, l'on reconnaît aujourd'hui l'action inhibitrice et curative des sels d'or sur les symptômes de l'arthrite rhumatismale de l'homme.

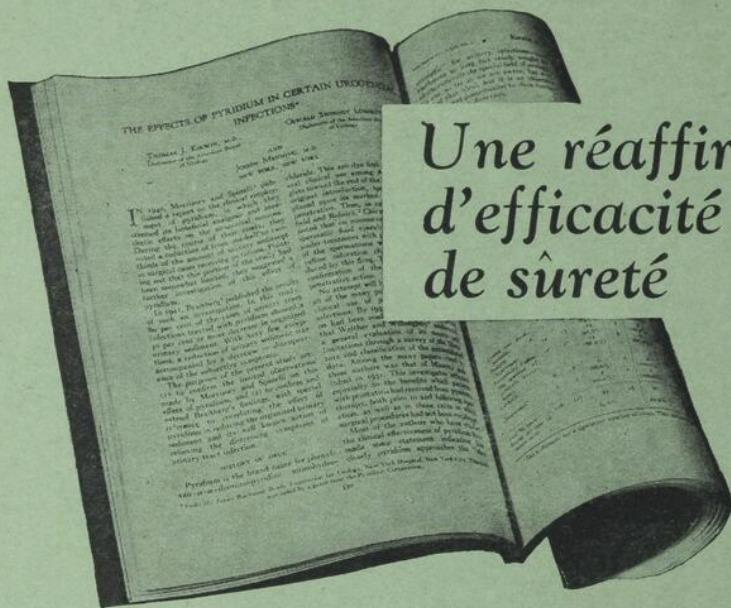
Les moyens les plus sûrs pour constater l'efficacité du traitement avec la myochryisine consiste à répéter, à de courts intervalles, le test du taux de sédimentation sanguine afin de constater l'évolution de la maladie et les effets de l'aurothérapie.



MYOCHRYISINE

Laboratoires Poulenc Frères

DU CANADA LIMITÉE - MONTRÉAL



Une réaffirmation d'efficacité et de sûreté

L'ÉTUDE soignée, faite récemment par Kirwin, Lowsley et Menning, de la Fondation Urologique James Buchanan Brady du New-York Hospital, et parue dans la livraison de décembre 1943 de l'*American Journal of Surgery*, confirme une fois de plus les nombreuses observations publiées antérieurement concernant l'efficacité clinique et la complète sûreté du Pyridium dans le traitement symptomatique des infections uro-génitales communes.

Cette étude porte sur 118 cas d'infections uro-génitales communes. Le traitement de routine par le Pyridium, pratiqué pendant deux semaines, a apporté du soulagement dans la proportion suivante: La douleur à la miction a été atténuée ou abolie dans 95,3% des cas; la sensation de brûlure à la miction a été soulagée dans 93,6% des cas; la fréquence de la miction a été très diminuée ou abolie dans 85% des cas et la nocturie a été réduite ou éliminée dans 83,7% des cas.

Le soulagement rapide des symptômes douloureux apporté par le Pyridium est extrêmement agréable au malade souffrant d'affections urinaires pénibles à supporter. Les patients traités par le Pyridium ont tellement bénéficié de cette thérapeutique qu'ils en sont reconnaissants à leur médecin.

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