

No 3

Huitième année

LE JOURNAL

... de ...

L'HOTEL-DIEU DE MONTRÉAL



MAI-JUIN

1939

DIVERSES QUANTITÉS de

CODEÏNE

Dans une formule bien connue

“ACÉTOPHEN” COMPOSÉ AVEC CODEÏNE

Comprimé No 222 “Frosst”

R ^x Acétophen	3½ gr.
Phénacétine	2½ gr.
Citrate de caféine	½ gr.
Phosphate de codéine	⅛ gr.

Le perfectionnement de cette formule remarquable, permet aux médecins de faire un choix dans la prescription de ces comprimés dont la valeur thérapeutique est incontestable.

Comprimé No 262 “Frosst”

La même formule que le comprimé No 222
(Gris)

Comprimé No 282 “Frosst”

La même formule que le comprimé No 222
avec phosphate de codéine, ¼ gr.

Comprimé No 292 “Frosst”

La même formule que le comprimé No 222
avec phosphate de codéine, ½ gr.

POUR ENFANTS

Comprimé No 273 “Frosst”

Un quart de la force du comprimé No 222
(sucré, rose)

ANTIPYRÉTIQUES

ANALGÉSQUES - ANTI-RHUMATISMAUX

Charles E. Frosst & Co.

MONTREAL

CANADA



Chimiothérapie des affections bactériennes
ASTREPTINE "MEURICE"

(SULFANILAMIDE)

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

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



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

ASTREPTINE

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



DYNACORYL

“Meurice”

(ACIDE DIETHYLAMIDE PYRIDINE β CARBONIQUE)

STIMULANT CARDIO-RESPIRATOIRE EN AMPOULES INJECTABLES ET EN GOUTTES

UNION CHIMIQUE BELGE S. A.

DIVISION PRODUITS

PHARMACEUTIQUES “MEURICE”



REPRESENTANT POUR LE CANADA:

G. GRAVET, 431, RUE DE MALINES

MONTREAL. — TELEPH. PLATEAU 7005

SOMMAIRE du No 3

Mai-juin 1939

	Pages
E.-P. GRENIER : Epithélioma primitif de la conjonctive lim- bique. Guérison après cinq ans	137
FERNAND DAZÉ et J.-E. LEMIEUX : Un cas de cholécystite chronique avec troubles nerveux fonctionnels	146
L.-J. TESSIER : Luxation spontanée du cristallin	157
LÉON LONGTIN : Nécessité et moyens de dépister les insuf- fisances hépatiques avant l'anesthésie générale et l'opération	161
ROLAND PELLERIN : L'abcès d'oreille en pratique courante	169
FERNAND DAZÉ et PAUL DUMAS : Le traitement de la leucorrhée à colibacilles	176
A. MARSOLAIS : Considérations sur l'avertine	183
PIERRE MEUNIER : Hémorragies utérines fonctionnelles et leur traitement	190
PAUL POIRIER : Le Docteur Marcel Pinard	195
Chronique	197
Livres anciens à vendre	200

Diuretab*Diurétique - Antiseptique urinaire - Décongestif**Chaque comprimé contient :*

Salicylate de Sodium et Théobromine	0.065
Huile essentielle de Santal supérieure	0.015
Huile essentielle de Cubebe	0.03
Baume Copahu	0.06
Huile essentielle de Cinnamon	0.015

*Un comprimé deux ou trois fois par jour.***LABORATOIRE NADEAU LIMITÉE**

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 - RÉGINA - EDMONTON - VANCOUVER

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



D'une EFFICACITÉ ÉPROUVÉE et d'un emploi agréable

'Dettol' est un antiseptique d'une haute efficacité germicide, dont le coefficient phénol, déterminé d'après l'Essai du Laboratoire d'Hygiène, est de 3.0; toutefois, il peut quand même être employé à des concentrations qui seraient impraticables avec des antiseptiques phénoliques et crésyliques. Il est non toxique, ne tache pas et dégage une odeur agréable. On a constaté que lorsqu'il est appliqué sur la peau à une concentration de 30%, le 'Dettol', même une fois séché, protège pendant au moins deux heures contre l'infection des streptocoques hémolytiques, à moins qu'il n'y ait contamination brutale. 'Dettol' possède une grande puissance de pénétration et se mélange aisément avec l'eau. De plus, 'Dettol' reste constant en présence du sang, du pus, des matières fécales et autres matières organiques.

Vous achetez 'Dettol' chez le pharmacien ou de votre fournisseur, en bouteilles de grandeur pratique pour les ordonnances ou en récipients de plus grande contenance pour le bureau ou l'hôpital.

Pour échantillons et tous renseignements, écrivez à Reckitts (Over Sea) Ltd., Service des produits pharmaceutiques, 1000 rue Amherst, Montréal, P. Q.



'DETTOL' *l'antiseptique moderne — non toxique*

Docteur, "Roche" vous présente la vitamine de fertilité

É P H Y N A L "ROCHE"

VITAMINE E pure, synthétique, stabilisée,
la première sur le marché

En flacons de 30 comprimés
dosés à 3 mgm. d'acétate
de dl- α -tocophérol

*Prédispositions à avorter ou
à accoucher avant terme.
Toutes avitaminoses E*

Posologie: environ 1 à 2 comprimés d'Ephynal "Roche" par jour

Littérature ou échantillons sur demande du médecin.

HOFFMANN - LA ROCHE LIMITÉE, MONTRÉAL

VITAMINES PURES

sous diverses formes et de titrage varié

pour

le bébé . . . l'enfant . . . l'adulte

L'expérience démontre que le mode d'administration des vitamines doit varier selon l'âge du sujet. Goût, consistance, volume, forme même — voilà autant d'éléments auxquels l'enfant donne plus d'importance que l'adulte.

Les vitamines Winthrop sont pures, stables, commodées à administrer.

DRISDOL * — vitamine D cristallisée, en solution de glycol propylénique. Soluble dans le lait, inodore, sans saveur, particulièrement indiqué pour les bébés.

DRISDOL ET VITAMINE A * en capsules. Les enfants l'acceptent sans regimber. Aussi pour les adultes.

BETAXIN * — vitamine B1 pure. Présentation sous diverses formes, pour tous les âges. Comprimés de dosage varié, élixir de goût agréable, ampoules et fioles pour les injections hypodermiques.

CANTAXIN * — vitamine C synthétique. Ampoules ou comprimés. Contre les déficiences caractérisées par la dénutrition, l'hémophilie et l'anémie.

BECETAX * — vitamines B1 et C. Comprimés de goût agréable, indiqués à tout âge comme complément vitaminique quantitatif.



WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Produits pharmaceutiques supérieurs à l'usage de la Faculté.

Administration et laboratoires à WINDSOR, Ontario.

Bureaux à l'usage de MM. les Médecins et Pharmaciens

IMMEUBLE "DOMINION SQUARE" - - MONTRÉAL, P. Q.

* Marque déposée au Canada et aux E.-U. d'A.

STANNOXYL

Pour le traitement de la
FURONCULOSE
et des Maladies à Staphylocoque

En flacons de 80 comprimés. Dose: 6 à 8 comprimés par jour

STANNOXYL

Également très efficace contre le

TÉNIA
Ver Solitaire

Ténia solium ou ténia saginata ou inerme

dont il assure l'expulsion en 36 où 48 heures sans purgation drastique
ni malaise.

En flacons de 80 comprimés. Dose: 6 comprimés 3 fois par jour juste avant les repas.

Dépositaire pour le Canada:

**ANGLO-FRENCH DRUG Cie., 354 est, rue Ste-Catherine
Montréal**

THÉRAPEUTIQUE
GYNÉCOLOGIQUE

STOVAGINAL

Pansement sec au "STOVARSOL"

Pour le traitement de la

LEUCORRÉE

Comprimés vaginaux renfermant 0 gr. 25 de Stovarsol,
de l'acide borique et un excipient spécial à base
d'hydrate de carbone.

— En boîtes de 20 et 100 comprimés —

LABORATOIRES POULENC FRÈRES DU CANADA, LIMITÉE
204, Place Youville — Montréal

Vous pouvez les recommander en toute confiance



Composés d'hydrates de carbone sous leur forme la plus facilement assimilable — les sirops de blé d'Inde (Maïs), "CROWN BRAND" et "LILY WHITE" servis avec le lait, constituent la nourriture la plus substantielle et la plus économique pour les bébés. Leur coût modique, leur qualité ne le cède en rien aux préparations d'hydrates de carbone les plus dispendieuses, en font la nourriture d'enfants la plus économique dont vous puissiez vous servir ou recommander.

Nombre de médecins réputés recommandent depuis des années ces deux célèbres marques, sachant qu'elles sont fabriquées dans les conditions les plus hygiéniques.



SIROPS de MAÏS **Edwardsburg "CROWN BRAND"** **et "LILY WHITE"**

Produits de THE CANADA STARCH CO. Limited - MONTREAL



2
NOUVELLES
PRÉSENTATIONS
DE
PLANTAGO OVATA

KONSYL
concentré de psyllium

KONSYLAC
konsyl + vitamine B₁
(100 unités par cuillerée à thé)

L.A.FORMULA
konsyl + dextrine + lactose

POUR LE TRAITEMENT DE LA

CONSTIPATION

BURTON. PARSONS & CO., WASHINGTON, D.C.

Une cuillerée à thé dans un verre d'eau, de lait, de jus d'orange. Mélanger et boire immédiatement avant la formation de la gelée. Une à trois doses par jour avant ou après les repas.

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

« Docteur, tout marche bien? »

Les représentants canadiens de
la Victor X-Ray Corporation :

Aux adresses que voici vous trouverez
une véritable filiale, ou un poste de
service

E. W. HOLLINGUM, Gérant

R. J. DAVIDSON

A. C. EISENACH

H. T. HAMON

G. D. HARVEY

J. T. JAMIESON

600 Medical Arts Bldg.
Montréal, P. Q.

G. A. La BELLE

Hôtel Clarendon
Québec, P. Q.

E. H. HOLLINGUM

37 Deacon St.
Halifax, N. S.

C. A. LOWATT

E. W. McNEILL

F. C. ROOTS

30 Bloor St.
Toronto, Ont.

E. FANNING

Wellington St., Apt. 8
London, Ont.

R. H. BRADLEY

221 Gladstone Ave., Apt. 3
Ottawa, Ont.

W. A. MARTIN, Gérant

G. A. MARTIN

E. J. ULMER

Medical Arts Bldg.
Winnipeg, Man.

C. A. NEIL

2326 Broad St.
Regina, Sask.

NEIL CAMPBELL

431 — 14th Ave., N. E.
Calgary, Alta.

F. C. HOLDEN

11511 — 97th St.
Edmonton, Alta.

H. T. FREDERICKSON,

Gérant

J. T. BLAIR

L. C. MARTIN

C. C. McKENZIE

570 Dunsmuir St.
Vancouver, B. C.

● Telle est la salutation que vous entendrez
très probablement si quelque représentant
de la "Victor" vous rend visite.

● De l'Atlantique au Pacifique tous nos gens
ont la même hantise: ne jamais s'entendre
dire qu'un outillage électro-médical est en
panne ou ne donne plus son plein rendement.
Ce sont des experts en *prévention*! Certes,
ils peuvent *réparer* un appareil pour vous;
mais ils préfèrent le *maintenir* en bon état.

● Il ne suffit pas d'avoir un outil parfait;
encore faut-il une bonne technique. Nos
représentants ne demandent qu'à vous ensei-
gner celles qu'ils connaissent à fond. Par
ailleurs n'oubliez pas qu'ils acceptent vos
critiques avec bonne humeur, voire même
avec joie, et se font un devoir de les trans-
mettre aux quartiers-généraux.

● C'est que, voyez-vous, les maîtres-ingé-
nieurs de l'Usine savent que *tout* ne saurait
être appris sur leurs bancs d'essai. Lorsqu'il
s'agira de transmettre vos suggestions à ses
chefs, le représentant de la "Victor" se sou-
viendra des traditions de la General Electric,
toujours avide de progrès.

● Ouvrez grande votre porte aux représen-
tants de la Victor qui sont appelés à vous
servir. Ces gens-là sont plus que de simples
vendeurs.

VICTOR X-RAY CORPORATION

of Canada, Ltd.

Distributeurs pour la General Electric X-Ray Corporation

Le Journal de l'Hôtel-Dieu de Montréal

Numéro 3

Mai-juin 1939

ÉPITHÉLIOMA PRIMITIF DE LA CONJONCTIVE LIMBIQUE

Par E.-P. GRENIER,

Chef du Service de Radiumthérapie à l'Hôtel-Dieu

Le cancer primitif du limbe est plutôt rare et assez rares aussi sont les auteurs qui en font mention.

Dans la plupart des traités sur le cancer, d'une manière générale, il n'en est pas question, pas plus que dans les travaux publiés sur la radiothérapie et la radiumthérapie. Alexandre Duane, dans « Text-Book of ophthalmology » écrit : « les tumeurs malignes de la conjonctive sont souvent secondaires étant dérivées des paupières où ces tumeurs se développent beaucoup plus souvent comme affections primaires, que sur la conjonctive. Les tumeurs malignes de la conjonctive peuvent se développer sur différents points, mais ordinairement c'est au « limbe ». »

V. Morax, dans « Le cancer de l'appareil visuel » est de la même opinion ; il dit en plus que le cancer primitif de la cornée transparente n'existe pas, mais que c'est le cancer de la conjonctive limbique qui aura empiété sur la cornée qui n'a jamais été affectée que secondairement.

SYMPTOMES CLINIQUES : — comme pour la plupart des cancers, les débuts du cancer primitif du limbe sont indolores — insidieux — et s'il siège dans l'espace décou-

vert de la muqueuse oculaire, on remarquera à peine un léger épaissement de la muqueuse rendant celle-ci moins transparente et donnant lieu à une saillie rosée infiltrée de quelques vaisseaux conjonctivaux légèrement dilatés; à ce nodule rosé comparé quelquefois à une petite fraise, succède souvent une tumeur plus large, plus colorée rappelant la forme de la framboise, sa surface paraissant formée par de petits lobes arrondis. Il faudra alors penser à la possibilité d'une néoformation pour ne pas passer outre et prendre cette lésion si rare pour un processus inflammatoire, une phytène etc. Un moyen de la reconnaître est, après avoir cocaïné, d'essayer de plisser avec une petite pince l'épaississement suspect, — on n'y parviendra pas si le cancer origine au limbe. Dans le cancer du limbe il est habituel de constater une double extension de surface vers la conjonctive bulbaire d'une part et sur la cornée d'autre part; l'extension à la cornée apparaît par l'opacification et la vulgarisation de cette membrane dont la surface devient irrégulière et perd de son brillant. La vision diminue dès que la lésion avance sur la partie centrale de la cornée. Ordinairement le cancer demeure en surface, mais quelquefois il pénètre en profondeur par les vaisseaux du limbe.

EVOLUTION: — l'épithélioma primitif du limbe progresse ordinairement très lentement, pendant des mois; même une ou plusieurs années s'écouleront entre la constatation des premiers symptômes par le patient et la consultation chez le médecin.

Le cancer est grave *localement* à cause des troubles qu'il y occasionnera telle que la difficulté ou même l'impossibilité de fermer les paupières, mais surtout par la diminution ou la perte de la vision par l'envahissement de la cornée.

Il a de grandes tendances à récidiver après exérèses ou encore à se propager par contact aux paupières par manière de greffe des cellules cancéreuses sur la conjonctive résultant des frictions si souvent répétées, et réciproquement d'ailleurs; par contre les métastases sont excessivement rares.

ETIOLOGIE: La cause réelle échappe; l'influence d'un traumatisme antérieur a été exceptionnellement rapporté, la préexistence d'un ptérygion — le trachome — on n'est pas bien fixé — ce qui peut être affirmé d'une manière certaine c'est que le cancer primitif du limbe se rencontre surtout chez les vieillards.

D'après 18 cas rapportés, 2 étaient chez des patients de moins de 40 ans, 2 entre 40 et 50, 14 après 50 ans. Il a été remarqué qu'il existait aussi souvent chez les femmes que chez les hommes.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL AVEC:

1er — *le cancer secondaire* dans le cas d'un autre cancer existant antérieurement sur un autre point de la conjonctive et s'étendant au limbe ou d'un autre cancer des paupières propagé par contact.

2e — *La pinguécule* qui est une tache jaunâtre ou blanchâtre située au voisinage du limbe d'un côté ou de l'autre de la cornée, ordinairement dans l'espace interpalpébral, légèrement saillante sur le plan scléral; elle est parfois entourée d'un réseau vasculaire et peut donner lieu à quelques phénomènes d'hyperhémie conjonctivale circonscrite; elle augmente très très lentement avec les années et n'en fait jamais d'autres.

3e — *le ptérygion*, épaissement et plissement de la conjonctive qui commence toujours à la partie interne ou

externe de la conjonctive bulbaire dans l'espace palpébral et se dirigeant en triangle vers la cornée — l'erreur n'est pas possible excepté le cas où un cancer se développerait sur un ptérygion comme sur la pinguécula d'ailleurs.

4e — *le papillome*, le papillome du limbe recouvrant partiellement ou complètement la cornée, présente un diagnostic différentiel plus difficile. Le papillome est une tumeur de teinte blanc rosé, à surface mamelonnée et de consistance molle. Quelquefois à côté des zones rosées on trouve des zones brunâtres ou noirâtres par suite d'une pigmentation hématiche. Il n'est pas rare de voir toute la cornée totalement recouverte par la néoformation, dont l'aspect rappelle la framboise blanche et dont la présence ne provoque pas d'autre trouble que la gêne visuelle. Le diagnostic macroscopique entre le papillome et l'épithéliome est aussi difficile que le diagnostic microscopique. Pour établir ce dernier, on se basera sur la disposition assez régulière des papilles et de leur revêtement épithélial, sur l'absence d'envahissement du tissu séléral ou cornéen en profondeur. La papillome peut récidiver sur place mais il ne donne jamais lieu à la formation de tumeurs à distance. Si on hésite entre papillome et épithéliome, on optera pour le premier, on en fera l'exérèse avec clivage du pan séléral ou cornéen, l'examen histologique déterminera la thérapeutique à suivre.

5e — *Kyste dermoïde*. Le kyste dermoïde de la cornée est congénital; d'ailleurs sa forme arrondie, sa teinte blanche, son aspect porcelainé en rendent le diagnostic plutôt facile. Cependant, ce dermoïde est quelquefois étendu du côté de la conjonctivite sélérale, même on en a vu d'aspect plus jaunâtre s'étendant au niveau du cul-de-sac conjonctival temporal, c'est alors le lipodermoïde constitué.

6e — *Lipodermoïde*. Méconnu dans les premières années il devient plus apparent plus tard surtout lorsque l'oeil est tourné du côté opposé où il siège.

7e — Il y a aussi le *dermo épithéliome* remarqué au cours des premières années appelé aussi épithélioma kystique ou épithélioma bénin; il ne récidive pas et ne donne pas de métastases.

8e — *Xérodema pignientosa*, affection rare, intéressant le limbe, la conjonctive ou les paupières, sur laquelle se développe souvent un épithéliome grave entraînant la mort, mais c'est une affection congénitale et familiale qui n'apparaît le plus souvent que dans la première enfance, contrairement au cancer primitif du limbe, affection du vieil âge.

BIOPSIE. — Cette délicate intervention sera donc très importante pour confirmer le diagnostic clinique à la condition qu'elle soit faite pour qu'elle puisse contenir autant que possible tous les éléments.

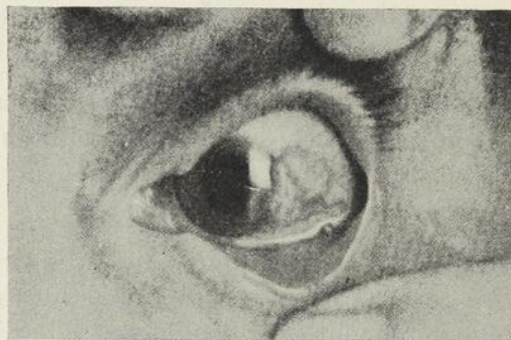
PRONOSTIC. — Si le diagnostic est fait assez tôt, d'une manière générale, le pronostic est plutôt favorable, la maladie évolue lentement et si quelquefois elle récidive, elle ne donne pas lieu à des extensions céphaliques ni à des métastases tels que, les épithéliomes glandulaires et viscéraux. Il est entendu que le pronostic sera d'autant plus favorable que le diagnostic aura été fait plus à bonne heure.

TRAITEMENT. — D'après les auteurs, si le cancer est secondaire, une exérèse aussi large que possible sera pratiquée. Si l'épithélioma du limbe est primitif la chirurgie a des droits mais surtout pour la biopsie — et d'après Regaud, l'irradiation par R. X. ou par Radium donnera de meilleurs résultats.

Dans le cas qui nous concerne, le patient M. Arthur Racine avait 72 ans quand au commencement du mois de mars 1934, il alla à l'Hôtel-Dieu de Montréal consulter feu M. le Dr P.-E. Bousquet, chef du département d'ophtalmo-

logie, pour une tumeur sur l'oeil gauche située à 3 heures dans l'espace interpalpebral et empiétant sur la cornée.

La photographie reproduite ici (v. Morax) n'est pas celle de mon patient mais elle y ressemble tellement, en moindre cependant, que j'ai cru pouvoir m'en servir pour aider à la démonstration.



Epitheliome du limbe avec tendance à l'envahissement de la cornée
chez un malade de 78 ans.

V. MORAX

Le début de la maladie remontait à deux ans; une toute petite excroissance avait alors attiré l'attention du patient mais il n'en ressentait aucune douleur et elle ne lui nuisait pas; cependant, quand il consulta M. le Dr Bousquet, il commençait à être inquiet, car la lésion de couleur rouge et de la dimension de la moitié de la phalangette du petit doigt, empêchait le patient de se fermer les paupières et la progression quoique lente lui faisait craindre de perdre la vue. En ceci, il n'y a rien d'exagéré, il n'avait que son oeil gauche malade, ayant perdu l'oeil droit d'un accident à l'âge de six ans.

L'histoire de famille ne révèle rien d'important; l'histoire antérieure, excepté la perte de son oeil droit, il n'avait jamais été malade; examen du sang négatif; analyse des urines pratiquement normale. — La biopsie fut faite par M. le Dr Bousquet en ma présence et examinée par M. le Professeur Dr Pierre Masson. En voici le rapport:

Examen histologique de huit fragments, dont le plus volumineux atteint la grosseur d'une lentille.

Tous ces fragments ont une structure à peu près identique.

Leur surface est légèrement festonnée, mais non papillaire. Ils sont formés de cordons épais, anastomotiques, de cellules malpighiennes à filaments d'union. Ces cellules sont régulières, plutôt petites, mais on voit ici et là, des éléments à noyaux plus volumineux, plus riches en chromatine, et pourvus d'un gros nucléole. Certaines cellules sont plurinucléées. Quelques-unes se kératinisent précocement en bloc, de sorte que l'on aperçoit par endroits de petites masses de kérato-hyaline parmi les cellules malpighiennes. Ailleurs, on observe des ébauches de globes cornés, ou même des globes cornés véritables. L'activité mitotique est modérée.

Le stroma est peu abondant, soit oedémateux, soit hyalin. Il est discrètement infiltré de lympho-plasmocytes.

La structure cordonale du néoplasme, la largeur des massifs épithéliaux, les globes cornés permettent de poser le diagnostic d'épithélioma.

Néoplasme d'évolution vraisemblablement lente, et de malignité restreinte.

(Pièce vue par le Professeur Masson.)

Dr J. L. Riopelle, asst. pathologiste.

Dès que les points de suture furent disparus, c'est-à-dire 5 ou 6 jours après la biopsie, d'accord avec le Dr Bousquet, je fis le traitement au radium. En voici le détail: J'ai fait l'appareil comme un pont, du front du patient à la joue au-dessus de l'oeil laissant un espace d'un centimètre entre le dessous de l'appareil et l'oeil qui restait absolument libre. Par le côté, le patient pouvait voir; par l'espace on pouvait nettoyer l'oeil au besoin sans déplacer l'appareil.

Patient: M. A. R., 72 ans, date du traitement 24 mars 1934, voici le détail de l'appareil.

Charge: 26.66 mgr. rae. — 2 tubes à 1 c. de distance l'un de l'autre.

Filtration: platine or $2\frac{1}{2}$ mm., al. $\frac{1}{5}$ mm., pâte columbia $\frac{1}{2}$ c., bois de balsa $\frac{1}{2}$ c., ouate gaze 1 c., distance 1 c., dist. 2 c. du foyer radifer à la lésion.

Intensité de rayonnement: 200 mch.

Temps d'application: 70 heures.

Doses reçues: 140 mcd. ou 1,866.20 milligrammes-heures.

Les suites du traitement furent les plus simples: pratiquement pas de conjonctivite consécutive, puis tout rentra dans l'ordre.

Le patient a aujourd'hui 77 ans, il a joui d'une très bonne santé et d'une bonne vision depuis son traitement à l'hôpital, c'est-à-dire le 24 mars 1934.

RESULTAT. — Voici le rapport du Dr Tessier, spécialiste, au département d'ophtalmologie de l'Hôtel-Dieu, qui a fait le 25 mai dernier 1939 un examen de l'appareil visuel de M. A. R., — oeil gauche « il reste une toute petite cicatrice sur la conjonctive limbique. *L'iris* est d'apparence

normale. Le *cristallin* est de la transparence d'une personne de son âge. *Le fond de l'oeil* est normal. *La vision* est de 4/10 sans correction par des verres. Le patient lit les caractères les plus fins sans verres. »

CONCLUSION. — Après un diagnostic précis, la radiumthérapie appliquée à temps et à point peut guérir l'épithélioma primitif du limbe, en prévenir la récurrence et sans laisser de séquelles.



UN CAS DE CHOLÉCYSTITE CHRONIQUE AVEC TROUBLES NERVEUX FONCTIONNELS

Par F. DAZÉ et J.-E. LEMIEUX

M. O. T., âgé de 47 ans, habite la campagne où il cultive la terre.

Il se présente à l'hôpital le 4 janvier 1937, se plaignant de céphalée temporo-occipitale droite, d'une diminution de l'acuité visuelle, d'étourdissements et de vomissements post-prandiaux accompagnés de faiblesse et d'engourdissement des membres.

Immédiatement après les repas, le patient éprouve une sensation de chaleur aux régions rétro-sternale et épigastrique. Cette sensation se propage au niveau de tout l'abdomen. En même temps, le patient éprouve une profonde asthénie dans ses membres et ces derniers deviennent engourdis.

Ces phénomènes durent de 1 à 2 heures et sont quelquefois accompagnés de vomissements.

Début brusque de tous ces troubles vers la mi-juin 1936. Depuis, notre patient a passé 5 semaines dans un autre hôpital où on lui a laissé l'impression qu'il ne s'agissait chez lui que de troubles purement fonctionnels, mais le patient, non satisfait, vient nous consulter de nouveau.

Les antécédents héréditaires de ce malade ne présentent rien de particulier :

Père: vivant, 72 ans, bonne santé.

Mère: vivante, 72 ans, bonne santé.

4 frères vivants, en bonne santé.

4 soeurs vivantes, en bonne santé.

Ses antécédents personnels sont quelque peu chargés :

- 1° Rougeole en bas âge.
- 2° Congestion pulmonaire à 9 ans.
- 3° Surdité prononcée dans le bas âge.
- 4° Epilepsie probable jusqu'à l'âge de 9 ans et à type Bravais-Jacksonnienne : Perte de connaissance, convulsions limitées au bras gauche en autant que le patient se rappelle.
- 5° Pas d'antécédents vénériens.

L'examen subjectif des différents systèmes de ce malade nous fournit les renseignements suivants :

Système nerveux :

Céphalée temporo-occipitale droite presque continue lle.

Diminution de l'acuité visuelle.

Bourdonnements d'oreilles, à droite surtout.

Etourdissements.

Troubles de l'équilibre à la suite d'un changement de position.

Modification du caractère : tristesse et légère hyperémotivité.

Système respiratoire :

Fréquentes quintes de toux la nuit depuis quelques années.

Système circulatoire:

Palpitations de temps à autre. Un peu de dyspnée à l'effort.

Vaso-constriction marquée après les repas: pâleur de la face et des membres, engourdissements et asthénie de ces derniers.

Système digestif:

Après les repas, le patient éprouve une sensation de chaleur à la région rétro-sternale ainsi qu'au creux épigastrique, sensation qui se répand au niveau de tout l'abdomen.

Pas de constipation.

Périodes alternatives d'amaigrissement et de regain de poids.

Système urinaire:

Nycturie de temps à autre.

Membres:

Rien de particulier.

Passons à l'examen objectif de notre malade:

La température varie de 97 à 98.3.

Le pouls oscille entre 70 et 80.

La respiration est habituellement de 24.

Etat général: Bon.

Faciès:

Déprimé, anxieux.

Yeux:

Egalité pupillaire.

Réactions normales des pupilles à la lumière et accommodation.

Mobilité oculaire normale.

L'acuité visuelle est satisfaisante.

Pas d'hémianopsie.

Nystagmus dans le regard latéral, tantôt plus marqué vers la droite, tantôt vers la gauche; nystagmus d'ailleurs épuisable.

Le fond de l'oeil est normal.

Nez:

Déviation légère de la cloison nasale.

Perméabilité bilatérale satisfaisante.

Oreilles:

Catarrhe tubaire et otosclérose double.

Bouche:

Langue normale.

Dents: tartre dentaire, carie d'une molaire.

Amygdalite cryptique chronique.

Cou:

Rien de particulier, pas d'hypertrophie de la thyroïde ni d'adénopathie.

Thorax:

Lipome du volume d'une moitié d'orange au niveau du bord axillaire de l'omoplate droite.

Poumons:

Murmure vésiculaire normal des deux plages pulmonaires.

Coeur:

Rythme régulier.

La pointe bat dans le 5ième espace, un peu en dedans de la ligne mamelonnaire.

L'inspection, la palpation et l'auscultation ne révèlent rien de particulier.

La tension artérielle est de 145/75.

Abdomen:

Cicatrice d'appendicectomie.

Pas de voussure.

Pas de matité des flancs.

Pas d'hypersonorité de l'espace de Traube.

Le foie ne dépasse pas le rebord costal.

La rate n'est pas perceptible.

Le point vésiculaire est tantôt muet, tantôt légèrement douloureux.

Aucun autre point douloureux, même à la palpation profonde.

Les réflexes cutanés abdominaux supérieurs, moyens et inférieurs sont vifs et symétriques ainsi que les réflexes crémastériens.

Membres:

Pas de déformation.

Pas de troubles trophiques.

Les réflexes tendineux (olécraniens, radio-fléchisseurs, cubito-pronateurs, rotuliens, achilléens) sont vifs mais symétriques.

Les réflexes plantaires se font en flexion.

Pas de troubles des sensibilités.

Pas de troubles cérébelleux.

Moiteur des extrémités.

Voici les renseignements que nous fournit le laboratoire :

B. W. du sang : Négatif.

Azotémie : 0 gr. 400.

Urines : Traces légères d'albumine.

<i>Numération globulaire</i>	<i>Formule leucocytaire</i>
Globules rouges 5486965	Polynucléaires
Hémoglobine 68%	neutrophiles 60%
Valeur globulaire 0.51	éosinophiles 3%
Globules blancs 13135	basophiles 1%
Globulins normaux	Lymphocytes 35%
	Grandes mononucléaire 1%
	Absence d'éléments pathologiques.

Quel diagnostic allons-nous poser chez notre malade ?

A mon avis, nous avons un diagnostic différentiel à faire entre :

- 1° Tumeur cérébrale.
- 2° Sclérose en plaques.
- 3° Syphilis nerveuse.

4° Troubles fonctionnels.

5° Cholécystite chronique.

En effet notre patient présente un ensemble de troubles digestifs et nerveux que l'observation et différents examens de laboratoire nous permettront de dissocier.

S'agit-il de tumeur cérébrale?

L'examen objectif ne présente rien d'organique au point de vue nerveux ; il n'y a pas de troubles de la motilité ni des différentes sensibilités. Les réflexes tendineux sont vifs mais symétriques. Objectivement il y a bien un nystagmus mais nystagmus épuisable avons-nous dit.

Subjectivement, il y a bien chez notre malade :

- 1° Une céphalée localisée à la région temporo-occipitale droite.
- 2° Une diminution de l'acuité visuelle.
- 3° De la surdité à droite.
- 4° Histoire d'épilepsie Bravais-Jacksonnienne dans ses antécédents personnels.
- 5° Histoire de vomissements quelque peu suspecte.

Mais objectivement :

- 1° L'acuité visuelle est satisfaisante et le fond de l'oeil est normal.
- 2° La surdité à droite s'explique bien par de l'otosclérose double qui serait peut-être plus marquée à droite.
- 3° L'histoire épileptique ne peut être contrôlée.
- 4° Les vomissements peuvent être incriminés à une vésicule suspecte comme nous verrons plus loin.

5° Quant à la céphalée, elle demeure un symptôme subjectif.

De plus, l'épreuve de la ponction lombaire et celle de Queckenstedt-Stookey sont tout à fait négatives.

L'examen du liquide céphalo-rachidien est tout à fait négatif.

Lymphocytose

Glygorachie : 0.58.

Albuminorachie : traces.

B. W. : négatif.

Réaction à la globuline

“ à l'or colloïdal

“ au benjoin colloïdal

} négatives

La radiographie du crâne ne révèle rien de particulier si ce n'est que le crâne dans son ensemble est un peu plus gros que normalement. Pas de déformation de la selle turcique.

Donc pour toutes ces raisons nous pouvons éliminer le diagnostic de tumeur cérébrale auquel on pouvait quelque peu s'arrêter après l'examen subjectif de notre malade.

S'agirait-il de sclérose en plaques?

Le nystagmus peut à première vue attirer notre attention de ce côté, mais rappelons-nous qu'il s'agit chez notre patient d'un nystagmus épuisable, donc sans plus de valeur objective que des réflexes tendineux vifs.

De plus nous ne trouvons chez notre malade aucun des symptômes principaux de la sclérose en plaques, c'est-à-dire :

1° Paraplégie spasmodique.

2° Nystagmus.

3° Parole scandée.

4° Tremblement intentionnel.

5° Clonus du pied, de la rotule.

Et de plus le liquide céphalo-rachidien ne révèle pas les courbes positives au benjoin et à l'or colloïdaux ; ce que l'on trouve assez souvent dans la sclérose en plaques alors que le B. W. du liquide est négatif.

Donc nous pouvons éliminer le diagnostic de sclérose en plaques.

Pouvons-nous penser à la syphilis nerveuse?

Chez notre patient nous ne pouvons retracer aucun antécédent vénérien et les examens sérologiques tant du sang que du liquide céphalo-rachidien sont tout à fait négatifs.

Donc il ne peut s'agir de syphilis nerveuse.

Passons aux diagnostics positifs que nous avons posés chez notre malade.

En effet, nous avons conclu à une cholécystite chronique à laquelle se trouvent surajoutés quelques troubles purement fonctionnels.

Durant son séjour à l'hôpital notre patient accusa fréquemment des douleurs post-prendiales au creux épigastrique et présenta même à différentes reprises quelques vomissements alimentaires et bilieux.

La présence d'un ulcus ou d'un néo pouvaient-ils être responsables de ces derniers troubles ainsi que de l'amaigrissement récent de notre malade?

Un examen radiologique du tube digestif par repas baryté nous révèle une rétention de 50% mais rien de plus : aucune déformation à noter.

Au cours de ces crises douloureuses, le point vésiculaire se montre plus douloureux qu'à l'ordinaire et la douleur quoique légère a tendance à s'irradier au niveau de l'épaule droite et à la région inter-scapulaire.

La radiographie de la vésicule biliaire par l'épreuve au tétraiode nous renseigne à ce sujet : en effet, la vésicule ne s'est pas montrée en dépit d'une bonne absorption du tétraiode ; donc nous pouvons conclure que cette vésicule est pour le moins suspecte et responsable des troubles digestifs présentés par notre malade.

Donc le diagnostic de cholécystite chronique est confirmé.

Maintenant, notre malade se plaint de céphalée presque continuelle, cette dernière cependant ne semble pas l'incommoder beaucoup et d'ailleurs il ne s'en plaint qu'à la visite du médecin, alors qu'entre temps il circule et semble tout à fait à son aise.

Le nystagmus épuisable, les réflexes tendineux vifs ne trahissent-ils pas une hyperexcitabilité du système nerveux. Aussi conclure que tous ces troubles sont purement fonctionnels n'est certainement pas une erreur de diagnostic.

Quel traitement allons-nous instituer chez ce malade?

Y a-t-il lieu de pratiquer une cholécystectomie ? A mon avis, non, car les troubles sont loin d'être aigus et rien ne contre-indique un traitement purement médical, traitement palliatif mais tout de même suffisant pour éviter la production de crises aiguës.

A ce traitement, on pourra associer des sédatifs nervins tels que le gardénal à doses filées, les bromures, etc., afin de diminuer l'hyper-excitabilité de son système nerveux.

Aussi lui avons-nous conseillé d'éviter les repas trop abondants, les graisses, les sauces, les fritures, les oeufs, les viandes grasses, viscères, les choux, les champignons et le vin.

Nous lui permettons les pommes de terre, les pâtes alimentaires, le pain, le riz, la viande maigre, les légumes, les fruits, le sucre et le lait écrémé.

Nous lui conseillons fortement de prendre régulièrement de l'huile d'olive, de l'eau de Vichy le matin à jeun et de temps à autre une dose purgative de sulfate de soude.



LUXATION SPONTANÉE DU CRISTALLIN¹

Par L.-J. TESSIER,

Assistant à la clinique d'Ophthalgo-Oto-Rhino-Laryngologie
de l'Hôtel-Dieu.

Je présente d'abord un résumé de ce qu'en pensent divers auteurs, et le rapport d'un cas.

Les luxations spontanées ont leur cause dans le ramollissement et le détachement graduel de la zonule. Alors le cristallin obéissant à la pesanteur, descend lentement et finit par tomber dans le corps vitré. L'atrophie de la zonule se développe par suite de la liquéfaction du corps vitré, particulièrement dans la myopie élevée, la choroïdite et le décollement de la rétine. La rétraction d'une cataracte trop mûre, elle aussi, est en état d'exercer une traction sur la zonule, d'en provoquer l'atrophie, et de donner ainsi lieu à la luxation du cristallin.

De cette manière, l'acuité visuelle, abolie par la cataracte peut être rétablie sans opération, car dans quelques cas, le cristallin luxé dans le vitré est parfaitement toléré d'une manière permanente et même quelques fois, il disparaît tout à fait par résorption; le sujet a alors une bonne acuité en se servant d'un verre pour opérés de cataracte.

Dans les cas où la luxation du cristallin, en dehors des troubles visuels n'entraîne aucune suite funeste, le traitement de cette affection consiste dans la prescription de verres appropriés. Cependant dans la majorité des cas, le déplacement donne lieu aux symptômes de l'iridocyclite ou du glaucôme secondaire, et alors il faut procéder à l'extraction de la lentille.

¹ Cas présenté à la réunion de la Montreal Ophthalmological Society, tenue à l'Hôtel-Dieu, le 13 avril 1939.

Un cristallin complètement détaché et luxé dans la chambre antérieure, en occupe presque toute l'étendue; il peut être transparent ou opaque, entouré ou non de sa capsule. S'il est opaque, on le reconnaît facilement; s'il est transparent on ne le voit pas toujours à la simple inspection.

La chambre antérieure paraît profonde; le cristallin qui la remplit ne se distingue que par son bord qui forme un mince anneau brillant et doré. Le cristallin dans son ensemble présente quelquefois l'aspect d'une grosse goutte d'huile et diminue peu à peu de volume. D'ordinaire, il s'opacifie rapidement. Lorsque le cristallin détaché tombe dans le vitré, on retrouve les signes habituels de l'absence du cristallin derrière la pupille.

On peut l'apercevoir avec l'ophtalmoscope, comme une masse noire dans le vitré. Il peut y séjourner des années sans accidents, mais les complications déjà mentionnées peuvent apparaître.

Je vous présente M. V. S., âgé de 44 ans qui est venu me voir le 11 octobre 1938 pour des douleurs à l'oeil droit depuis quelques jours, et pour des troubles visuels qu'il ressent depuis environ 2 mois. Le malade raconte que depuis deux ans, sa vision devenait subitement trouble et embrouillée, et ceci plusieurs fois par semaine. Le malade alors se frottait les yeux pendant quelques moments et la vision revenait comme avant le trouble. Depuis deux jours, en plus du trouble visuel, sont apparues de fortes douleurs. Malgré les frottements habituels par le malade de l'oeil atteint, les troubles visuels et la douleur ne disparaissent pas, et c'est pourquoi le malade se présente chez moi.

A l'examen je constate un gros oeil myope (le malade porte un verre —23.00), un peu rouge, de la photophobie, du larmoiement, une chambre antérieure profonde et dans sa moitié inférieure on voit les trois quarts du cristallin trans-

parent, le quart supérieur étant caché derrière le quadrant supérieur de l'iris. Je prescrivis de la pilocarpine à 1% à toutes les heures et de l'ésérine trois fois par jour, espérant que la pupille se contracterait et que le cristallin serait emprisonné dans la chambre antérieure.

Le malade fut hospitalisé la journée même. Il se plaignit de douleurs toute la nuit malgré qu'on lui fit une injection de morphine ($\frac{1}{4}$ gr.).

Le lendemain matin, le 12 octobre, le malade fut installé et préparé pour l'opération, c'est-à-dire l'extraction du cristallin. Au moment de l'opération la lentille fut entièrement dans la chambre antérieure, mais aussitôt l'incision cornéenne terminée, le cristallin disparut dans le vitré.

Voyant ceci, je fis simplement une iridectomie, pour éviter au malade une deuxième récurrence de glaucôme secondaire, et je décidai d'attendre que le cristallin revienne dans la chambre antérieure pour tenter une deuxième fois, d'en faire l'extraction.

Le 4 novembre 1938, le cristallin étant revenu dans la chambre antérieure, nous décidons d'en faire l'extraction. L'anesthésie faite, nous commençons à opérer, et le cristallin disparaît très rapidement dans le vitré. Alors nous faisons pencher la tête du malade très en avant, et au bout de deux à trois minutes le cristallin revient dans la chambre antérieure. Nous couchons le patient dans une position demi-assise, et je demande au Dr Dubuc qui m'assistait de pénétrer dans la chambre antérieure, en pénétrant par le limbe du côté nasal avec une aiguille de Pagenstecher, et il transperça le cristallin, le fixant ainsi dans la chambre antérieure.

Alors je fis l'incision cornéenne habituelle pour l'extraction du cristallin, (une suture cornéo-sclérale posée avant l'incision), le Dr Dubuc poussa le cristallin vers l'ou-

verture, et j'en fis l'extraction intracapsulaire, car depuis de nombreux mois sans doute, le cristallin avec sa capsule s'étaient détachés de la zonule. A peine une goutte de vitré sortit avec la lentille.

La convalescence se fit sans complication. Le fond de l'oeil est atteint d'une choroïdite myopique disséminée.

La vision de l'oeil droit est de 15/100 avec correction ($110^{\circ} + 1.50 + 1.00$);

La vision de l'oeil gauche 15/100 avec -23.00 .



NÉCESSITÉ ET MOYENS DE DÉPISTER LES INSUFFISANCES HÉPATIQUES AVANT L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE ET L'OPÉRATION

*Par le docteur LÉON LONGTIN,
Anesthésiste à l'Hôtel-Dieu.*

Quand on soumet un patient à une opération et à une anesthésie générale il s'agit toujours d'un organisme malade porteur quelquefois d'une infection aiguë et plus souvent d'une infection datant de plusieurs mois ou plusieurs années. On admettra qu'une anesthésie générale et une opération constituent pour un organisme sain une dure épreuve; cette épreuve sera donc plus grande et le risque opératoire également plus grand si l'organisme en cause est miné par une infection ancienne, une intoxication lente, alcoolique ou autre, ou si l'un de ses principaux organes ne peut remplir qu'à demi ses fonctions. Il est donc d'élémentaire prudence, avant d'anesthésier et d'opérer, d'apprécier la résistance de l'organisme et de vérifier l'état de santé de ses principaux organes, ceux surtout, qui devront faire du surmenage au moment et à la suite de l'anesthésie et de l'opération.

Parmi ces organes, le foie, à mon avis, a la part du lion et je m'explique. Le foie doit d'abord éliminer les anesthésiques: ce qui n'est pas le moindre travail comme on le verra plus loin; ensuite, il doit transformer en urée tous les déchets plus ou moins toxiques qui prennent la circulation à la suite de l'opération; résorption des tissus morts, sang, catguts, etc., puis, il doit surmonter la stase sanguine, combattre l'infection, supporter le jeûne pré-opératoire et post-opératoire et cela se prolonge quelquefois au-delà d'une semaine alors que les autres organes sont déjà remis du surmenage qu'ils ont eu à l'occasion de l'opération et de

l'anesthésie. Il semble inutile, à mon avis, d'insister davantage pour démontrer la nécessité qu'il y a de connaître la valeur du foie avant l'anesthésie et l'opération pour le traiter au préalable s'il y a lieu ou du moins stimuler celle de ses multiples fonctions qui semble déficiente.

Voyons d'abord la part que prend le foie dans l'élimination de certains anesthésiques employés couramment: le chloroforme, l'éther éthylique, l'avertin, les barbituriques.

En 1910, Nicloux a publié le résultat d'une série d'expériences faites sur le chien pour déterminer le sort du chloroforme dans l'organisme. L'anesthésie était donnée à l'animal sous une cloche de verre de façon à pouvoir doser exactement la quantité de chloroforme inhalée et la quantité exhalée jusqu'au réveil de l'animal. Cette expérience lui a permis d'affirmer que 50% du chloroforme inhalé au cours d'une anesthésie est exhalé et l'autre 50% est décomposé dans l'organisme. Sachant que le chlore représente 89% du poids du chloroforme, Nicloux a ensuite essayé de récupérer cette quantité de chlore que l'animal avait absorbé. A la suite de dosages répétés des chlorures du sang et des urines, il est arrivé à la conclusion que le chloroforme était décomposé dans l'organisme en chlorures alcalins éliminés par les reins et en oxyde de carbone CO éliminé par les poumons. Cette hydrolyse alcaline du chloroforme dans l'organisme se fait soit dans le sang soit au niveau du foie. La part de chacun n'est pas faite mais l'augmentation des sels biliaires dans les urines, la cholémie, les ictères et tous les troubles hépatiques qui suivent les anesthésies au chloroforme nous font croire que le foie prend une part active à cette transformation.

L'éther éthylique, anesthésique d'usage plus répandu que le chloroforme, ne passe pas dans l'organisme d'une façon inoffensive et surtout pour le foie. Un italien du nom

Benedetto Anstoni a fait des recherches sur les effets de l'anesthésie à l'éther sur le foie du lapin; je rapporte ici ses conclusions:

« On constate après une anesthésie à l'éther d'une durée de 40-60 minutes, des lésions hépatiques caractérisées par une notable congestion et une dilatation de tout le système veineux-hépatique, une métamorphose granuleuse du parenchyme hépatique, de fréquentes altérations chromatiques des noyaux cellulaires, une dégénérescence graisseuse incipiente une disparition précoce du glycogène. Au niveau du rein, la congestion est manifeste. » L'expérimentateur ajoute que s'il se sert d'éther surchauffé pour donner l'anesthésie, la congestion vasculaire est minime.

L'avertin, anesthésique d'usage assez fréquent dans nos hôpitaux, a une formule chimique assez voisine de celle du chloroforme: les 3 atomes de chlore sont remplacés par 3 atomes de brome, le radical méthane est changé en radical éthane. Son action sur le foie a été mise en évidence par deux Canadiens de Montréal: W. Bourne et Raginsky. Dans l'espace d'une semaine ces expérimentateurs ont administré à 5 chiens sains de 3 à 6 doses anesthésiques d'Avertin. A l'examen histologique du foie, on a noté: « une légère dégénérescence parenchymateuse et, occasionnellement, une légère dégénérescence graisseuse ». On a noté également une dégénérescence parenchymateuse des reins. Après avoir constaté l'effet de l'Avertin sur des foies sains, ces expérimentateurs ont voulu constater ses effets sur des foies malades. Alors, ils ont mis en expériences 17 chiens dont ils ont endommagé les foies en les soumettant à des anesthésies au chloroforme de 1 à 6 jours consécutifs. Ensuite, ces chiens ont reçu des doses anesthésiques d'avertin chacun en nombre différent. Après avoir tout pesé, ils arrivent à conclure que l'avertin, comparé au chloroforme, est moins dommageable pour le foie sain; que l'avertin cause 5 à 30%

plus de tort à un foie malade qu'à un foie sain, en conséquence il faut s'en servir à doses moindres dans les cas où le foie est malade. Constatation d'expérience: dans deux cas où les foies étaient bien malades (95% dye retention), la mort est survenue durant l'administration de l'avertin.

Constatations d'ordre clinique: l'anesthésie est plus rapide, plus profonde et de plus longue durée chez l'animal porteur d'un foie malade.

Quant aux barbituriques, il est accepté que leur décomposition dans l'organisme se fait au niveau du foie, mais sans dommage pour celui-ci, prétend-on. Il n'en reste pas moins vrai qu'ils donnent au foie un surmenage proportionnel à la dose introduite dans la circulation. Quand elle est donnée au moyen de l'un quelconque des produits précités, l'anesthésie occasionne donc pour le foie du patient un surmenage proportionnel à la quantité d'anesthésique absorbé, et peut-être davantage si le foie était malade avant l'anesthésie.

Si nous prenons pour acquis maintenant que le foie doit transformer en urée tous les déchets qui prennent la circulation à la suite d'une opération soit qu'ils viennent de tissus morts, de sang extravasé ou de corps étrangers; que le foie fait la même chose des produits toxiques qui prennent la circulation à la suite d'une hernie étranglée, d'une occlusion intestinale ou d'une rétention d'urine, sachant que ce foie doit supporter le jeûne pré-opératoire et post-opératoire, celui-ci se prolongeant quelquefois plus d'une semaine, nous ne serons plus surpris des échecs possibles surtout si nous ne sommes pas renseignés sur l'état de santé du foie avant l'opération. En d'autres termes, quand on soumet un organisme à une anesthésie générale de longue durée et à une opération quelque peu traumatisante, le foie doit être en excellente santé au moment de l'opération et il doit être nourri et stimulé d'une façon parti-

culière, sinon avant, du moins après l'opération, surtout s'il s'agit d'une intervention portant sur la vésicule ou les voies biliaires. Si j'insiste sur le fait que ces dernières interventions sont plus dommageables pour le foie, ce n'est pas à cause de la congestion du voisinage ou de l'irritation des drains mais parce que, je présume, que le porteur d'une cholécystite et d'une angiocholite lithiasique ou infectieuse datant de quelques mois est aussi le porteur d'un foie endommagé d'une façon comparable jusqu'à un certain point au parenchyme rénal d'un porteur d'ancienne pyélite lithiasique ou infectieuse.

S'il est donc nécessaire de dépister les insuffisances hépatiques pour le succès des opérations et des anesthésies, comment pouvons-nous faire ce dépistage d'une façon rapide et pratique. Naturellement, l'histoire du malade et l'examen : la clinique, en un mot, sont les premiers moyens à notre disposition, mais devant la multiplicité des fonctions physiologiques du foie le clinicien doit recourir aux examens de laboratoire pour savoir laquelle des fonctions importantes du foie est déficiente. Parmi les fonctions du foie, celles qui ont le plus à faire au cours d'une opération et d'une anesthésie générale ou, en d'autres termes, celles qui doivent être en meilleur état au moment de cette opération, sont à mon avis, les fonctions uréogénique et glycogénique. Or le laboratoire peut apporter au clinicien un rapport d'analyse qui le renseignera exactement sur les déficiences de l'une ou l'autre de ces deux fonctions.

En effet, si le laboratoire veut se rendre compte de l'état de la fonction uréogénique d'un foie, il fait immédiatement un coefficient de Maillard. Cet examen consiste à doser dans l'urine l'ammoniaque et l'urée qu'on exprime en Azote et à faire le calcul suivant : $\frac{NA}{NA + NU}$. Le résultat de ce calcul doit donner un chiffre qui pour être normal doit être compris entre 2 et 5%. Ce rapport indique le

pourcentage d'azote qui aurait dû être transformé en urée et qui est resté au stade d'ammonique. Quand cet inachèvement de transformation d'ammoniaque en urée dépasse 5%, il indique une insuffisance hépatothique, c'est-à-dire un trouble de la fonction uréogénique de la cellule hépatique. Selon le résultat du dosage de l'ammoniaque, on peut se rendre compte également des tendances d'un patient à l'acidose.

Puis, si le laboratoire veut se rendre compte de l'état de la fonction glycogénique d'un foie, il a recours à la galactosurie provoquée. Il a été démontré qu'un foie sain peut glycolyser une quantité de sucre beaucoup plus considérable que celle contenue habituellement dans le sang. Or cette épreuve consiste à donner à un patient, après vérification de l'absence de sucre dans l'urine, une quantité de galactose connue: soit 40 grammes dont on contrôle l'élimination en faisant des dosages répétés du sucre dans l'urine durant 24 heures suivantes. On exprime le résultat en concentration au litre et cette concentration doit mesurer inférieure à 1 gr. 50. On a donc, selon ce résultat, une idée de la puissance ou de la débilité de la fonction glycogénique d'un foie ou encore, de l'état de santé ou de maladie de la cellule hépatique.

Pour établir ou plutôt pour vérifier la valeur de ces examens de laboratoire, j'ai cherché les dossiers des patients qui ont subi ces deux examens, qui sont morts à l'hôpital, chez qui l'autopsie a été pratiquée et l'examen anatomo-pathologique du foie a été fait. Depuis 1936, il y en a eu quelque cent. En voici des exemples:

Mme X.:

11 décembre 1936. Galactosurie: 0.129.

28 décembre 1936. Rapport de Maillard: 8.8.

Décédée le 14 janvier 1937.

Diagnostic clinique: urémie.

Post mortem: rétention biliaire, dégénérescence graisseuse du foie.

M. X.:

20 octobre 1936. Rapport de Maillard: 7.6.

11 novembre 1936. Galactosurie: 6.22.

Décédé le 2 décembre 1936.

Diagnostic clinique: cirrhose atrophique.

Post-mortem: cirrhose atrophique annulaire. —
Foie: 950 grs.

M. X.:

6 novembre 1937. Galactosurie: 18.96.

Décédé le 9 novembre 1937.

Diagnostic clinique: insuffisance hépatique.

Post mortem: cirrhose annulaire ascitogène.

Les rapports des examens anatomo-pathologiques du foie confirment donc les résultats des examens chimiques faits auparavant. Il serait donc indiqué pour dépister une insuffisance hépatique au début ou pour préciser laquelle de ces deux fonctions hépatiques est déficiente, de requérir les services du laboratoire qui peut apporter des renseignements salutaires pour le patient.

Ainsi donc, je crois avoir démontré assez clairement qu'à l'occasion d'une anesthésie générale avec les anesthésiques ci-haut nommés et à l'occasion d'une opération, le foie a un travail considérable à faire et pendant un temps assez long. En conséquence, il doit être en parfaite santé, être nourri et stimulé plus qu'en aucun autre temps. La clinique seule ne peut parvenir à déceler tous ses troubles, surtout

au début; elle doit demander le concours du laboratoire qui peut lui apporter de précieux renseignements pour l'institution d'un traitement, le choix de l'anesthésique et les indications opératoires.

BIBLIOGRAPHIE

Journal de physiologie et pathologie générales (1910). Nicloux.

Presse médicale (1939). Benedetto Anstoni.

American Journal of Surgery (déc. 1931). W. Bourne et Raginsky.

Anesthesia et Analgesia (1932). W. Bourne et Raginsky.

Archives de l'Hôtel-Dieu de Montréal.



L'ABCÈS D'OREILLE EN PRATIQUE COURANTE

Par le Docteur ROLAND PELLERIN¹

Je tenterai de rendre simples et de rafraîchir la mémoire du lecteur, les quelques notions essentielles sur l'abcès d'oreille, recueillies au cours de lectures, de conseils ou dans la pratique.

L'abcès d'oreille ne semble jamais alarmer, surtout à sa période initiale. Tout le monde est tranquille à son sujet, sauf le malade qui souffre. L'on se dit que tout finira par s'arranger et l'on attend... l'on attend que l'abcès crève, sans se soucier davantage. Ignorance ou laisser-faire coupable, des fois les deux. Pourtant plus d'un connaît les graves complications auxquelles s'expose une oreille remplie de pus qui ne peut s'extérioriser.

Dans la majorité des cas, il serait facile d'éviter ces complications en usant de prudence et de prévoyance et l'abcès d'oreille bien traité guérit ordinairement sans suite grave.

La lutte la plus difficile n'est pas contre l'abcès lui-même mais le plus souvent contre les divers préjugés rencontrés quotidiennement en pratique, de la part du malade ou de son entourage.

Le patient, en effet, ne désire qu'un écoulement qui le soulagera mais ne se soucie guère ni de son abondance ni de sa durée. Tant que l'oreille coule, se dit-il, et qu'il se sent soulagé, pour lui dès lors il n'y a plus aucun danger. Ce préjugé est faux, car de par la durée ou l'abondance d'un écoulement, l'on peut se rendre compte de la gravité de cette otite et en prévoir l'évolution.

¹ Service du docteur Georges Badeaux.

Il y a un autre préjugé. Le malade, à qui son médecin averti proposera une ouverture du tympan afin de libérer le pus captif, lui répliquera pour expliquer sa peur et ses atermoiements, qu'il deviendra sourd.

Encore une fois rien n'est plus faux, car ce n'est pas la paracentèse qui rend sourd mais bien les adhérences qui se produisent entre les osselets eux-mêmes ou entre les osselets et la paroi de la caisse par suite de l'écoulement de pus. Cette surdité n'est bien souvent que transitoire et n'est rien au prix de celle créée définitivement par le pus qui coule trop longtemps et qui finit par détruire les osselets eux-mêmes.

Jamais donc, il ne faudrait qu'il y ait une indifférence du médecin pouvant servir de point d'appui à ces préjugés.

La plupart des écoulements d'oreille qui ne finissent jamais ont souffert d'un laisser-faire coupable, de traitement « home-made » (huile électrique, huile de patte d'oie etc.) ou quêtés à la pharmacie du coin quand ce n'est pas d'un parent ou d'un ami.

L'abcès d'oreille, tout comme une blennorrhée, ne se guérit pas avec les conseils de chacun sauf ceux d'un médecin consciencieux et averti, ni avec force pilules ou gouttes.

Le traitement consiste à faire ce qu'il y a à faire et dans le temps qu'il faut le faire. On ne saurait trop le dire.

Les signes d'un abcès d'oreille en évolution sont la température élevée et la douleur au niveau de l'oreille. Ces signes cardinaux font rarement défaut.

La température est une fièvre dans les environs de 101-103°. Elle est constante et ne cède pas facilement. Elle doit orienter notre pensée. Pas de fièvre sans infection. Si donc tout ailleurs paraît normal (foie, intestins, estomac, gorge, reins, poumons) pensons à l'oreille, car la douleur

UROPAZINE

GRANULÉ EFFERVESCENT

ÉLIMINE L'ACIDE URIQUE

Seule formule réunissant le Soufre Colloïdal, la Pipérazine,
la Lithine et l'Hexaméthylènetétramine.

INDICATIONS : Goutte, Gravelle, Rhumatisme, Sciatique.

Distributeurs:

HERDT & CHARTON, INC.

2027, AVENUE MCGILL COLLEGE - MONTRÉAL

Flacons de 150 et 275 grammes.



*docteur,
vous tenez
la guérison
des Nerveux*

Neurène

Agpocholine

GRANULÉ SOLUBLE

CHOLECYSTITES CHRONIQUES CONGESTION DU FOIE

LITHIASE BILIAIRE
ICTÈRE & CHOLÉMIE

Dyspepsies réflexes
■ Constipation ■
■ Migraines Vertiges ■
■ Eczéma ■ Prurit ■

D'origine
hépato-
biliaire

POSOLOGIE: 1 à 3 cuillerées à café le matin
à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

Laboratoires
du
DOCT^r

ZIZINE 24-26 RUE de FÉCAM (PARIS - XII^e)

MILLET ROUX & CIE, LIMITEE

1215 RUE ST-DENIS

MONTRÉAL

Traitement efficace de

La Crise d'Asthme — Rhume des Foins — Emphysème
Gênes Respiratoires — Coryzas Spasmodiques — Dyspnées
Suppression immédiate de la sensation d'étouffement

par le

DYSPNÉ-INHAL

Médication non toxique, d'une action indiscutable,
puisque immédiate.

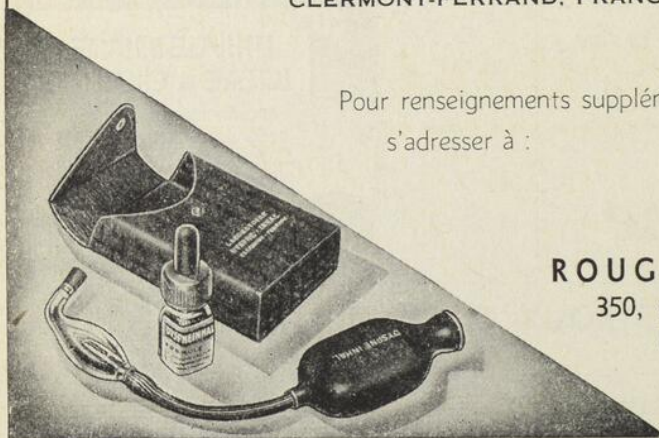


Un pulvérisateur de poche spécial et pas encombrant
en rend l'utilisation possible à tout moment.



LABORATOIRES A. FOURTON
CLERMONT-FERRAND, FRANCE.

Pour renseignements supplémentaires,
s'adresser à :



ROUGIER FRÈRES
350, rue Le Moyne,
Montréal.

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 complication.

Littérature sur demande.

Agents : LA CIE CANADA DRUG

PHARMACIENS EN GROS

857, rue Saint-Maurice, - - - Montréal

« Je ne saurais trop recommander un
tel livre, exempt de lacunes et d'erreurs,
dicté par une longue expérience, basé sur
une énorme documentation, clairement
rédigé en une langue aux expressions
savoureuses ».

*A. David, Journal des Sciences Médicales
de Lille, 19 septembre 1937.*

La Diététique

**OUVRAGE ÉCRIT
EN COLLABORATION**

\$2.50

En vente dans les meilleures librairies et à l'Hôtel-Dieu.

ANTIPHLOGISTINE

DANS TOUTES LES PARTIES DU MONDE

Non seulement dans les pays des zones tempérées, mais également dans les régions arctiques et la zone torride, l'Antiphlogistine est connue et prescrite par le Corps Médical.

ANTIDOTE CONTRE L'INFLAMMATION

THE DENVER CHEMICAL M'F'G CO.

153, LAGAUCHETIERE OUEST . . . MONTREAL

L'Antiphlogistine est fabriquée au Canada.

La Prévoyance est basée sur l'économie . . .

La constitution d'une réserve liquide, à l'aide d'un Compte d'Epargne, est un acte de prévoyance tout à fait indispensable.

LA BANQUE PROVINCIALE DU CANADA

Accueille avec la même sollicitude les comptes les plus modestes comme les plus importants. Elle encourage la pratique de l'économie et veut être l'amie des épargnants.

Soyez prévoyants et ouvrez un Compte d'Epargne à

LA BANQUE PROVINCIALE DU CANADA

SOUTIEN DU COEUR

CORAMINE

"CIBA"

CARDIO-TONIQUE

d'action rapide, énergique et durable



Gouttes

•

Traitement prolongé —
Tous cœurs insuffisants, lésion-
nels ou séniles:

20 à 100 gouttes
par 24 heures.

Ampoules

•

Indications d'urgence —
Toute défaillance aiguë du
myocarde:

1.5 à 12 c.c. par voie sous-
cutanée ou intraveineuse.



COMPAGNIE CIBA LIMITÉE, 759 Carré Victoria, Montréal

HEPATROL

E
P
A
T
R
O
L

HEPATROL

Extrait de Foie de veau frais

Toutes anémies et insuffisances hépatiques.

Méthode de Whipple — Adultes et enfants sans contre-indication.

2 Formes : AMPOULES BUVABLES
AMPOULES INJECTABLES

LAB. ALBERT ROLLAND

PARIS

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 SPARTEINE

MILLET ROUX & CIE, LIMITEE

1215 RUE ST-DENIS

MONTREAL

SILICRINE

Pour favoriser une digestion complète stomacale, pancréatique et intestinale.

La Poudre Silicrine est une combinaison de Trisilicate de Magnésie et des ferments Enterokinase et Prosecreline pour établir une digestion complète, stomacale, pancréatique et intestinale.

Silicrine par sa formule, possède une supériorité d'efficacité plus définie et plus radicale sur la poudre de Trisilicate de Magnésie seule, pour procurer une digestion totale.

Trisilicate de Magnésie:

Le Trisilicate de Magnésie est un composé synthétique ayant comme base la Magnésie et la Silice sous la forme de colloïdal de dimensions très minimes et 15 fois plus actif pour le bleu méthylène in vitro que le kaolin colloïdal le plus raffiné qu'il soit possible de trouver dans le commerce.

Ferments Enterokinase et Prosecreline:

Ces deux ferments sont transformés en sécrétine active par l'action de l'acide hydrochlorique de l'estomac, leurs principales fonctions est de stimuler les glandes du Pancréas et de l'intestin pour accélérer leurs sécrétions, afin de faciliter toutes digestions.

Action:

La Poudre Silicrine, grâce à sa composition, procure une digestion complète, la magnésie et la silice absorbent le surplus d'acide gastrique dans l'estomac; les ferments Enterokinase et Prosecreline continuent d'aider la digestion en activant la sécrétion des glandes du Pancréas et de l'intestin.

Propriétés Médicinales:

Ulcères peptiques, Insuffisance intestinale, Urinaire chronique, Troubles digestifs du diabète pancréatique, Dyspepsies pancréatiques, Gas d'estomac, Hyperacidité, Vomissements chez les femmes enceintes et autres cas de déficience d'une digestion complète.

Toxicité:

La Poudre Silicrine est une combinaison non toxique et ne peut atténuer l'acidité du suc gastrique en bas de son point normal, si une trop grande dose est donnée, elle est évacuée par l'intestin. La poudre Silicrine étant insoluble ne peut accroître la réserve d'alcali du corps; même l'absorption d'une forte dose pendant une longue période ne fait pas varier l'acidité de l'urine.

Mode d'emploi:

Une cuillerée à thé dans $\frac{1}{2}$ verre d'eau après les repas. Répétez après 1 heure si nécessaire.

Préparé par

TRISILEX

Pour favoriser une digestion stomacale complète

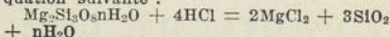
Le Trisilex est un Trisilicate de Magnésie C. P. préparé spécialement pour combattre l'hyperacidité de l'estomac en favorisant une digestion stomacale complète.

Maud a défini le Trisilicate de Magnésie comme étant un composé synthétique ayant pour formule $H_4Mg_2Si_2O_7$, sous forme de cristallins de très petites dimensions colloïdales beaucoup plus petites en grosseur que celles du kaolin dans les variétés les plus raffinées que l'on puisse obtenir.

Action de Trisilex:

Le Trisilex possède de fortes propriétés antacides et il agit de la manière suivante:

Cette poudre en présence de l'eau réagit avec le suc gastrique normal (qui correspond à l'acide hydrochlorique n/20) et une réaction complexe se produit entre deux colloïdaux hydratés et deux électrolytes; à la température du corps il faut généralement 3 heures pour que le processus soit complet. La réaction se faisant in vitro d'après l'équation suivante:



L'équilibre de l'acidité peut être calculé comme l'équivalent de la magnésie contenue dans le Trisilex, la moitié à peu près neutralisant rapidement le surplus d'acide gastrique tandis que l'autre moitié occasionne une neutralisation secondaire et lente pendant les quelques heures qui suivent.

Au point de vue chimique, c'est la lenteur de la réaction qui est importante, la durée de l'action antacide est approximativement égale à l'espace de temps requis pour la digestion gastrique.

Toxicité:

Le Trisilex n'est pas toxique et ne peut réduire l'acidité du suc gastrique en dessous de son point normal, si une trop grande dose est donnée il est éliminé par l'intestin.

Le Trisilex étant insoluble, il ne peut augmenter la réserve d'alcali du corps, même une forte dose, pendant un temps prolongé ne change pas l'acidité de l'urine.

Indications Thérapeutiques:

Le Trisilex est recommandé pour le traitement des ulcères peptiques, l'hyperacidité de l'estomac, les gaz d'estomac, vomissements chez les femmes enceintes, dyspepsie, ou autres cas de mauvaises digestions stomacales.

Mode d'emploi:

Une cuillerée à thé dans un demi verre d'eau après les repas. Répétez après 1 heure si nécessaire.

Préparé par

ASGRAIN & HARBONNEAU
Limitée
MONTRÉAL

GRANULÉ FRIABLE CHOCOLATÉ

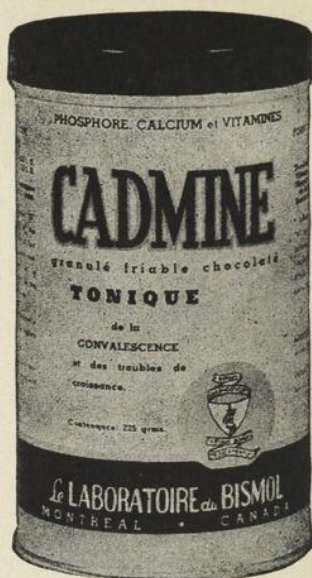
TONIQUE NUTRITIF

pour
les convalescents
et les
troubles de croissance chez les
enfants.

Chaque cuillerée à thé a une équivalence de
4 cuillerées à thé d'huile de foie de morue.

Dose: 1 cuillerée à thé 3 fois par jour.

LE LABORATOIRE DU BISMOL



Prescrivez avec confiance JEL-LAX

Laxatif naturel aux fruits
Ne contient pas de Phénolphthaléine.

POUR LA CONSTIPATION CHRONIQUE

Une spécialité populaire de M. & M.

Toujours à votre service spécialisé dans la préparation des ordonnances pharmaceutiques pour les médecins débutant dans la pratique à la campagne. (CONSULTEZ-NOUS).

Notre catalogue illustré et nos échantillons en spécialités vous seront envoyés sur demande à titre gracieux.

MOWATT & MOORE Limitée

64 rue Prince,
MONTREAL

Tél. MARquette
8166-8167-8168



Essayez L'Ohio

CYCLOPROPANE

*Dans les NOUVEAUX CYLINDRES
FINIS CHROMÉS.*

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

Succursale de l'"Ohio Chemical & Mfg. Company"

2549 ouest, rue Saint-Jacques - Montréal, Qué.

Téléphone: Willbank 1728



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

537 bureaux au Canada

66 succursales à Montréal

LA PREMIÈRE PIPÉRAZINE SULFAMIDÉE

SULFORAZINE

Granulé Effervescent Urolytique et Antiseptique

RHUMATISMES

GOUTTE - ARTHRITISME

Flacon de 95 grammes et Flacon de 200 grammes.

J. EDDÉ Limitée, Edifice New Birks, MONTRÉAL.

La fin d'une légende

**PAN SULINE
FARNET**



L'EFFICACITÉ de L'INSULINE

PAR LA VOIE DIGESTIVE

DÉMONTRÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE DU 12 JUILLET 1937

mention très honorable

Demandez un exemplaire à

G. JOUOT, 460 EST, AVENUE MONT-ROYAL - MONTRÉAL



POUR BRÛLURES DE TOUS DEGRÉS

Par une triple action anesthésique - analgésique - antiseptique, La Pommade au Picrate de Butésine (Abbott) constitue le traitement idéal pour les brûlures de tous degrés et de tous genres.

Dans les brûlures même les plus graves la douleur aiguë trouve un rapide soulagement. Toute cause d'infection est efficacement combattue. La granulation et la re-

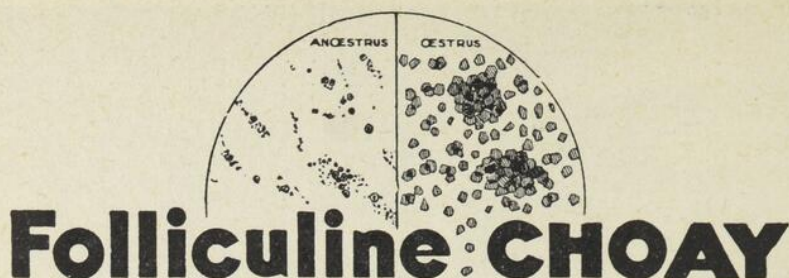
constitution des cellules épithéliales sont stimulées.

La Pommade au Picrate de Butésine donne des résultats particulièrement précieux dans le traitement des brûlures étendues dues aux insolationes. Une application simple et rapide fait de La Pommade au Picrate de Butésine le traitement de choix des grands hôpitaux modernes et des cliniques d'urgence des établissements industriels.

Conditionnement: Tubes de 1 oz. et de 2 oz., pots de 1 lb. et 5 lbs.

LABORATOIRES ABBOTT Limitée, 388 ouest, rue St-Paul, MONTRÉAL

POMMADE AU
PICRATE DE BUTÉSINE



Hormone sexuelle femelle
 En ampoules stérilisées de 1^{cc} et 2^{cc}
 titrées respectivement à 250 et 500 unités internationales



LABORATOIRE CHOAY - 48, rue Théophile Gautier - **PARIS (XVI^e)**

MALADIES INFECTIEUSES DES VOIES URINAIRES

● URICLARINE ●

Hexaméthylène Tétramine

Salicylate de Phényle

Chlorure d'Ammonium

6 à 8 comprimés par jour — de préférence aux repas.

L'Uriclarine

permet un régime végétarien et un régime de boisson normale.

LABORATOIRES BRISSON, Paris

J. EDDÉ, Limitée — Agents
 Edifice New Birks, Montréal.

LA. 2421
 4913

ne viendra que plus tard. Le spéculum auriculaire, un bon miroir ou un auriscope électrique feront voir l'état du tympan.

L'état pathologique du tympan avec une température concomittante permet de faire un diagnostic, même avant l'éclosion de la douleur. Le tympan est rose ou rouge, congestionné, sillonné de vaisseaux sanguins dilatés. Le tympan a perdu toute blancheur et son aspect reluisant. Quelquefois, même avant l'apparition de la douleur, il est bombé et ce signe à lui seul suffit à commander la paracentèse.

Le second signe principal, le plus frappant et le plus impératif, c'est la douleur. Cette douleur, quelquefois sourde, le plus souvent aiguë, par poussée intermittente faisant passer au malade une ou deux nuits blanches, altérant son caractère, le rendant maussade et de mauvaise humeur, impatient, est presque à elle seule caractéristique de l'abcès. Cette douleur est secondaire à une réplétion de la caisse par un liquide séreux, sanguinolent ou purulent et par la distension du tympan due aux gaz de fermentation de ce même liquide.

C'est à ce stade aussi que l'on commet le plus d'erreurs, se basant sur des préjugés anciens. Même avec cette douleur, l'on attend que trop souvent et trop longtemps avant de consulter ou d'ouvrir. Aussi l'on prolonge le martyre du malade qui pourrait être si facilement soulagé par un paracentèse et l'on espère une ouverture spontanée du tympan par où s'écoulera le pus, ouverture la plus souvent mal faite parce que située trop haute par rapport au plancher de la caisse, ouverture patiemment attendue et désirée, il est vrai, mais d'où il n'y aura qu'un écoulement partiel parce que ce ne sera que le trop plein de cette caisse qui se videra. Cette mauvaise ouverture que l'on ignore si l'on n'examine pas le tympan, est responsable dans la plupart des cas de ces otites interminables.

L'on attend malheureusement trop encore dans les cas où le tympan est résistant parce que fibreux ou sclérosé.

Là est un grand danger. — Le pus, ne pouvant s'écouler par ce tympan qui se refuse à s'ouvrir spontanément, pénètre en arrière vers les cellules mastoïdiennes et donne lieu à une mastoïdite, complication que l'on redoute à raison. C'est à ce stade que le malade, exaspéré de sa douleur qui ne lâche pas et que rien ne semble vouloir apaiser, demande son médecin.

Vis-à-vis d'une fièvre élevée associée à une douleur de l'oreille, pensons d'abord et toujours à un abcès mais soyons prudents dans notre diagnostic. Toute douleur d'oreille n'est pas forcément signe d'abcès.

Examinons avec soin le pharynx et les amygdales, les dents cariées, incluses ou en poussée d'irruption, les ganglions cervicaux.

En effet, les pharyngites et les amygdalites, les dents cariées ou en évolution, les adénites inflammatoires, donnent de la douleur d'oreille. Avec une douleur d'oreille sans température, l'on peut attendre et réserver sa conduite.

Avec une douleur d'oreille et une température assez forte (101-104) et qu'il y ait ou non amygdalite concomittante, examinons le tympan de l'oreille douloureuse et comparons avec celui de l'oreille saine. S'il est gris et reluisant, attendons. S'il est rouge, c'est le signe d'otite et voilà la ligne de conduite.

L'on peut attendre 48 heures après le début de la douleur, avant d'intervenir. Ce tympan rouge peut être signe d'une otite congestive à la suite de réaction de la trompe d'Eustache à un léger coryza. En attendant, de l'huile éphédrinée et des inhalations par le nez mais pas de chaleur dans l'oreille. Ne transformons pas en abcès vrai une

congestion simple. Pas de lavage ni goutte. Un comprimé analgésique par la bouche au besoin. Après ces 48 heures d'attente, si le tympan est encore rouge, bombé ou non, ouvrons par une large paracentèse. N'attendons pas une ouverture spontanée même si le patient semblait le désirer. Cette ouverture devra être largement faite de haut en bas dans le quadrant postérieur, sous anesthésie générale de préférence. Puis surveillons la température. Si elle baisse, c'est bon signe. Si la température remonte après avoir baissé et qu'elle correspond à un écoulement diminué ou disparu, réouvrons après 24 heures d'attente pour libérer le pus nouvellement accumulé. Comme traitement, pas de lavages. Quelques gouttes de glycérine phéniquée à être remplacée par du Néo-silvol à 10% 3-4 fois par jour après un nettoyage du conduit, aussi parfait que possible. Si la température persiste, malgré la paracentèse et un drainage assez abondant, pensons à une mastoïdite en évolution.

Si l'on vous a demandé après que le malade ait laissé se produire l'ouverture de son abcès, c'est qu'il est inquiet soit de sa température soit de sa douleur qui persiste encore. N'oublions donc pas de vérifier l'état de rupture du tympan, de voir s'il est suffisamment ouvert. Regardons également le tympan de l'autre oreille et voyons s'il n'y aurait pas un autre abcès en évolution. Si tout est bien, c'est qu'il vous demande la guérison de son écoulement. Cette guérison dépend de deux choses: 1° de la façon dont est ouvert le tympan. L'ouverture haute quoique faite par la nature est mauvaise et responsable de la plupart des otites chroniques. Complétons cette ouverture jusqu'au bord inférieur du tympan et voyons par la suite à entretenir cette ouverture par l'introduction d'un stylet dans la plaie. 2° La guérison dépend également de la cause de l'abcès.

En règle générale, on peut dire que la plupart des otites ont pour point de départ, le nez, le cavum ou le pharynx, de par leur contiguïté avec l'ouverture de la trompe

d'Eustache. Donc coryzas, sinusites, adénoïdites et amygdalites peuvent donner naissance à une otite. Après 3 semaines d'écoulement, quand tous les phénomènes aigus se sont apaisés, il y a souvent avantage chez les enfants, à faire un curettage des végétations adénoïdes et une amygdalectomie. Les cornets hypertrophiés, les queues de cornets et les polypes relèvent également de la chirurgie. Cette chirurgie aide à la guérison de l'otite et en prévient les récidives.

Il en est autrement lorsqu'il s'agit d'une otite par voie sanguine comme dans la grippe, la rougeole, la rubéole, la scarlatine ou la typhoïde. Dans ces cas, même avec une paracentèse précoce, l'otite aiguë dégénère souvent en otite chronique parce que le microbe causal est essentiellement ostéo-nécrosant. Cette carie de l'os, il n'y a qu'un moyen de la guérir, c'est le curettage. Alors nous devons procéder à la mastoïdectomie et souvent même dans quelques cas à l'évidement de toute l'oreille moyenne.

Dans les cas où le médecin est consulté pour un écoulement de trois semaines et plus, je crois qu'il est de son devoir de diriger ce patient à l'auriste. Jamais dans ces cas il ne faudrait écouter les caprices de son client ou subir l'influence de ses préjugés. Il faut dire à ce malade qu'il deviendra sourd irrémédiablement s'il n'est traité immédiatement, et que cet écoulement est un danger proche ou lointain pour sa vie.

Dans les cas d'otite récente ou ancienne, il faut s'abstenir de toute introduction même involontaire d'eau ou de savon. Les nettoyages fréquents et à sec sont encore ce qu'il y a de mieux et de plus simple.

Pour résumer brièvement ces quelques lignes de notions déjà connues de chacun mais facilement oubliées, je dirai

- 1° qu'il faut ouvrir promptement et largement toute oreille souffrante et suspecte, même à l'encontre de tout préjugé;
- 2° qu'il faut traiter en même temps la cause de cet abcès;
- 3° que l'on ne doit pas tolérer un écoulement de plus d'un mois, si l'on ne veut pas que cet écoulement passe à la chronicité et fasse perdre l'audition de cette oreille;
- 4° et enfin qu'il faut toujours avertir un malade dont l'oreille coule depuis longtemps, que cela pourra être pour lui, un jour ou l'autre un danger pour sa vie, s'il venait à cette oreille une nouvelle poussée aiguë ou si ce malade venait à se plaindre de céphalées tenaces ou de vertiges.



Les débuts très modestes de la première agence de publicité établie au Canada et les cinquante années de progrès constants qui en ont fait une organisation qui place maintenant des contrats de publicité se chiffrant à des millions de dollars par année, sont passés en revue par Charles T. Pearce, président de A. McKim Limited, à l'occasion du jubilé d'or de cette agence, dans l'édition de l'Annuaire McKim des publications canadiennes, qui vient d'être imprimé.

Après avoir évoqué des marques de produits qui florissaient pendant la genèse du commerce Canadien moderne et qui ont été annoncées par son agence, l'avant-propos de l'Annuaire mentionne que pas moins de dix millions de commandes d'insertions ont été émises par l'agence aux publications Canadiennes au cours du demi-siècle qui vient de s'écouler.

Par l'entremise de ses bureaux à Montréal, Toronto, Winnipeg, Vancouver, Halifax et Londres, Angleterre, et de ses affiliées en Australie, en Afrique du Sud, en Nouvelle-Zélande, au Indes, en Egypte, en Chine et en France, A. McKim Limited dirige un volume immense de publicité. Son Annuaire des publications Canadiennes, de renommée internationale, contient des renseignements complet concernant les journaux, magazines et revues techniques, ainsi que les marchés, la géographie et autres sujets statistiques. Cette dernière édition est la trente-deuxième.

LE TRAITEMENT DE LA LEUCORRHÉE À COLIBACILLES

Par FERNAND DAZÉ et PAUL DUMAS

La leucorrhée à colibacilles passe souvent inaperçue. La plupart du temps, on l'attribue au gonocoque. Même quand on la rencontre chez des petites filles bien sages!

Les leucorrhées purulentes.

Pourtant toute leucorrhée purulente ou mucopurulente n'est pas nécessairement d'origine neissérienne. Il existe autres causes d'infection du tractus génital de la femme: les infections post-puerpérales ou post-abortives (faciles à reconnaître par le contexte clinique), les infections dues aux germes saprophytes du vagin, au trichinome vaginal et favorisées par les pessaires, l'abus des douches antiseptiques, etc., et enfin la colibacillose génitale.

Les leucorrhées à colibacilles.

L'infection colibacillaire des voies génitales de la femme se rencontre plus souvent qu'on ne croit. Elle se produit de façon ascendante par contiguïté de ces voies avec l'orifice anal, chez des patientes peu soucieuses de l'hygiène. Plus rarement par élimination de colibacilles pendant la menstruation (Pauchet), exceptionnellement, par septicémie colibacillaire. Elle est fréquente chez les petites filles.

Le tableau clinique de la colibacillose génitale diffère assez peu de celui des autres infections génitales. L'infection peut être localisée au vagin, au col et au corps de l'utérus, aux annexes même. Elle semble avoir moins d'affinité pour les annexes que la gonococcie. Elle n'en est pas moins tenace.

Le questionnaire, l'examen au spéculum, l'aspect macroscopique des pertes, ne révèlent rien qui la différencie de l'infection gonococcique. Elle semble plus insidieuse dans son début et dans ses manifestations douloureuses. Elle s'accompagne souvent de colibacillose vésicale (à cause de la brièveté de l'urèthre de la femme).

Le diagnostic de cette affection n'est possible qu'à l'examen microscopique des sécrétions du vagin et de l'utérus: il permet d'éliminer le gonocoque et le trichinome et met en évidence la présence du colibacille.

La coïncidence d'une cystite à colibacilles constitue une forte présomption de colibacillose génitale. L'on sait maintenant que chez la femme la théorie de Heitz-Boyer ne joue pas toujours¹ et que 90% des colibacillosoes urinaires reconnaissent, non pas une origine entéro-rénale mais bien une origine ascendante par contamination de voisinage, anus — vagin — urèthre — vessie (Bith, Pasteau, Lemierre, etc.).

Enfin, dernier signe de la colibacillose génitale, elle réagit très favorablement et très rapidement au traitement spécifique local.

Traitement de la leucorrhée à colibacilles.

Traitement prophylactique: propreté du périnée et des orifices anal et uro-génital.

Traitement local: nettoyage minutieux de la vulve et du périnée.

Douche vaginale d'eau bouillie.

Spéculum.

¹ Celle-ci garde toute sa valeur pour ce qui est de la colibacillose urinaire de l'homme.

Débarrasser les parois vaginales, le col et son canal de leurs sécrétions, à l'aide de tampons imbibés de sérum physiologique.

1° *Si vaginite seulement*: tampon et mèche stérilisés et imbibés de bactécoliphage ou de sérum anticolibacillaire de Vincent.

2° *Si cervicite, métrite ou salpingite*: introduire dans le col un crayon de bactécoliphage ou une mèche imbibée de sérum anticolibacillaire de Vincent. Puis placer dans le vagin un tampon et une mèche de gaze stérilisés et imbibés de bactécoliphage ou de sérum anticolibacillaire de Vincent. Dans chacun de ces cas laisser le pansement en place 24 heures. Recommencer tous les trois à quatre jours.

Ce traitement spécifique local requiert certaines précautions préalables:

Instituer le traitement le plus précocement possible. Ne pas attendre la phase de chronicité.

Ne pas employer d'antiseptiques locaux pendant les jours précédant le traitement.

Vérifier le degré d'acidité ou d'alcalinité vaginale. Le colibacille se développe dans un milieu alcalin ou faiblement acide. Par contre, le bactécoliphage et le sérum anticolibacillaire de Vincent agissent en milieu alcalin. L'on aura donc intérêt à pratiquer des douches alcalines à faible concentration, dans l'intervalle des pansements, afin de modifier l'acidité vaginale. De même, si les sécrétions cervicales, normalement alcalines, ont viré à l'acidité, on pourra compléter l'irrigation vaginale par un pansement alcalin du col.

Lutter contre la colibacillose vésicale afin d'aider la guérison de l'infection génitale et de prévenir l'ascension du colibacille vers le bassin et le rein.

Traitement de la colibacillose vésicale.

La meilleure méthode est la suivante :

Supprimer tout antiseptique, tout désinfectant ou tout acide quatre à cinq jours avant le traitement et donner du bicarbonate de soude 0gr.60 à 2 grs. 3 fois par jour, et des boissons alcalines « per os ». Lavage de la vessie avec une solution alcaline de bicarbonate de soude. Vider la vessie. Installer ensuite, soit : 10 cc de bactécophilage. Laisser dans la vessie pendant 4 heures avant la prochaine miction. Répéter si besoin trois à quatre jours après. S'il y a colibacilles urinaire réelle, les résultats se font sentir dès les premiers jours ; soit le sérum anticolibacillaire de Vincent : 40 cc par jour (on peut aller jusqu'à 200 cc par jour dans les cas aigus). Répéter si besoin après quatre à cinq jours.

Compléter ce traitement spécifique local par le traitement général des colibacilloses urinaires.

Le colibacille prolyfère de préférence dans un milieu alcalin ou faiblement acide ; le pH optimum pour son développement varie entre 6 et 7 (aux frontières de l'acidité et de l'alcalinité par conséquent). Une urine fortement acide le stérilise et le tue.

Par ailleurs, la constipation droite et les fermentations intestinales favorisent la pullulation du colibacille dans le milieu entéral et secondairement, sa migration vers le rein et la réinfection de l'arbre urinaire.

Le régime général de la colibacillose urinaire visera donc à

- 1° Acidifier fortement les urines et à rendre le tractus urinaire inhabitable pour le colibacille ;
- 2° Eviter les aliments fermentescibles ;
- 3° Lutter contre la constipation.

Pour acidifier les urines, Helmholtz avait préconisé en 1931 le régime dit *cétogène*. Mais pour conférer aux urines une acidité antibactérienne suffisante, ce régime doit être constitué presque uniquement de graisses et de protéines et contenir très peu d'hydrates de carbone et d'eau. Ceci a le malencontreux effet de déterminer de la constipation et de dégoûter le patient à brève échéance. On contourne maintenant cette difficulté en donnant un régime *cétogène* mitigé (à base surtout d'aliments acidifiants², mais suffisamment pourvu de légumes, de fruits et d'eau pour assurer l'évacuation intestinales), et en y adjoignant des doses quotidiennes d'acide mandélique, sous forme d'acide mandélique pur ou de mandélate d'ammonium³.

A la cessation du traitement local par le bactécoliphage ou le sérum anticolibacillaire.

Faire suivre au patient une diète surtout à base d'aliments acidifiants.

A la fin de ses quatre repas quotidiens, lui faire ingérer soit 3 grammes d'acides mandélique, soit une ampoule de

² Les aliments acidifiants, c'est-à-dire produisant des déchets acides, sont les suivants: le pain, les céréales, le maïs, le riz, les biscuits, les oeufs, les poissons, les viandes maigres, les huîtres, les prunes et pruneaux, les canneberges.

Le beurre, le crème, l'huile, le lard, le sucre, le tapioca, fournissent des déchets neutres.

Les fruits (sauf les prunes et les canneberges), les légumes, les noix (sauf les arachides) fournissent des déchets alcalins. (Pour plus amples détails, voir: « La Diététique », Hôtel-Dieu de Montréal, 1937, pp. 106-167 et 215-216).

³ L'acide mandélique, préconisé par Rosenheim, s'administre par la bouche, traverse l'organisme sans être modifié ou détruite et s'élimine par l'urine. Il a un pouvoir acidifiant et bactéricide considérable. Il faut dire qu'il agit seulement quand le pH urinaire est inférieur à 5.3. De là la nécessité de mesurer fréquemment le pH urinaire avec un papier tournesol spécial.

mandélate d'ammonium, dans un verre d'eau sucrée ou de vin coupé.

Ne pas laisser boire au patient plus de 1200 à 1500 cc d'eau par jour, pendant la durée du traitement.

Si au bout de deux ou trois jours le pH urinaire reste plus élevé que 5.3 et ne semble pas devoir virer vers une acidité plus prononcée, administrer au patient. 1 gramme de chlorure d'ammonium au milieu de chaque repas.

Dès que les urines deviennent claires et stériles, cesser ce traitement.

Lutter contre la constipation avec des laxatifs huileux.

Nous suggérons le traitement par l'acide mandélique comme complément de la sérothérapie locale parce que celle-ci donne d'excellents résultats. Mais dans certains cas d'anaphylaxie au sérum ou de résistance au bactériophage, l'acide mandélique remplacera avec avantage le bactériophage et le sérum anticolibacillaire. Ces cas sont l'exception toutefois.

La sérothérapie anticolibacillaire et la bactériophagothérapie par voie buccale ou en injection n'ont pas donné les résultats qu'on en attendait dans le traitement des colibacilloses urinaires et génitales. De là le discrédit dont elles souffrent auprès de nombreux praticiens. Par contre le traitement local de ces affections par le bactériophage ou le sérum anticolibacillaire de Vincent ont remporté des succès presque constants entre les mains des spécialistes qui se sont occupés de cette question. L'un d'eux, M. Henri Bith, affirme même obtenir 100% de guérison avec les instillations de bactériophage dans le traitement précoce de la colibacillose urinaire reconnue comme telle.

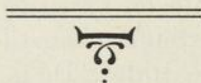
Reste à dire que la leucorrhée à colibacilles répond mieux au traitement local par le sérum anticolibacillaire de

Vincent, tandis que l'instillation de bactécoliphage s'avère l'arme de choix contre la colibacillose urinaire.⁴

La grande efficacité des médicaments spécifiques appliqués localement dans la colibacillose uro-génitale de la femme nous fait glisser rapidement sur les antiseptiques (urotropine, hexylsésorcine, bleu de méthylène, acriflavine, permanganate de potasse, etc.), dont l'action est dans ces cas plus lente et aléatoire.

Contre les douleurs pelviennes, analgésiques *per os* (aspirine, dionine, codéine, etc., etc.), suppositoires de belladone et codéine, bains de siège chauds, etc.

Enfin, un mot pour finir des salpingites à colibacilles. Ne pas les confier d'emblée à la chirurgie. A l'encontre des autres salpingites, elles guérissent souvent spontanément, (la trompe se vidant brusquement de son pus tout comme un abcès), à la faveur du traitement local.



⁴ Noter que le sérum anti-colibacillaire peut parfois produire des accidents de choc sérique. Le bactériophage est un médicament plus anodin.

CONSIDÉRATIONS SUR L'AVERTINE

Par A. MARSOLAIS

L'anesthésie par voie rectale présente de grands avantages. Elle est mieux acceptée que l'anesthésie par inhalation chez les malades anxieux ou pusillanimes; elle leur enlève la peur de monter à la salle d'opération, de se voir appliquer le masque sur la figure, et de respirer des vapeurs désagréables.

Depuis 1846 on a tenté plusieurs essais dans cet ordre d'idées. Les lavements d'éther furent délaissés à cause de la fréquence des complications du côté du rectum. Ce n'est qu'en 1926 que Eichholtz en Allemagne publia les premiers travaux sur l'Avertine, cette substance qui, en quelques années, devait rendre pratique l'anesthésie par voie rectale. Depuis, de nombreuses communications ont été faites sur le sujet, les unes pour, les autres contre; il est permis de croire que parmi les adversaires de l'Avertine, quelques-uns le sont devenus pour avoir voulu administrer de trop fortes doses. Les accidents qu'ils ont essuyés les ont fait abandonner cet anesthésique.

Chimiquement, il est appelé Tribrométhanol ou Alcoool Tribrométhylque et répond à la formule suivante : $\text{CBr}^3\text{CH}^2\text{OH}$. Il est soluble dans l'eau jusqu'à concentration de 3½%. C'est un composé peu stable; aussi faut-il avant toute anesthésie lui faire subir l'épreuve au Rouge Congo pour s'assurer qu'aucune trace d'acide Bromhydrique ne s'est produite par décomposition.

Dans notre service à l'Hôtel-Dieu, nous l'utilisons fréquemment comme anesthésique de base; pour produire l'anesthésie chirurgicale, il suffit d'une faible dose d'Ether

ou de Cyclopropane avec une proportion d'Oxygène très avantageuse pour l'opéré.

Comme préparation, nous faisons donner au malade un lavement évacuant le soir précédant l'opération. Nous ne donnons aucune médication. A ce sujet, la plupart des auteurs sont opposés à l'association Morphine-Avertine comme trop déprimante pour le système respiratoire. Déjà en 1930 Young notait les effets déplorables de cette association en parlant des complications pulmonaires post-opératoires. Shipway qui au début (1928-29) faisait généralement précéder l'Avertine d'une dose de Morphine, écrit en janvier 1936 que ces substances étant toutes deux déprimantes pour la respiration, leur association peut conduire à une diminution profonde de la sensibilité du centre nerveux au point de l'empêcher de répondre aux stimulants normaux (Can. Med. Assn. Jour.). D'ailleurs l'association de ces deux substances dans les accidents rapportés est trop constante pour être ignorée (Heard, 1936). Plus les publications sont récentes, moins elles sont en faveur de la préparation à la Morphine. Clausen dans le Clinical Journal de janvier 1938 nous met spécialement en garde contre l'association des opiacés aux anesthésiques de base. « Cette association a été responsable de plusieurs désastres ». Il pourrait être avantageux d'employer l'Atropine pour diminuer les sécrétions; on la conseille surtout chez les enfants, pour les interventions dans la cavité buccale.

Nous donnons le lavement à l'Avertine une demi-heure avant l'opération. Ce temps est suffisant pour que le malade soit endormi ou du moins ne garde aucun souvenir de son passage à la salle d'opération. La solution telle que nous la préparons est à 2½% dans l'eau distillée et chauffée à 40° C. Après l'épreuve au Rouge Congo, l'injection rectale est faite lentement, en prenant de cinq à dix minutes. De cette façon le médicament s'absorbe facilement, le malade

n'en ressent aucun inconvénient, et après un intervalle de dix à trente minutes il dort plus ou moins profondément sans avoir présenté de période d'excitation. Le réveil se produit au bout de deux à quatre heures et il est généralement calme; d'ailleurs à cette période cesse la contre-indication à l'opium et à ses alcaloïdes.

La dose à administrer varie selon le poids, l'âge et l'état de santé du sujet. La plupart des auteurs conseillent de ne pas dépasser 100 mgrs par kilogramme de poids. En effet, après l'injection de la solution, on a peu de contrôle sur l'anesthésique; dans notre service, nous dépassons rarement 90 mgrs par kilo; comme il nous suffit d'une faible addition de Cyclopropane pour obtenir une anesthésie suffisante, nous croyons devoir nous en tenir à des doses allant de 60 à 90 mgrs et nos opérés ne courent pas de risques inutiles. Si le malade est un obèse, il faut être prudent et tenir compte du poids qu'il devrait avoir.

L'âge fait varier la dose de l'Avertine; chez les enfants il faut donner plus par unité de poids. On a préconisé des doses allant de 125 à 200 mgrs par kilo (Bourne, Leigh et Fitzgerald, 1936). Chez les vieillards, il convient d'être prudent, non seulement à cause de l'âge du sujet, mais à cause de l'état de ses différents systèmes. Et j'en arrive à considérer les états pathologiques qui feront varier la dose de l'Avertine.

Parmi les troubles qui commandent une plus faible dose relativement au poids, citons l'hypotension artérielle, l'obésité, la toxémie, la cachexie; les athlètes soumis à un rigoureux entraînement et à une abstinence complète de tabac et d'alcool commanderont une plus faible dose; ils sont considérés comme ces individus émaciés qui ont brûlé toute leur réserve hydrocarbonée (Shipway). Les femmes requièrent des doses moindres que les hommes. Au contraire les

malades ayant un métabolisme élevé, les nerveux, les narcomanes et les alcooliques tolèrent et appellent des doses plus élevées; ainsi en est-il des imaginatifs qui vivent dans une continuelle tension nerveuse, tels les artistes, les acteurs, les musiciens (Shipway). En résumé, chaque malade est l'objet d'une étude spéciale; en tenant compte de ces données générales basées sur l'expérience, on établit les doses individuelles.

Dans le cas de surdose, la Coramine est l'antidote le plus recommandé; on lui adjoint au besoin les sérums salés et glucosés, et les inhalations d'Oxygène et d'Acide Carbonique.

Chez les malades soumis à cette anesthésie on note beaucoup moins de nausées et de vomissements post-opératoires. L'intestin n'est pas plus distendu qu'avec les autres anesthésiques. Les expériences de Bourne, Raginsky et Parsons ont démontré que l'Avertine a peu d'effet nocif sur le foie. La muqueuse rectale n'est aucunement lésée par l'injection.

Aux doses ordinaires, l'Avertine ne trouble pas le fonctionnement du coeur et ne produit pas de changements histologiques sur cet organe. On note tout au plus une légère accélération des battements. Des doses trop élevées ralentissent le coeur et diminuent la circulation périphérique. La pression systolique est légèrement abaissée après l'absorption de Tribrométhanol; d'ailleurs une injection d'Ephédrine la rétablit rapidement lorsque la chute de la tension est trop prononcée. Le temps de coagulation est augmenté de quelques minutes. L'Avertine produit un certain degré d'hyperglycémie qui disparaît lentement avec l'élimination de l'anesthésique.

Pour ce qui est de la respiration, l'Avertine en change peu la fréquence, mais en diminue l'amplitude. C'est un déprimant respiratoire, comme on l'a vu précédemment.

Les urines sont légèrement diminuées de volume durant les premières vingt-quatre heures et elles contiennent de l'Avertine jusqu'à quatre jours après son administration (Morton). Néanmoins le fonctionnement rénal et l'élimination azotée sont peu modifiés.

Peu après l'injection, le malade entre dans une courte période d'obnubilation accompagnée quelquefois de logorrhée, mais jamais d'excitation bruyante. On n'observe pas de complications post-opératoires sur le système nerveux.

Comme on peut le voir par ce bref énoncé de l'action de l'Avertine sur les différents organes, ses contre-indications sont assez restreintes. En premier lieu viennent les états inflammatoires du rectum et du côlon, de même que l'occlusion intestinale. Il faut s'en abstenir chez les malades ayant une très basse pression artérielle, quelle qu'en soit la cause : shock, hémorragie, infection ou cachexie. Comme le danger réside surtout dans la dépression du centre respiratoire, il est prudent d'écarter cet anesthésique dans les cas avancés de Tuberculose pulmonaire où les échanges respiratoires sont diminués, dans l'empyème aigu, dans les états de somnolence médicamenteuse ou toxémique, dans les cas de grande insuffisance thyroïdienne. Dans la cyanose congénitale, on peut l'employer à dose modérée ; il en est ainsi dans les maladies du foie et des reins qui autrefois (1931) étaient considérées comme des contre-indications absolues.

En résumé, le Tribrométhanol peut rendre de grands services lorsqu'il est employé à bon escient. Il s'applique surtout aux hyperthyroïdiens, aux personnes souffrant de maladies du coeur, de bronchite chronique ou d'asthme. Pour pratiquer l'encéphalographie, l'anesthésie à l'Avertine a donné d'excellents résultats.

A l'Hôtel-Dieu, nous l'utilisons assez fréquemment pour la chirurgie abdominale et les opérations sur la glande thy-

roïde, spécialement le goût toxique. Les hyperthyroïdiens tolèrent et éliminent rapidement des doses assez élevées. Nous avons eu l'occasion de l'employer aussi dans quelques cas d'opérations sur les sinus ou le pharynx. Dans tous les cas nous nous en sommes tenus à des doses modérées, nous avons complété l'anesthésie par des inhalations d'Ether ou plus souvent de Cyclopropane, nous n'avons pas eu d'accidents graves dus à l'Avertine, et nous croyons avoir rendu service aux malades et satisfait les chirurgiens.

AUTEURS A CONSULTER

- WADDY, F. F., M.B., Ch.B. — *The Fear of Anaesthesia.*
- BOURNE, W., et RAGINSKY, B. B. — *Am. Jour. Surg.*, 14:653, Déc. 1931. — *J. Pharmacol. & Exper. Therap.*, 43:209, Sept. 1931.
- BOURNE, W. — *Can. Med. Assn. Jour.*, 35:278-281, Sept. 1936.
- BOURNE, W., et O'SHAUGHNESSY, P. E. — *Can. Med. Assn. Jour.*, 31:276—284, Sept. 1934.
- RAGINSKY, B. B., BOURNE, W., et BRUGER, M. — *J. Pharmacol. & Exper. Therap.*, 43:219, Sept. 1931.
- WHITE, C. S. — *South. Med. & Surg.*, 92:328, Mai 1930. — *Ann. Surg.*, 94:888, Nov. 1931.
- KREISELMAN, J. — *Ann. Surg.*, 94:885, Nov. 1931.
- SHIPLEY, A. M., et KARNS, C. F. — *Tr. Sect. Surg., General & Abd., A. M. A.*, 1930, p. 54.
- HEARD, K. M. — *Can. Med. Assn. Journ.* 33:395-400, Oct. 1935.
- ARNHEIM, E. E. et TUCHMAN, L. R. — *Arch. Surg.* 29:1-15, Juillet 1934.
- MUELLER, L. B. — *Jour. Indiana State Med. Assn.* 29:175-180, Avr. 1936.

MORTON, W. R. N. — Brit. Jour. Anaesth., 12:33-40, Oct. 1934.

SHIPWAY, F. E. — Can. Med. Assn. Jour. 34:2-9, Jan. 1936.

SOMMER, G. N., Jr. — Jour. Med. Soc. New Jersey, 34:323-330, Mai 1937.

CLAUSEN, R. J. — Clin. Journ. 77:24-31, Jan. 1938.



HÉMORRAGIES UTÉRINES FONCTIONNELLES ET LEUR TRAITEMENT

Par PIERRE MEUNIER

(ancien interne de l'Hôtel-Dieu)

Les hémorragies utérines anormales, ménorragies, métrorragies, mémo-métrorragies, ont été surtout bien étudiées par M. Claude Béchère, dont j'ai suivi la consultation pendant plusieurs mois.

Il les divise en deux grandes variétés étiologiques : hémorragies par lésion organique et hémorragies fonctionnelles.

Les premières dépendent d'une lésion locale ; à l'examen gynécologique, on trouvera un fibrome ou un cancer du col, ou un polype cervicale. Ou bien, l'hystérogaphie nous révélera un petit polype intra-cavitaire muqueux ou fibreux, ou un néoplasme au début, d'anciens débris placentaires, ou une image dentelée, signe d'hyperplasie muqueuse.

Quand toutes les lésions organiques ont été sûrement éliminées, on peut alors envisager la possibilité d'hémorragies fonctionnelles. Celles-ci sont dues à une lésion ovarienne et consécutivement, à une perturbation hormonale. L'utérus, dans ces cas, ne présente pas de lésion véritable. La muqueuse utérine, très épaissie, présente des vallonements qui lui donnent un aspect fongueux. Son épaisseur peut atteindre deux centimètres. On y trouve aussi des foyers hémorragiques. Au microscope, on voit une prolifération intense des tubes glandulaires. Ceux-ci restent rec-

tilignes, serrés les uns contre les autres, ou bien deviennent sinueux. Ces deux aspects histologiques sont liés à l'excès de folliculine ou de progestérone, et on a pu les reproduire expérimentalement. Cette étude histologique de la muqueuse utérine est devenue un signe positif de dysfonctionnement ovarien et est entrée dans la pratique courante sous le nom de diagnostic cyto-hormonal. Le prélèvement d'un fragment de la muqueuse utérine à l'aide de la sonde aspiratrice de Novak, peut se faire très rapidement et très facilement sans anesthésie et à la consultation.

Quelles sont les lésions ovariennes susceptibles de déterminer ainsi des perturbations hormonales et des hémorragies? Monsieur Béchère les divise en lésions congénitales et lésions acquises. Les lésions acquises sont l'infection et la dégénérescence.

On sait depuis longtemps que les métrorragies de la ménopause (sans lésion organique) sont dues à la dégénérescence scléreuse des ovaires et au dysfonctionnement de ceux-ci. Mais la dégénérescence du tissu ovarien peut survenir bien avant la ménopause et provoquer de la même façon des hémorragies. Le type de ces lésions dégénératives est la transformation microkystique des ovaires, ce que l'on appelle communément l'ovarite scléro-kystique. Dans quelles conditions apparaît-elle? Très souvent, il s'agit d'un manque d'hygiène. Personne n'ignore la fréquence des ovarites scléro-kystiques chez la jeune fille soumise à une vie sédentaire et à de longues heures d'études. Expérimentalement, la mise en cage des animaux provoque les mêmes phénomènes. Dans de telles conditions, il arrive souvent qu'une jeune fille dont le début de la vie génitale a été normal, présente tout-à-coup des hémorragies ou de la dysménorrhée. Si l'examen gynécologique est négatif, si elle n'a aucun

passé infectieux, il est logique de conclure que ses conditions de vie influent défavorablement sur ses sécrétions ovariennes, et qu'il suffira pour la guérir de lui redonner un régime de vie plus normal.

Fortement liée à un manque d'hygiène, l'avitaminose apparaît encore comme une cause importante. Cotte signale aussi le déséquilibre vago-sympathique. Les infections générales (tuberculose), les intoxications, tout peu retentir défavorablement sur l'ovaire et Chromé résume bien la question en disant que « la dégénérescence microkystique est le mode réactionnel d'un ovaire particulièrement fragile à toutes les influences morbides ».

L'infection génitale joue aussi un grand rôle dans la genèse des hémorragies utérines, mais ce n'est pas l'infection utérine qui est cause des hémorragies. J.-L. Faure admettait qu'il n'existe pas de métrite hémorragique véritable : « On observe, disait-il, quelquefois des pertes de sang abondantes et prolongées au cours des métrites et cette complication constitue un signe capital. Ces hémorragies seraient d'origine annexielle et dues à des altérations de la sécrétion interne de l'ovaire. » — Aujourd'hui, on peut considérer comme certaine cette atteinte de l'ovaire par l'infection, chaque fois que se produisent des hémorragies au cours d'une infection génitale. Elles sont liées à un trouble hormonal comme dans la dégénérescence microkystique. Les lésions anatomo-pathologiques sont analogues ; en effet, les phénomènes de sclérose et la dégénérescence kystique ont été longtemps considérées comme uniquement d'origine infectieuse. Il faut noter, cependant, que ce ne sont pas les infections aiguës qui produisent le plus fréquemment ces hémorragies, mais les infections sub-aiguës et chroniques (salpingo-ovarites). Nombreux sont les cas d'annexites rapportés par

M. Béchère où traitement médical ou chirurgical ont fait disparaître les hémorragies. Dans ces cas, il s'agit habituellement de femmes à la période active de la vie génitale. Elles se présentent pour métrorragies ou ménorragies. L'interrogatoire nous révèle que, par le passé, elles ont déjà présenté quelques petits signes d'infection génitale : leucorrhée légère, douleurs abdominales, un peu de dysurie. A l'examen, on trouve un cul-de-sac rétréci, un léger empâtement ou une légère douleur d'un côté ou de l'autre, souvent une cervicite.

Voyons maintenant quelles conclusions utiles on peut tirer pour le traitement.

S'il s'agit d'une jeune fille présentant des perturbations hormonales liées à une dégénérescence microkystique des ovaires, les soins d'hygiène sont au premier plan : meilleures conditions de vie, repos, exercice, dépistage des foyers d'infection, des causes d'intoxication, examen général, et enfin, examen du sang, car il y a souvent des altérations sanguines. Pour mieux préciser la nature du déséquilibre hormonal, on peut faire des dosages hormonaux et instituer un traitement opothérapique. Mais les dosages hormonaux ne sont pas encore complètement sortis du domaine expérimental.

Dans les métrorragies de la ménopause, on dispose actuellement d'un remède très efficace : le propionate de testostérone. Les résultats acquis sont surprenants. M. Béchère a publié dans le bulletin de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de décembre 1938, une série de succès, et j'ai vu à sa consultation, nombre d'autres cas guéris ou très améliorés. Le diagnostic doit être cependant bien établi, contrôlé même par l'hystérographie au cas où il y aurait un fibrome sous-muqueux.

Le propionate de testostérone a donné de si merveilleux résultats qu'on l'a même essayé dans les hémorragies fonctionnelles par infection génitale acquise. Les résultats furent en grande partie favorables mais le traitement anti-infectieux reste au premier plan : diathermie et septoplix.



NÉCROLOGIE

LE DOCTEUR MARCEL PINARD

La mort inopinée de Marcel Pinard a jeté un vif émoi en tous ceux qui le connaissaient. Elle prive la science française de l'un de ses collaborateurs les plus fidèles. Avec lui disparaît une autre figure, qui comme Darier, Jeanselme, Ravaut, Louste, Lortat-Jacob, ont laissé un sceau intangible au frontispice de la dermato-syphiligraphie française.

Au physique comme au moral, Pinard était une noble figure: taille régulière, plutôt grand, sommet grisonnant bien garni au centre, face allongée, front fuyant, lèvre supérieure épaisse munie d'une moustache un peu tombante, sourcils abondants au dessus d'yeux inquisiteurs, sourire doux, traits unis. Sobre de paroles et de gestes, verbe grave mais sympathique, cerveau bien meublé, humeur égale, distinction sans affectation, parfaite gentilhommérie. Dans l'ensemble une personnalité de marque qu'on ne peut oublier.

Comme la plupart des Maîtres français, il a beaucoup publié. Ses travaux se retrouvent épars dans les publications des Sociétés savantes et dans les Revues scientifiques.

La passion de l'initiative et de l'action était son trait dominant.

Il fonda à l'Hôpital Cochin un Centre de Malariathérapie.

Et pendant les épreuves de la guerre il conçut cette œuvre maîtresse: la création d'une Clinique pour les hérédos-

syphilitiques qui mouraient en grand nombre. Il s'intéressa d'une façon particulière à la lutte antivénérienne et fut pendant plusieurs années le Secrétaire-général de la Ligue Internationale contre le péril vénérien.

Il vint au Canada en deux circonstances et fit de nombreux amis dont il aimait à parler, comme les LeSage, les Dubé, les Bourgeois, les Desloges, les Archambault, les Mercier, les Marin, les Letondal, etc. Et à sa table, les Canadiens étaient accueillis comme des hôtes d'honneur, comme j'ai pu le constater moi-même.

Le docteur Pinard vint à Montréal la première fois en 1922 pour assister au Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, présidé par le docteur J. E. Dubé. La délégation française à ce Congrès était présidée par le docteur Charles Achard.

La disparition de Marcel Pinard laissera un grand vide, mais ses œuvres, inséparables de celui qui les a créées, perpétueront son souvenir.

Que Madame Pinard, sa très digne épouse, et tous les membres de sa famille, que j'eus l'honneur de connaître, veuillent bien trouver ici, en mon nom et au nom de mes compatriotes, l'expression de nos condoléances les plus sincères.

PAUL POIRIER.



CONFÉRENCES

Monsieur le Docteur LÉO PARISEAU : La passionnante histoire de la lumière polarisée. A l'Université de Montréal, sous les auspices de l'ACFAS, le 10 mai dernier.

Monsieur le Professeur MASSON : Adéno-sarcomes du rein. — Réunion annuelle de la Société Royale du Canada, section de médecine, le 22 mai dernier.

Monsieur le Docteur LUCIEN RIOPELLE : Présence de tissu noto-chordal et d'un segment de colonne vertébrale dans un dysembryome ovarien. — A la réunion annuelle de la Société Royale du Canada, section de médecine, le 22 mai dernier.

DON À L'HÔTEL-DIEU

L'Hôtel-Dieu de Montréal tient à exprimer sa vive reconnaissance à la mémoire du regretté Docteur Edouard-Etienne Laurent, décédé le 26 mars 1939, pour le don d'une bibliothèque considérable qu'il a offerte à l'Hôpital. Cette bibliothèque comprend environ 400 volumes, en partie portant sur la spécialité d'oto-rhino-laryngo-ophtalmologie; aussi un grand nombre de volumes ayant trait aux sciences, à la philosophie, etc., une encyclopédie et de nombreux dictionnaires.

NOUVELLES

Monsieur le Professeur J.-E. DUBÉ a été décoré de l'insigne de Membre honoraire de la Canadian Medical Association, lors d'une séance solennelle tenue à l'Hôtel Windsor, pendant le congrès.

La très Révérende SOEUR ALLARD, « docteur honoris causa de l'Université de Montréal », hospitalière-en-chef de l'Hôtel-Dieu, a présidé l'Assemblée générale de l'Association des gardes-malades enregistrées de la Province de Québec, tenue à Québec en juin dernier, conjointement avec Mlle Maog.

Monsieur le Docteur MALCOM T. ECHREAN, M. D., C. M., F.A.C.P., Facha D.Sc., Associate Director, American College of Surgeons, and Director of Hospital Activities, est venu faire une visite amicale aux autorités religieuses et médicales de l'Hôtel-Dieu.

NOMINATIONS

Monsieur le Docteur ANTONIO BARBEAU : Chef du service de Neuro-psychiatrie de l'Hôtel-Dieu et chargé de la Clinique de l'Université de Montréal.

Monsieur le Docteur CHARLES-A. LEFRANÇOIS : Assistant dans le service de chirurgie de l'Hôtel-Dieu.

Monsieur le Docteur RODRIGUE LEFEBVRE : Assistant à titre universitaire.

Monsieur le Docteur ALBERT JUTRAS : Assistant à titre universitaire.

Monsieur le Docteur RENÉ DANDURAND : Assistant à titre universitaire.

LE DOCTEUR ÉMILE LEGRAND

Le Docteur Emile Legrand, médecin consultant de l'Hôtel-Dieu, a été nommé Professeur Titulaire de la Chaire de Psychiatrie de l'Université de Montréal.

LE DOCTEUR ANTONIO BARBEAU

Le Docteur Antonio Barbeau, chef du Service de Neuro-Psychiatrie de l'Hôtel-Dieu a été nommé Professeur Titulaire de la chaire de Neurologie de l'Université de Montréal.

TRAVAUX

présentés au dernier congrès de la Canadian Medical Association,
tenu à l'Hôtel Windsor en juin dernier

Monsieur le Professeur OSCAR MERCIER: Un film sur le traitement chirurgical de la rupture de l'urètre.

Messieurs les docteurs OSCAR MERCIER, JEAN-PAUL LEGAULT et J.-P. BOURQUE: Exhibit scientifique représentant les lésions pathologiques du ractus urinaire.

N. B. — Les titres des autres travaux ont paru dans le dernier numéro du Journal.



LIVRES ANCIENS À VENDRE

Un Hôtel-Dieu de France (Laval) désire mettre en vente une série de volumes dont voici la liste.

Pour renseignements, s'adresser au Bureau de l'Hospitallière en chef à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Années

Maistre Leonard Fuchs:

Histoire générale des Plantes avec leur propriété
et vertu 1668

Moyse Charas:

Histoire naturelle des Animaux, des Plantes, et
des Minéraux qui entrent dans la composition
de la Thériaque d'Andromachus 1668

J.-B. Chomel, docteur régent en la Faculté de médecine de Paris:

Abrégé de l'Histoire des Plantes usuelles.
Ouvrage en deux volumes 1715

Histoire des Plantes de l'Europe et des plus usitées qui viennent d'Asie, d'Afrique et d'Amérique. Ouvrage en deux tomes, rangé suivant l'ordre du Pinax, de Gaspard Bauhin 1766

Bauderon:

Paraphrase sur la Pharmacopée 1644

Années

Moyse Charas, docteur en médecine :

Pharmacopée royale Galénique et Chimique.

Tome 1er 1691

M. de Meuve, docteur en médecine :

Dictionnaire pharmaceutique ou Apparat Medico-Pharmaco-Chimique. Tome 1er

1678

Nicolas Lemery, docteur en médecine :

Traité universel des Drogues simples 1699

La Pharmacopée universelle, 2e édition 1716

Cours de Chimie, contenant la manière de faire les opérations qui sont en usage dans la médecine. 11e édition 1730

Baumé, maître Apothicaire de Paris et Démonstrateur en Chymie :

Eléments de pharmacie théorique et pratique .. 1762

Elément de pharmacie théorique et pratique .. 1770

Eléments de pharmacie théorique et pratique. 5e édition 1784

Bouchardat :

Formulaire magistral, avec les poids nouveaux et anciens en regard 1840

Le Médecin des Pauvres 1672

Louys Guyon Dolois, sieur de la Hauche :

Le Cours de Médecine en français, contenant le Miroir de Beauté et Santé corporelle. 7e édition 1678

Années

L'Albert moderne	1782
Recueil de Receptes où est expliquée la manière de quérir à peu de frais, le tout expérimenté par Madame Fouquet	1684
Suite du Recueil des Remèdes faciles et domes- tiques, recueillis par Madame Fouquet	1687

M. L . . . et M. de B . . .

Dictionnaire portatif de Santé, ouv. en 2 vol. ..	1761
Manuel du jeune Chirurgien, ouv. en 2 vol. ..	1771
Manuel des Dames de Charité, 3e édition ..	1755
Manuel des Dames de Charité, 4e édition ..	1758
Recueil alphabétique des Prognostics, pour ser- vir à Messieurs les Recteurs	1746
Nouvelles Instructions pour les Confitures, les Liqueurs et les Fruits	1737
Le confiturier royal, ou Nouvelle Instruction pour les Confitures, les Liqueurs et les Fruits	1776
Cantiques ou Opuscules lyriques, sur différents sujets de piété, avec les airs notés. A l'usage des Catéchismes de la Paroisse de Saint-Sulpice. Seconde partie	1768

Saynète :

Pastorale sur la Naissance de N.-S. J.-C. conte- nant l'Adoration des Pasteurs, des Rois Mages, la descente de S. Michel aux Limbes et le Mas- sacre des Innocens	XVIIe siècle
Volume contenant 70 vieux Noël's, avec indica- tion des airs en musique	XVIIe siècle

	Années
Cantiques ou Opuscules lyriques sur différents sujets de piété, avec les airs notés. A l'usage des Catéchismes de la paroisse de Saint-Sulpice.	
Nouvelle édition	1816
Nouveau choix des Cantiques de Saint-Sulpice avec tous les airs en musique	1816
<i>Idem</i>	1828
<i>Idem</i>	1839
<i>A. M. D. G. . . .</i>	
Recueil de Cantiques spirituels, avec les airs notés. 476 cantiques, 350 airs notés. Seconde édition	1824
Cantiques divers	1839
Traduit de l'Anglais sur la 13e édition de <i>Laurent Echard</i> par <i>Monsieur Vosgien</i> :	
Dictionnaire géographique, portatif ou description des royaumes, provinces, villes, patriarchats, évêchés, duchés, comtés, marquisats, Villes impériales et Anseatiques. Ports, Fortereses, Citadelles, et autres lieux considérables des quatre parties du monde dans lequel on indique	1768
<i>Restaut, avocat</i> :	
Traité de l'Orthographe française, en forme de dictionnaire, avec appendice ou Abrégé des Règles de la versification française	1792
Vocabulaire ou Dictionnaire portatif de la Langue françoise avec vocabulaire géographique ..	1808
<i>Hérisson et Glot</i> :	
Atlas du Dictionnaire de Géographie universelle par Hérisson, Ingénieur, Géographe, et gravé au burin par Glot	1806

Années

Petit Atlas classique contenant: tableaux de la
Géographie physique et mathématique, la map-
pe-monde, l'Europe, l'Asie, l'Afrique, l'Améri-
que septentrionale, l'Amérique méridionale,
l'Océanie de la France 1832

Monin:

Grand Atlas classique de la Géographie ancienne,
du moyen-âge et moderne, 40 pages 1841



Un assortiment complet de LIVRES MÉDICAUX ET SCIENTIFIQUES,
comportant les dernières éditions et les ouvrages les plus
récents en provenance des Editeurs suivants:

F. Alcan - J. B. Baillière & Fils - G. Dion & Cie - Expansion
Scientifique Française - Gauthier Villars - A. Legrand
N. Maloine - Vigot Frères - Masson & Cie

se trouve chez

J. EDDÉ Limitée, Edifice New Birks. — MONTRÉAL

◆

C'est un fait bien connu qu'à dose thérapeutique l'alcool est un antipyrétique et un stimulant diffusible. Il est surtout indiqué chez les alcooliques atteints d'une affection aiguë, dans les infections à forme adynamique avec asthénie cardiaque et dans la pneumonie.

●

Dans les
cas où le médecin jugera
nécessaire d'administrer l'alcool
sous forme d'eau-de-vie, le
COGNAC MONNET
se recommande particulièrement à
son choix. Le médecin est assuré
de prescrire alors un produit
vraiment supérieur.

▼

GIN DE KUYPER DE HOLLANDE



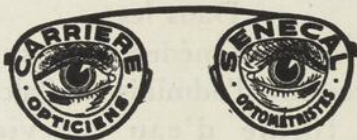
Stimulant et diurétique que prescrit, depuis plus de 100 ans, la faculté médicale canadienne. Particulièrement efficace dans les cas où d'autres stimulants ne sont pas indiqués.

10 onces	-	-	-	-	-	90c.
26 onces	-	-	-	-	-	\$2.00
40 onces	-	-	-	-	-	\$2.80

"Cette Réelle Saveur de Hollande"

GIN de Kuiper

Distillé et embouteillé sous la surveillance directe de John de Kuiper & Son, Distillateurs, Rotterdam, Hollande. Maison fondée en 1695 — En vente au Canada depuis plus de 100 ans.



Emile Carrière, O.D.

LIMITEE

Adrien Sénécal, O.D.

CARRIÈRE & SÉNÉCAL

Optométristes-Opticiens à l'Hôtel-Dieu

271 RUE SAINTE-CATHERINE EST, MONTREAL

Tél. LANcaster 2211-2212

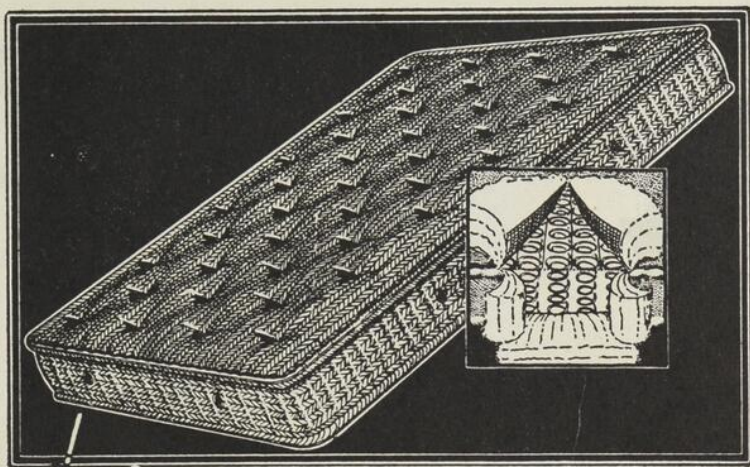
Spécialités:

Ajustement des yeux artificiels

Prescriptions de MM. les Oculistes remplies avec soin.

Matelas
"Deepsleep"
Simmons

Contient des centaines de ressorts-spirales trempés, d'une sensibilité extrême, rembourré de moelleux coton blanc, donnant un confort parfait et un plus long usage. Spécialement recommandé pour hôpitaux, institutions, hôtels, etc.



SIMMONS **Lits** - **Sommiers** - **Matelas** - **Oreillers**

La NOURRITURE

Le BON aliment stimule l'énergie.

Manger est indispensable, qui oserait le nier ? — Mais bien choisir les aliments, voilà le point capital.

On a plus appris sur ce point dans les dernières années que pendant cinq cents ans . . . Et c'est à la suite de ces expériences et de recherches fort poussées que les savants ont placé le lait à la tête des aliments — le lait est un aliment presque parfait . . . quand il est traité avec l'outillage ultra-moderne de J.-J. Joubert. C'est pourquoi le lait Joubert est si fortement recommandé à tous ceux qui recherchent une nourriture et un aliment parfait.

*Assurez-vous-en une provision
quotidienne en téléphonant à*

FRONTENAC 3121

J. J. Joubert
LIMITÉE



NOS ANNONCEURS

SOUTIENNENT VOTRE JOURNAL

SOUTENEZ NOS ANNONCEURS



PAR VOS ACHATS

ASSURANCES GÉNÉRALES

Les Meilleurs Contrats aux Meilleurs Prix

**Spécialités : Assurances contre les risques
professionnels**

ACCIDENTS ET MALADIES — AUTOMOBILES

GASTON RIVET

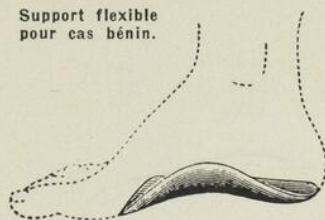
266 RUE ST-JACQUES OUEST . . . Tél. MArquette 2587

*Renseignez-vous auprès de vos confrères et demandez nos conditions.
Des centaines de médecins sont nos clients satisfaits.*

Demandez notre brochurette « L'INVENTAIRE DE LA MAISON ».

Elle vous sera envoyée sans frais sur demande.

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 PLANTAIRES, ETC.

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

Toutes Grosseurs
D'ANTHRACITES

"WELSH"

"SCOTCH"

et

"SCRANTON"

'bleu'

"Le Marchand Indépendant"

F. H. Phelan

"A la Tonne ou au Char"



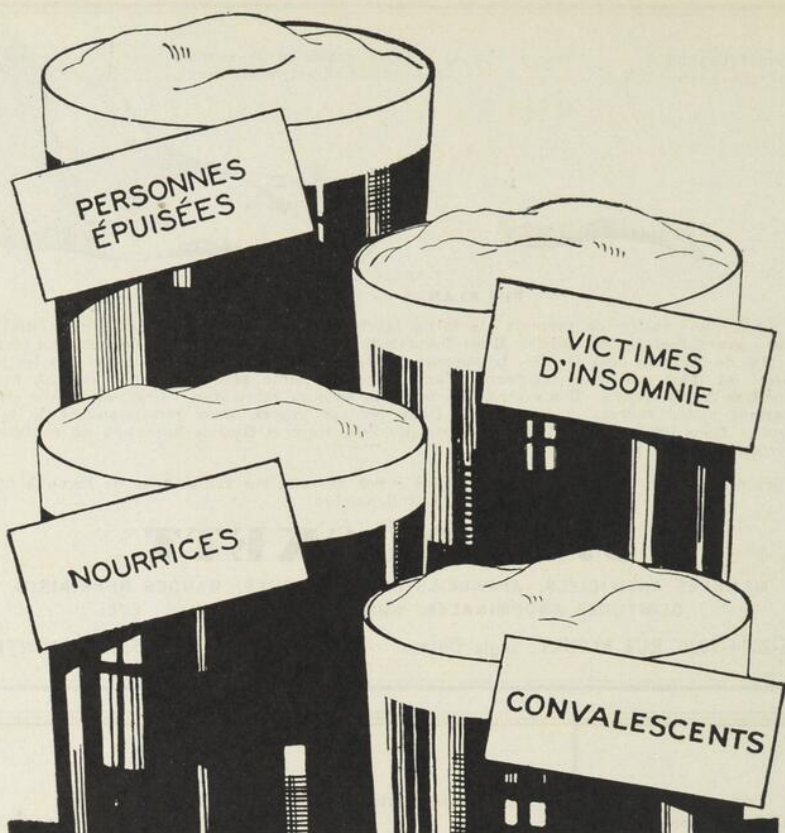
MArquette 1279

315, RUE COLBORNE

Charbons
BITUMINEUX

—
HUILE A
CHAUFFAGE

—
COKE



Dow

**CROWN
STOUT**

CHEZ TOUS LES EPICIERIS LICENCIES

1F

SERVICE DE VOITURES AMBULANCES
à la VILLE et à la CAMPAGNE,
JOUR et NUIT

Spécialistes dans le transport des malades et des blessés

GEO. VANDELAC LIMITÉE

Fondé en 1890

G. VANDELAC, jr.

ALEX. GOUR

DIRECTEURS DE FUNÉRAILLES
SALONS MORTUAIRES

120 RUE RACHEL EST, - - MONTRÉAL

Tél.: BELair 1717

Pour vos IMPRESSIONS, consultez

THÉRIEN FRÈRES

LIMITÉE

IMPRIMEURS - LITHOGRAPHES - GRAVEURS
PHOTOLITHO

494 OUEST, RUE LAGAUCHETIÈRE - MONTRÉAL
HARBOUR 5288

Travail bien fait

De bon goût

Promptitude
d'exécution

L'une des plus
importantes
maisons d'arts
graphiques du
Canada français



« L'IMPRIMERIE EST L'ARTILLERIE DE LA PENSÉE »



TABLE DES ANNONCEURS

	Page		Page
Abbott Lab.	XIX	Laboratoire du Bismol	XVI
Anglo-French Drug	V	Laboratoire Nadeau Ltée	I
Antiphlogistine	XII	Laboratoire Poulenc	VI
Banque Canadienne Nationale	XVII	Laboratoires "Meurice", G. Gravet, Agent	Encarts
Banque Provinciale du Canada	XII	Lechasseur Limitée	Couvert. 3
Bière Dow	XXVI	Mallinckrodt Chem.	II
Canada Drug	XI	Merck & Co.	Couvert. 4
Canada Starch Co. Limited	VI	Millet, Roux & Cie	IX et XIV
Carrière et Sénécal	XXII	Mowatt & Moore Limitée	XVI
Casgrain & Charbonneau	XV	Oxygène du Canada (Compagnie)	XVII
Ciba (Compagnie)	XIII	Phelan, P. H.	XXV
Cognac Monnet	XXI	Reckitts (Over-Sea) Ltd.	III
Duckett, J. A.	XXV	Rougier Frères	X
Eddé, J.	XVIII et XX	Rivet, Gaston	XXIV
Frosst, Chas. E.	Couvert 2	Simmons	XXIII
Grenier Motors Limited	XXVIII	Soc. d'Administration et de Fiducie ..	II
Herd et Charton	IX et XX	Soc. d'Expansion Pharmaceutique ..	VII
Hoffmann-La Roche Limitée	III	Thérien Frères, Limitée	XXVII
John de Kuyper & Son	XXII	Vandelac, Georges	XXVII
Joubert, J. J.	XXIII	Victor X-Ray	VIII
Jouot, G.	XVIII	Wintrop Chemical Company, Inc.	IV

CHRYSLER et PLYMOUTH

sont les marques d'auto les plus populaires cette année.

MM. les Médecins,

Faites l'essai de l'une de ces marques d'auto et vous serez enchantés de leur confort et leur économie.

Visitez notre salle de montre et vous serez ravis de l'élégance des nouveaux modèles "39".

GRENIER MOTORS LIMITED

1644-46 OUEST, RUE STE-CATHERINE

FIitzroy 6383

CARENCES
PARTIELLES
OU TOTALES
DE L'OVAIRE



DI-FOLLICULINE "MEURICE"

(BENZOATE D'ŒSTRADIOL)

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

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



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

DI-FOLLICULINE



CALCITHÉRAPIE
GLUCOCHAUX "MEURICE"
(GLUCONATE CALCIQUE)

TABLETTES — GRANULES SUCRES

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



REPRESENTANT POUR LE CANADA
G. GRAVET, 431, RUE DE MALINES
MONTREAL. — TELEPH. PLATEAU 700

Glucochaux

Voici l'Été . . .

saison du chic . . . saison de l'élégance

**Vous avez besoin
d'un nouvel habit d'été ou
d'un nouveau complet de sport ?**



Monsieur JEAN FORTIER
Gérant

Voyez M. FORTIER, notre
spécialiste en élégance mas-
culine. — N'hésitez pas à
le consulter.

Et pour former un ensem-
ble de bon goût, nous avons
tous les accessoires néces-
saires: chemises, cravates,
gants, souliers et chapeaux.



MAGASINS FASHION-CRAFT

Lechasseur, limitée

281 est, rue Ste-Catherine

NOM

PYRIDIUM

DÉPOSÉ

(Phenylazo-Alpha-Alpha-Diamino-Pyridine Mono-Hydrochloride)

PRESCRIT SANS HÉSITATION

Ordinairement Pyridium est spontanément adopté dans les ordonnances pour

la cystite
la pyélite (pyélonéphrite)
la prostatite
Puréthrite

PARCE QUE PYRIDIUM



est sans effet narcotique... et qu'il est bien toléré.



possède un effet analgésique sur la muqueuse génito-urinaire, procure un soulagement rapide des symptômes urinaires douloureux, l'effet se faisant souvent sentir dans l'espace de 20 à 30 minutes.



l'hospitalisation n'est pas nécessaire et qu'il peut être employé sous forme de comprimés par le patient ambulant.



produit ses effets thérapeutiques sans régime spécial et sans le contrôle du Ph urinaire.

LITTÉRATURE ENVOYÉE SUR DEMANDE.

MERCK & CO. Limited - Chimistes-fabricants - MONTRÉAL, P. Q.