

Numéro 2

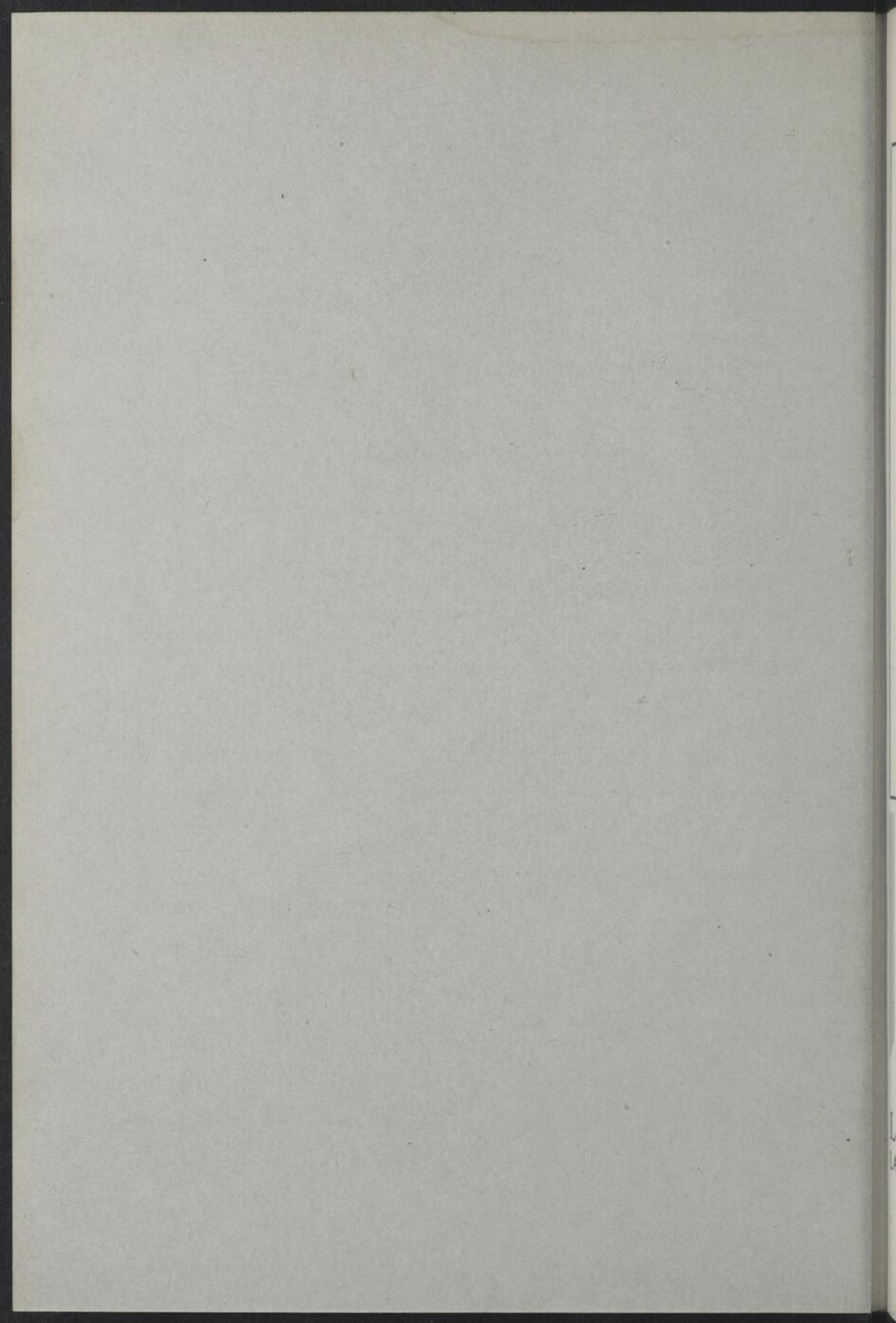
Deuxième année

LE JOURNAL
... de ...
L'HOTEL-DIEU DE MONTRÉAL



MARS-AVRIL

1933



SOMMAIRE du No 2

MARS-AVRIL 1933



DONALD A. HINGSTON : William James Derome	69
ERNEST PRUD'HOMME : Après la cholécystectomie	73
ROMÉO ROCHETTE : Méthode d'anesthésie générale par le filtre à circuit fermé	82
HENRI LEGENDRE : L'infection cutanée, ses modalités patho- géniques et son traitement	91
EDOUARD DESJARDINS : En marge de quelques cas d'an- giome hyperplasique des doigts	99
ALCIDE THIBAUDEAU : Les infections ultra-apicales et leur traitement par l'ionisation	115
CHARLES NADEAU : A propos du traitement du diabète de l'adolescence	120
MARCEL OSTIGUY : Abscesses pulmonaires, complication d'amyg- dalectomie	125
LÉO-E. PARISEAU : Miettes gastronomiques de l'histoire du Canada	131

FOVURASE

Par comprimé:

Ext. Foie sec 3 grs.
Levure desséchée 3 grs.
Nucléinate de Fer ... 1 gr.

Tonique nutritif, régé-
nérateur des globules
rouges, régulateur
de l'intestin.

*Un ou deux comprimés, trois fois
par jour.*

Sur demande, nous enverrons avec plaisir un échantillon.

LABORATOIRE NADEAU Limitée
Lancaster 2185 - 100 ST-PAUL OUEST, MONTRÉAL

Dans la plupart des cas
d'insomnie un seul
comprimé de

DIAL «CIBA»

suffit à ramener le
sommeil.

*N'est-ce pas un traitement facile,
efficace et peu coûteux ?*

Tous les sujets qui con-
naissent la douleur
trouvent dans la

Cibalpine «CIBA»

un apaisement à leur mal,
une sédation à leur
système nerveux
irrité.

COMPAGNIE CIBA Limitée, MONTRÉAL



Le Yogourt condensé, préparé avec du lait entier, est supérieur au
Yogourt liquide, parce qu'il est plus riche en ferments et en
vitamines. C'est l'aliment des convalescents, des
épuisés, des intoxiqués et des malades
du tube digestif.

A messieurs les médecins qui pratiquent en province, nous fournissons les
ferments bulgares avec les instructions qui permettront à leurs patients
de préparer, eux-mêmes, leur Yogourt.

J. DELISLE

916, RUE DULUTH EST.

Tél.: AMherst 0434

Dans la Myocardite - - Prescrivez :

THEOCALCIN

(théobromine-salicylate de calcium)

(Accepté par le Conseil de l'American Medical Association)

Donnez Theocalcin pour augmenter l'efficacité de l'activité cardiaque, diminuer la dyspnée et réduire l'oedème. Theocalcin est un diurétique puissant et un stimulant cardiaque à la dose de un à trois comprimés, trois fois par jour pendant ou après les repas.

Littérature et échantillon envoyés sur demande.

MERCK & CO. Limited

412, RUE ST-SULPICE, - MONTRÉAL

Vendeurs autorisés

Manufacturiers: BILHUBER-KNOLL CORP., Jersey City, N. J.

Le Dr RICHARD WEISS, Ph.D., M.A., F.C.S., BERLIN NW6, Allemagne,
présente

PANCRESALET

Préparation activée d'Hormones du Pancréas, combinée avec l'Asparagine et un agent électrolytique catalyseur.

FORMULE:

Extrait de Pancréas frais, spécialement préparé;

Carbonate de Décaméthylène-diguandine;

Asparagine cristallisée;

Vitamines à activité catalytique;

Bicarbonate de soude.

Chaque comprimé correspond à peu près à 15-20 unités d'Insuline.

PANCRESALET est parfaitement inoffensif; il pourrait être pris continuellement sans affecter les fonctions de l'estomac le plus délicat.

MODE D'EMPLOI

Un comprimé trois fois par jour pris avec un peu d'eau dix minutes après les repas; après dix jours, interrompre un jour; une ou deux fois par semaine s'abstenir d'aliments hydrocarbonés.

Conditionné en tubes de 15 comprimés.

Littérature et échantillons:

MARCEL PRÉVOST

376 ouest, rue ST-VIAEUR, MONTRÉAL.

Tél. CRescent 2413

UNE VUE PARFAITE EST UN FACTEUR
DE BONNE SANTÉ



CARRIÈRE & SÉNÉCAL LIMITÉE
Optométristes-Opticiens à l'Hôtel-Dieu

271 RUE SAINTE-CATHERINE EST, MONTRÉAL

Tél. Lancaster 7070



"Alcaline et agréable au goût"

L'EAU RICHELIEU

(Bassin de Chambly)

DIGESTIVE

DIURÉTIQUE

RAFRAÎCHISSANTE

Modicité de prix
incomparable

Valeur thérapeutique
supérieure

*Analyse, circulaire, échantillon, prix, etc.,
sur demande du médecin.*

La Cie des Eaux Gazeuses Canadiennes
Limitée

Tél. Wilbank 6866

3181, ST-JACQUES, MONTRÉAL

● AMYGDALITES ●

Pour soulager la douleur et la tension, pour maintenir la circulation et une température uniforme dans toutes les parties du pharynx, l'*Antiphlogistine*, appliquée en couche épaisse et aussi chaude qu'elle peut être supportée, se montre en général très satisfaisante.

Sous l'influence de ses propriétés calmantes, thermogéniques et décongestives, l'*Antiphlogistine* est le remède topique idéal dans le traitement des amygdalites, dans toutes ses formes.

Echantillon et littérature:

THE DENVER CHEMICAL M'F'G. CO.

153, LAGAUCHETIÈRE OUEST, - - - MONTRÉAL

L'Antiphlogistine est fabriquée au Canada.

ANTIPHLOGISTINE

COMPAGNIE D'OXYGÈNE du CANADA

(Oxygen Co. of Canada)

Etablie en 1895.

Pionniers et spécialistes dans la fabrication des gaz utilisés pour l'Anesthésie.

OXYGÈNE MÉDICAL. PROTOXYDE D'AZOTE.
MIXTURE D'OXYGÈNE ET DE GAZ CARBONIQUE.
ANHYDRIDE CARBONIQUE. ÉTHYLÈNE.

LOUAGE DE TENTE À OXYGÈNE.

Nous tenons à la disposition des praticiens des appareils à oxygène pour les cas de pneumonie, maladie du coeur et dyspnée, ainsi que pour la respiration artificielle.

Plus de 90% des hôpitaux de la province comptent déjà parmi nos clients.

Nos produits sont chimiquement purs et traités en vue d'un emploi médical ou dentaire.

Nous sommes les seuls à tenir à Montréal, un service de louage de tentes à oxygène, utilisées dans le traitement de la pneumonie.

Bureaux et Laboratoires :

1458, rue Mansfield,
MONTRÉAL



Le jour :

Téléphone: HARbour 7370

Le soir :

Téléphone: WALnut 0415M

MEANS



QUALITY

Membres Artificiels, Appareils Orthopédiques
Bandes Herniaires, Ceintures Abdominales, Bas Élastiques
et Corsets "Caniff"

Faits sur commande

MÉCANICIEN ORTHOPÉDIQUE

Attitré auprès des Hôpitaux suivants:

Children's Memorial Hospital

Royal Victoria Hospital

Montreal General Hospital

Shriner's Hospital

Montreal Children's Hospital

Western Hospital

HEURES DU BUREAU

Monsieur DUCKETT (sur rendez-vous seulement)

Le lundi est réservé aux patients des cliniques d'hôpitaux de 2.30 à 6.

Nos experts reçoivent les patients tous les après-midis, (excepté le samedi), de 2.30 à 6
et aussi sur rendez-vous.

Vous êtes cordialement invités à nous consulter au sujet de tous appareils
dont vos patients pourraient avoir besoin.

J. A. DUCKETT

2008-2014-2020, RUE BLEURY, angle Ontario,

MONTRÉAL

Téléphone: HArbour 0630

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 : CANADA DRUG COMPANY

PHARMACIENS EN GROS

857, rue Saint-Maurice,

Montréal



PROVEINASE

MIDY

"RÉGULATEUR DE LA
CIRCULATION VEINEUSE"

TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE

LABORATOIRES DE LA PIPÉRAZINE MIDY
New Birks Bldg. MONTREAL

2 à 4 comprimés par jour.



J. EDDÉ, Limitée, Edifice New Birks, Montréal, agent général pour le Canada.

Un traitement spécifique de l'Anémie

HEMOSTYL

L'HÉMOSTYL DU Dr ROUSSEL

possède en permanence 1,400 chevaux donneurs de Sérum.

L'INSTITUT DE SÉROTHERAPIE HEMOPOIETIQUE
qui prépare

L'HÉMOSTYL DU Dr ROUSSEL

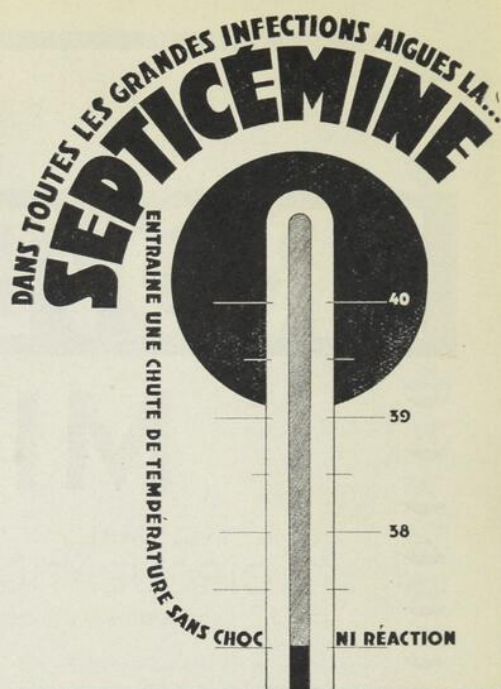
est le centre de Sérothérapie le plus important du monde.

Hémostyl fioles - Hémostyl sirop

Dépôt général pour le Canada: J. EDDÉ, Limitée, New Birks Bldg, Montréal.



LABORATOIRES
CORTIAL
15 B^o PASTEUR
PARIS (XVI)



LABORATOIRES CORTIAL . 15 BOUL^o PASTEUR . PARIS

Uniques distributeurs pour le Canada : MILLET ROUX & LAFON Ltée

Le Laboratoire du Bactériophage

sous le contrôle scientifique du Prof. D'HERELLE.

BACTÉ-INTESTI-PHAGE. Bactériophages adaptés aux microbes des infections intestinales: Coli, Paracoli, Entérocoques, Staphylocoques, etc.

BACTÉ-COLI-PHAGE. Bactériophages adaptés à de très nombreuses races de Bacilles Coli et Paracoli.

BACTÉ-PYO-PHAGE. Bactériophages adaptés aux microbes des infections pyogènes: Staphylocoques, Streptocoques, Coli, Pyocyaniques, Proteus, etc.

BACTÉ-STAPHY-PHAGE. Bactériophages adaptés à de très nombreuses races de Staphylocoques: Auréus, Citrus, Albus.

BACTÉ-RHINO-PHAGE. Bactériophages adaptés aux microbes des infections du Rhino-Pharynx: Pneumobacilles, Entérocoques.

Littérature et échantillons de

L'Anglo-French Drug Cie

354, RUE SAINTE-CATHERINE EST,

MONTRÉAL

**APPLICATIONS de l'INSULINE
par voie digestive**

DANSULINE FORNET

**le Diabète
et
ses accidents**

**artérite oblitérante
cure d'engraissement
psoriasis**

**ulcères variqueux
plaies atones, brûlures
rhumatismes diabétiques**

Agent dépositaire pour le Canada

JOUOT, 460, AVE. MONT-ROYAL EST, MONTREAL.

DRAVIL

MISE DANS
DES TUBES
VIOLETS
SEULEMENT

INDICATIONS

La Gelée PHEDROPHEN (M&M) est un remède de grande valeur dans le traitement des affections aiguës ou chroniques des fosses nasales, principalement dans les cas de rhinitis, coryza, catarrhe, fièvre des foins, servant à la réduction de la congestion des membranes muqueuses et des enflures turbinées. Elle arrête le sang de couler du nez en contractant les vaisseaux sanguins pendant les hémorragies.

Gelée PHEDROPHEN

(M&M No. 1007)

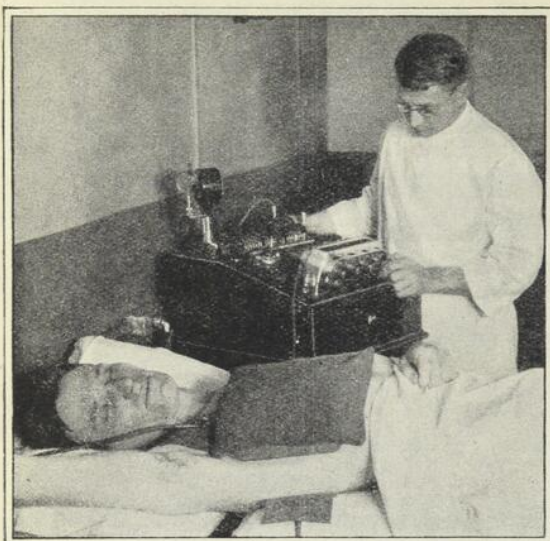
Contient en plus de l'Ephédrine 1.5%, l'antiseptique puissant PHENINE qui est le nom de commerce donné par Mowatt & Moore pour CHLOROPARAISSOPROPYLME-TACRESOL. Les essais de la méthode Rideal-Walker ont prouvé qu'elle était à base d'un coefficient phénique de plus de un centième, ce qui représente comme destructeur de germes cent fois la force de l'acide carbolique. La Gelée PHEDROPHEN est soluble dans l'eau, ce qui lui permet d'agir aussitôt qu'appliquée.



Mowatt & Moore Limited

PRODUITS PHARMACEUTIQUES DE QUALITE
MONTREAL.

DEMANDEZ
LITERATURE ET
ECHANTILLON



La Diathermie Victor
à fréquence réglable

Dans la Pneumonie vous contentez-vous d'attendre la crise?

Il y a dix ans, un médecin distingué soumettait à ses collègues le rapport d'une première série de cas de pneumonie traités par la diathermie. Aujourd'hui nous possédons une volumineuse bibliographie sur ce mode de traitement.

Tout récemment, le médecin en question pouvait rapporter un taux de mortalité de 11.9% seulement, sur l'ensemble des 800 cas traités par lui. Il ajoutait que d'autres cliniciens avaient une statistique encore plus satisfaisante.

« Pendant le traitement et par la suite », écrit-il, « on constate que le patient est moins cyanosé, moins souffrant. Les fonctions cardiaque et respiratoire tendent vers la norme physiologique. Le sommeil est meilleur, le moral aussi. Dans les quatre-vingt-quinze centièmes des cas, la défervescence se fait progressivement, par « lyse ». Et

c'est là l'effet le plus frappant du traitement diathermique. Les forces du patient ne sont pas gaspillées. Je crois pouvoir prédire que la mortalité tombera à moins de 10% quand le traitement se sera répandu, et qu'on aura appris à l'appliquer vite et bien. »

Il ne vous en coûtera guère pour faire bénéficier vos pneumoniques de ce précieux adjuvant, car l'appareil diathermique « Victor Vario-Frequency » est d'un prix très abordable. Il a fait ses preuves aux quatre coins du monde, dans les hôpitaux comme dans les cabinets médicaux.

Afin que vous puissiez vous renseigner pleinement sur la valeur de cette nouvelle méthode thérapeutique, nous avons fait faire des tirages à part des principaux articles et rapports publiés au cours des dernières années. — Réclamez-les.

GENERAL ELECTRIC X-RAY CORPORATION

2012 Jackson Boulevard

Chicago, Ill., U.S.A.

FORMERLY VICTOR  X-RAY CORPORATION

EDMONTON
Tegler Building

TORONTO
1221 Bay St., Toronto 5, Ont.

MONTREAL
524 Medical Arts Bldg.

VANCOUVER
Motor Transportation Bldg., 570 Dunmuir St.

WINNIPEG
Medical Arts Building.

Soyez aux écoutes tous les dimanches après-midi quand la "General Electric" irradie son programme aux quatre coins du continent.

Le Journal de l'Hotel-Dieu de Montréal

No 2

Mars-avril 1933

WILLIAM JAMES DEROME



Le tombeau vient de se fermer sur notre confrère et ami, le docteur William James Derome.

Levons une peu le voile de modestie qui couvrit toutes ses activités et, dût sa mémoire en souffrir dans son habituelle réserve, faisons part aux lecteurs de ce Journal de quelques-uns des faits de sa vie.

William James Derome naquit, en 1869, à Saint-Jean-Chrysostôme, d'une union privilégiée, celle du notaire L.-J.-L. Derome et de Jane Cross, union qui a donné au pays des sujets très distingués et dans la vie religieuse et dans la profession médicale.

Derome fit ses études classiques chez les Sulpiciens et sa médecine à l'Université Laval de Montréal. Grand travailleur, il fut, ici et là, un élève diligent et remarquable par son émulation à l'étude.

Sachant que le travail porte en lui-même sa récompense, il ne se contenta pas de la somme de connaissances acquises pendant ses quatre années d'études médicales; il voulut mieux.

Muni de son diplôme de médecin, en 1895, il s'inscrivit à l'internat de l'Hôpital Notre-Dame, où il ne tarda pas à recueillir les fruits de son labeur opiniâtre par sa nomination comme chef-interne.

Laissant Montréal et les gains immédiats, il se rendit en Europe, où il suivit pendant deux ans les cliniques des grands maîtres en chirurgie; leçons qui imprègnèrent son esprit, maîtres qui conquièrent son coeur, puisque, maintes fois par la suite, il revint à Paris.

De retour à Montréal, Derome s'associa aux travaux du célèbre docteur Brennan et resta pendant cinq ans (1899-1904) son principal collaborateur.

Brennan demeura toujours dans l'esprit de son assistant comme un chef digne d'affection, d'estime et de vive reconnaissance.

Derome entra à l'Hôtel-Dieu en 1908; il a donc donné 25 ans de sa vie laborieuse au service des malades de cette institution.

La marque de ses qualités y est restée gravée et le souvenir de sa modestie y est présent chez tous, religieuses, malades et collègues.

Derome n'a jamais cherché les honneurs; le plaisir ressenti à l'accomplissement minutieux de ses devoirs professionnels a toujours été sa meilleure récompense.

Ouvrier laborieux, il était toujours sur le métier. Les cas les plus difficiles ne le rebutaient jamais et il était aussi vaillant à l'ouvrage la nuit que le jour.

Le bien-être de son malade était sa première et presque sa seule pensée. Rare survivant de la vieille école, il n'a pas cessé, jusqu'à sa dernière heure, d'être un idéaliste; toute sa vie durant, il a aimé, il a chéri, il a vénéré sa profession.

Derome a travaillé avec nous, sans relâche, pendant un quart de siècle et, honnête homme, n'a jamais trahi la parole donnée.

Et jusqu'au terme, à lui assigné par une volonté supérieure, il ne cessa de travailler.

Atteint d'une maladie qui ne pardonne pas, il refusa de prendre le repos exigé, repos si nécessaire et tellement mérité.



Il persista, en dépit des conseils de ses confrères et malgré l'opposition de sa famille, à donner des consultations; il insista même pour opérer ses malades. Il y a quelques mois à peine, il écrivit pour ce Journal un article élaboré qui parut dans notre avant-dernière livraison.

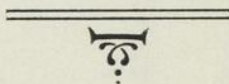
Sa maladie fut longue, ses souffrances très aiguës. Chrétien, sublime sans le vouloir, il endura toutes les douleurs sans jamais faire entendre la moindre plainte; ce chirurgien, si doux pour ses malades, n'admit aucune faiblesse pour lui-même.

Il s'est éteint paisiblement, le sept mars, au milieu des siens. Une belle carrière de chirurgien était terminée.

En priant Madame Derome, Armand Derome et tous les membres de la famille d'agréer leurs sincères sympathies, ses confrères de l'Hôtel-Dieu s'inclinent devant sa tombe avec regret et avec reconnaissance.

DONALD A. HINGSTON,

professeur de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu.



APRÈS LA CHOLÉCYSTECTOMIE

Par le Docteur ERNEST PRUD'HOMME,

Professeur agrégé à l'Université de Montréal,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Que deviennent nos patients cholécystectomisés ?

Pourquoi ne sont-ils pas tous guéris ?

Que pouvons-nous faire pour augmenter le pourcentage de guérisons complètes ?

Telles étaient les questions que nous nous posions à nous-même, lorsqu'il nous vint à l'idée d'envoyer un petit questionnaire à toutes les personnes opérées à l'Hôtel-Dieu (cholécystectomie) durant les dix dernières années. Nous les invitions à inscrire leurs réponses et à nous retourner le feuillet. Nous primes au hasard 275 noms de patients ayant subi une cholécystectomie et ayant quitté l'hôpital guéris de leur opération.

Malgré tout l'intérêt que nous aurait fourni l'étude de chaque dossier, quant à l'évolution de la maladie avant l'opération, et, quant aux suites opératoires, — volontairement, nous avons laissé de côté cet excellent moyen de pronostiquer quel serait l'avenir biliaire du sujet, pour l'unique raison que nous ne pouvions savoir à l'avance quelles seraient les personnes qui nous répondraient.

Nous n'avons tenu compte ni du chirurgien opérateur, ni de la catégorie de malades à laquelle nous avions affaire.

Sur 275 lettres envoyées, 93 nous furent retournées pour fausse adresse, 60 demeurèrent sans réponse, et 122 nous revinrent avec le questionnaire correctement complété.

De ces 122 réponses, 5 nous annonçaient le décès de la personne opérée, — sans, toutefois nous spécifier la cause de la mort.

Nous nous trouvions donc en présence d'une statistique réelle portant sur 117 cas, d'un intérêt extraordinaire. Les renseignements fournis nous apportaient toutes sortes de détails insoupçonnés par nous. Les réponses concernaient 16 hommes (13%) et 101 femmes (87%).

Le nombre des patients des cinq dernières années était sensiblement le même pour chaque année, tandis qu'il était régulièrement décroissant pour les cinq années les plus éloignées (changement du lieu de domicile, cause du retour de plusieurs lettres).

Les statistiques disent tout ce que l'on veut. C'est absolument notre prétention. Aussi nous sommes-nous efforcé de ne tenir compte que des renseignements qui pouvaient nous être de quelque utilité pour répondre aux questions ci-haut posées.

Notre but n'était pas d'établir des comparaisons entre tel et tel procédé opératoire, — pas plus de discuter les indications opératoires dans certains cas. Tous ceux qui, aujourd'hui, connaissent la chirurgie abdominale, savent qu'il ne peut être question de comparer ensemble la cholécystostomie et la cholécystectomie. Chacune de ces opérations a ses indications précises, très différentes, et ne saurait être employée indifféremment l'une pour l'autre.

DOULEURS: — 40 cas seulement disent n'avoir jamais eu à se plaindre de douleurs après leur sortie de l'hôpital. Les autres 77, malgré l'opération subie, ont continué à souffrir de leur foie. Les douleurs accusées étaient multiples, mais nous avons pu indubitablement reconnaître le caractère de tous les types de crises douloureuses, probablement éprouvées par les malades avant l'opération.

1° *Forme transversale*: Douleurs au creux épigastrique, en barre, avec irradiation se propageant vers les hypocondres droit et gauche, le long du bord inférieur des fausses côtes donnant au patient une sensation de constriction de la base du thorax, l'obligeant à desserrer ses ceintures, quelquefois longtemps après ses repas

2° *Forme lombaire*: Douleur à foyer lombaire avec maximum d'intensité au niveau de la deuxième vertèbre lombaire. Genre de douleur qui, avant l'opération, dure parfois de longues heures après la disparition du point vésiculaire. Pour plusieurs auteurs, cette douleur lombaire n'est que la prolongation de la douleur vésiculaire.

3° *La forme cardiaque, pseudo-angineuse*: Douleur précordiale s'irradiant vers l'épaule et le bras gauche avec angoisse et sensation de mort prochaine. Les malades se calment par de la chaleur ou de la glace sur l'estomac, avec ou sans calmants.

4° *La forme pulmonaire*: Surtout caractérisée par la diminution du murmure vésiculaire à droite. (Signe de Ramond, dont la valeur est niée par Chiray) n'a pu être classée, à cause de l'objectivité même des symptômes qu'elle comporte.

5° *La forme gastro-intestinale*: Spasmes à la région pylorique, spasmes oesophagiens, spasmes coliques, point cervical droit (Chaufard). Le spasme oesophagien était surtout mentionné par le fait de l'aérophagie, des constrictions rétro-sternales, serrements de gorge, gêne pour avaler, hypersalivation, etc.

6° *La forme nerveuse*: Que ce soit le sympathique (Ramond) ou le para-sympathique (Chiray, Eppinger et Hess) qui régit la motricité des canaux biliaires, il est indiscutable qu'un refroidissement, un choc moral, une tension intellectuelle, une fatigue physique, peuvent être le point de départ d'une crise douloureuse, tout comme avant l'opération. Les nausées, les régurgitations, les vertiges, les fringales sont autant de symptômes réflexes se rattachant à la forme biliaire nerveuse (Gilbert).

DISCUSSION: — Ces douleurs peuvent-elles s'expliquer jusqu'à un certain point? — Pourquoi l'opération, dans bien des cas, a-t-elle laissé le patient dans un état de détresse analogue à celui qu'il présentait avant l'opération?

LE MOIGNON VÉSICULAIRE: — Après la cholécystectomie, il reste normalement une portion notable du canal cystique, et souvent aussi, croyons-nous, — à cause de la difficulté opératoire, — une légère partie de la vésicule biliaire au niveau de son collet. Nous avons la preuve de cet avancé par le fait qu'au cours d'interventions chirurgicales secondaires, l'on a pu retrouver comme une petite vésicule, qui s'était reformée aux dépens peut-être du cystique, mais aussi d'un moignon vésiculaire laissé trop long.

Que les nerfs (branche du plexus solaire) restent pris dans la cicatrice du moignon et occasionnent des douleurs, c'est très plausible.

LES PÉRI-VISCÉRITES: — Une autre explication de ces douleurs et de ces troubles tardifs peut nous être fournie par l'existence d'une péri-cholécystite, d'une péri-duodénite ou d'une péri-gastrite. (Tripier, Parrot, Chiray, Georges).

D'après Smithies, « il y aurait péri-cholécystite dans 50% des cas de cholécystite calculeuse, avec préférence marquée pour la forme non lithiasique. » Ces adhérences peuvent causer des troubles fonctionnels ou organiques de toute nature.

Or, la cholécystectomie ne fait pas nécessairement disparaître toute trace de péri-cholécystite et n'empêche pas non plus la formation de péri-viscérite secondaire à l'opération. Dans leur rapport présenté au Congrès des M.L.F.A.N. de 1930, nos amis les Docteurs Paquet de Québec, écrivaient: « Le taux de la mortalité de la cholécystectomie n'est que de 2%.

« D'autre part, les résultats peuvent être considérés comme parfaits dans 60 à 75% des cas. Il reste cependant un certain nombre de cas où des douleurs et les malaises persistent: ce que l'on attribue à l'état de la cellule hépatique déjà avariée depuis longtemps, ou à des adhérences post-opératoires, ou à d'autres états concomittants, d'insuffisance glandulaire, d'affections nerveuses, etc. »

Nous partageons absolument cette façon de conclure en mentionnant tout spécialement l'appendice dont les désordres peuvent influencer si souvent la fonction hépatique.

JAUNISSE : — Dix cas seulement sur 117 se sont plaints d'avoir fait de la jaunisse. 2 de ces cas ont présenté un ictère franc qui s'est installé définitivement. Les malades ont des selles colorées, mais éprouvent parfois des démangeaisons violentes et ont toujours le foie douloureux. Il est évident, que dans ce cas, la cellule hépatique a été trop profondément touchée pour se régénérer et nous ne pouvons espérer d'amélioration.

Les 8 autres cas ont présenté des crises d'ictère qui se sont répétées à des intervalles plus ou moins éloignés. — L'infection jouerait-elle ici un rôle important ? Nous le croyons, puisque nous avons eu personnellement sous observation 2 cas cholécystectomisés qui ont présenté de l'ictère à plusieurs reprises. Chaque fois, le malade faisait un frisson, quelquefois plusieurs, et une poussée de température. La diète et un léger antiseptique biliaire suffisaient à tout faire rentrer dans l'ordre.

POIDS : — La plupart des malades (97) ont vu leur poids augmenter de plusieurs livres (de 5 à 50 livres). — 13 ont maigri de 5 à 20 livres et 7 sont restés stationnaires.

Le fait que 97 patients sur un total de 117 aient augmenté de poids nous laisse supposer que plusieurs des cas se plaignant de douleurs et de mauvaise digestion devaient tout de même être dans un état de santé satisfaisant.

DIGESTION : — 58 nous disent avoir une digestion parfaite, tandis que 59 se plaignent de mal digérer les aliments gras, les oeufs, la crème, les fritures, les sauces, etc. Nous reviendrons sur ce sujet en parlant du traitement post-opératoire. Disons tout de suite que le premier à faire erreur ici, est souvent le médecin, qui opère son malade et le laisse partir sans aucun régime à suivre. L'erreur est aussi grossière, lorsqu'il s'agit d'un vésiculaire que lorsqu'il s'agit d'un ulcéreux gastrique ou d'un urinaire. — L'opération

peut faire disparaître la lésion, elle ne change pas la nature du patient et ne lui enlève ni ses tares, ni ses prédispositions à souffrir d'un organe en particulier.

VOMISSEMENTS: — Si les patients opérés se plaignent souvent de nausées et de vertiges, ils n'en est pas de même pour les vomissements. Nous ne croyons pas que le chiffre 4 sur 117 soit un pourcentage notable. D'autre part, nous n'avons pas eu, sur la nature des vomissements accusés, des renseignements suffisants pour nous permettre de tirer des conclusions.

ETAT INTESTINAL: — 55 ont un intestin régulier, 56 sont constipés et 6 souffrent généralement de diarrhée. Enfin, voilà un argument contre ceux qui prétendent que le patient, à qui on a enlevé la vésicule, est un être invariablement voué à souffrir de la diarrhée.

Que penser des 56 cas souffrant de constipation ? — Comme nous savons que cette proportion des gens souffrant de constipation n'est que légèrement supérieure à celle se rencontrant chez les non opérés, il n'y a pas lieu d'accuser l'opération même. Tout au plus, pouvons-nous affirmer que certaines constipations mécaniques peuvent avoir été influencées par la faiblesse de la paroi consécutive à l'opération.

TROUBLES CARDIAQUES: — Nous remettons l'origine de ces troubles à la sensibilité du système nerveux biliaire qui produit son action réflexe sur le rythme cardiaque: que ce soit le pneumogastrique, le sympathique ou le para-sympathique qui soit en cause.

12 patients ont accusé des *troubles urinaires*, qui, apparemment, n'avaient aucun rapport avec l'opération.

10 se sont plaints des *oreilles*.

28 " " " *de maux de tête*.

29 " " " *d'étourdissements*.

37 " " " *de troubles de la vue*.

N. B. — Un grand nombre des opérés se sont plaints de troubles du côté de la gorge et du pharynx. Or, nous savons que tous les types de pharyngite chronique peuvent être l'apanage de l'arthritique et du biliaire. Mais nous savons aussi que toutes les irritations locales causées par le tabac, les aliments épicés et les liqueurs fortes ont une influence sur cette maladie. Il peut donc fort bien se faire que l'état du rhino-pharynx de ces gens soit dû à toute autre cause qu'au mauvais fonctionnement biliaire.

REMÈDES: — Que pouvons-nous faire pour augmenter le pourcentage de guérisons de nos opérés ?

DÉSINTOXICATION ET DÉSENSIBILISATION DU PATIENT: — Nous devons conseiller au malade de s'astreindre à une hygiène très sévère. Le repos, le sommeil, les bains, le réglage intestinal, une alimentation plutôt végétarienne seront à la base du régime. Une thérapeutique suivie, quelques antiseptiques biliaires seront régulièrement prescrits au patient.

DIÉTÉTIQUE: — Comme le disait Chiray lors du Congrès de 1930 à Montréal, « La diététique occupe une place de premier plan dans le traitement des biliaires ».

Tous ne sont pas d'accord sur ce sujet. Si, d'après ses travaux, Chauffard a pu démontrer que l'hypercholestérinémie d'origine alimentaire conditionnait l'augmentation et la précipitation de la cholestérine par l'insuffisance relative des taurocholates et des glycocholates, — de son côté, *Chiray* prétend que, « en outre des hypercholestérinémies alimentaires, il y a l'hypercholestérinémie glandulaire, surtout surrénale, — l'hypercholestérinémie par insuffisance de la cellule hépatique qui ne transforme plus avec assez d'activité la cholestérine en sels biliaires. »

Toutefois, Chiray lui-même dit que, jusqu'à preuve contraire, la diététique doit viser à éviter l'hypercholestérinémie.

ALIMENTS DÉFENDUS: — Les jaunes d'oeufs, la cervelle, le rognon, le ris de veau, les graisses lourdes, les ragoûts, les fritures,

les sauces, le foie gras, le boudin, les saucisses, les aliments fermentés, conservés, fumés, le gibier, les poissons gras, les fromages faits, la charcuterie.

N. B. — Cependant le beurre frais, le lait naturel, l'huile d'olive seront considérés comme permis. Nous recommanderons aux opérés de manger des viandes rôties ou grillées et des légumes en quantité. Il faudra éviter les repas copieux et plutôt manger souvent, boire beaucoup, surtout entre les repas. Il faut se priver des épices et des alcools.

Tout ceci dans le but d'éviter le surmenage gastrique.

CONCLUSION. — 1° Les opérés de cholécystectomie demeurent des hépatiques tout comme le malade gastro-entérostomisé demeure un gastrique.

2° La plupart des troubles sont dus: a) à une altération de la cellule hépatique ou à un désordre glandulaire quelconque; b) à une irritation nerveuse au niveau du moignon vésiculaire ou à des lésions de péri-cholécystite, péri-duodénite ou péri-gastrite; c) à une lésion appendiculaire concomittante.

3° Un régime plus approprié et une surveillance plus étroite de nos opérés amélioreront indubitablement le pourcentage des guérisons complètes.

STATISTIQUE

Hommes ...	16 (13%)	Femmes	101 (87%)	Cas	117
Patients opérés depuis	1 an	2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
	17 cas	18 cas	14 cas	19 cas	17 cas
“ “ “	6 ans	7 ans	8 ans	9 ans	10 ans
	12 cas	10 cas	7 cas	2 cas	1 cas

Patients se plaignant de douleurs du côté du foie	40	(34%)
Patients se disant absolument guéris	77	(66%)
Patient ayant fait de la jaunisse depuis l'opération	10	(8%)
Patients n'ayant pas fait de jaunisse	107	(92%)
Patients ayant engraisié de 5 à 50 lbs	97	(83%)
Patients ayant maigri de 5 à 20 lbs	13	(11%)
Patients dont le poids n'a pas varié	7	(6%)
Patients accusant des troubles digestifs	59	(50%)
Patients dont la digestion est bonne	58	(50%)
Patients ayant présenté des vomissements	4	(3%)
Patients n'ayant pas vomi	113	(97%)
Patients dont les intestins sont réguliers	55	(47%)
Patients dont les intestins sont constipés	56	(47½ %)
Patients souffrant de diarrhée	6	(5%)
Patients présentant des troubles cardiaques		39
" " " urinaires		12
" " " maux de tête		28
" " " étourdissements		29
" " " troubles de la vue		37
" " " des oreilles		10



MÉTHODE D'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE PAR LE FILTRE À CIRCUIT FERMÉ

Par ROMÉO ROCHETTE

Médecin-anesthésiste de l'Hôtel-Dieu

Dans toute anesthésie générale, il faut toujours considérer qu'il y a trois sortes de gaz à maintenir sous contrôle. Ce sont d'abord les gaz anesthésiants proprement dits, tels que le protoxyde d'azote, l'éthylène ou l'éther, puis une certaine quantité d'oxygène, variable selon les sujets, et enfin, l'acide carbonique, qui se trouve dans l'air expiré du poumon.

Chacun de ces gaz a un rôle bien déterminé à jouer en anesthésie. Il est à présumer que les gaz anesthésiants, tels que le protoxyde d'azote ou l'éthylène, ne forment aucune combinaison chimique avec les tissus du corps humain, quand ils sont introduits dans la circulation générale. Au contraire, ils sont éliminés en totalité par le poumon, sans subir aucun changement. C'est donc dire qu'ils pourraient servir de nouveau, s'ils pouvaient être replacés dans les mêmes conditions de mélange, propre à produire l'anesthésie.

Le rôle de l'oxygène, employé avec ces deux mêmes gaz, est double. D'après Waters, anesthésiste à Madison (Wisc.), auquel nous empruntons plusieurs notes dans les lignes qui suivent, son premier rôle est de fournir la quantité d'oxygène nécessitée par le métabolisme basal du corps humain, tandis que le second est de diluer l'agent anesthésique et d'en faire un mélange particulier à chaque sujet. Ainsi, prenons, par exemple, le protoxyde d'azote, employé seul, sans médication préliminaire; s'il est donné une quantité d'oxygène suffisante pour éviter l'asphyxie et répondre aux besoins des échanges tissulaires, l'anesthésie est si superficielle, qu'elle rendrait peu de services à la chirurgie. Si, au contraire, l'on a recours soit à l'éther, l'avertin ou autres médicaments assez puissants, il

est souvent nécessaire de dépasser la quantité d'oxygène qui serait suffisante pour conserver au patient sa coloration normale, sans quoi, il s'ensuivrait une anesthésie trop profonde. C'est cette quantité d'oxygène de surplus qui sert de dilution à l'anesthésique, la balance étant absorbée par le sang.

L'acide carbonique est le résultat de l'action des muscles et des échanges qui se font au niveau des tissus. Son rôle principal est d'être l'excitant normal du centre respiratoire. Il est aussi nécessaire à la vie que l'oxygène; mais son accumulation dans le poumon provoque une hyperpnée, dite aussi hyperventilation, qui, bien qu'elle ait son utilité passagère, engendre des troubles graves, poursuivie trop longtemps. C'est pourquoi, dans la méthode ordinaire d'anesthésie, il est nécessaire qu'un courant continu du mélange anesthésique entraîne, par la valve d'échappement, cet excès d'acide carbonique.

En 1916 et les années suivantes, les techniciens du laboratoire de Jackson publièrent de nombreux rapports décrivant les divers moyens d'absorption de l'acide carbonique exhalé du poumon avec les gaz ou vapeurs anesthésiques.

La première expérience que firent Jackson et Mann se décrit comme suit: deux chiens furent placés à l'intérieur d'un cabinet, fermé hermétiquement à l'air extérieur, mais contenant environ douze gallons de protoxyde d'azote. Au moyen d'une pompe, les gaz contenus à l'intérieur étaient aspirés à travers une solution d'alcali, et retournés à l'intérieur, débarrassés de leur acide carbonique. Pendant ce temps, une petite quantité d'oxygène était sans cesse libérée dans le cabinet. Ainsi, les deux chiens furent maintenus sous anesthésie, pendant vingt quatre heures, toujours avec la même quantité initiale de protoxyde d'azote et tout juste ce qu'il fallait d'oxygène pour subvenir au métabolisme.

C'est cette expérience qui a donné naissance à la méthode « To and Fro » de Waters et à celle du filtre à circuit fermé de Foregger. Bien que dans chaque méthode l'appareil paraisse bien différent, le principe en est le même.

Le système respiratoire se compose des alvéoles pulmonaires, des bronches, de la trachée, du larynx, du pharynx, de la bouche et du nez. Pour appliquer le principe de Jackson à la pratique de l'anesthésie, Waters a pensé faire respirer un sujet dans un masque additionné d'un sac en caoutchouc, le tout imperméable à l'air extérieur. Il remplit ce nouveau système respiratoire d'un certain mélange anesthésique, v.g. protoxyde d'azote et oxygène ou éthylène et oxygène, etc. Après un certain temps, l'oxygène, contenu primitivement dans le mélange, est absorbé par l'organisme et il se développe une quantité d'acide carbonique, qui s'accumule à chaque instant. Le gaz anesthésique, lui, ne subit aucun changement.

Pour rendre ce mélange propre au maintien d'une anesthésie continue, il fallait deux conditions: la première, un moyen d'absorption ou de neutralisation de l'acide carbonique; la seconde, l'alimentation de l'oxygène nécessaire au métabolisme.

Waters, dans son appareil « To and Fro » (fig. A), a rempli ces deux conditions. Il a introduit entre le masque et le sac respiratoire, un filtre contenant de la chaux sodée, (soda lime), en granules de haute qualité; la chaux sodée a pour fonction d'absorber l'acide carbonique. De plus, par une ouverture près du masque, arrive un courant continu d'oxygène, au taux requis par chaque individu.

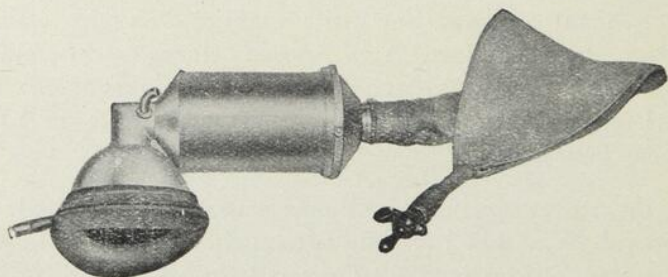


Figure A

Nous avons donc là un appareil où le sang reçoit son oxygène physiologique en quantité suffisante, tandis que l'acide carbonique ne peut plus s'accumuler dans le mélange.

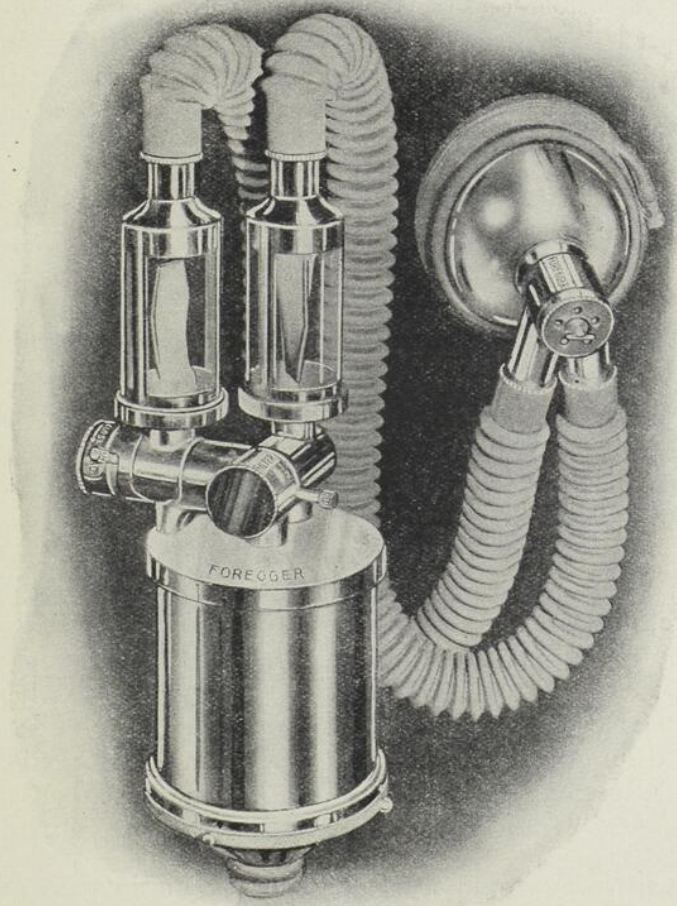


Figure B

Dans l'appareil Foregger (fig. B), le filtre, au lieu d'être à proximité du masque, est reporté à l'appareil à gaz proprement dit.

Deux tubes en caoutchouc, de calibre assez gros, le relie au masque. Grâce à un genre de valves à sens unique, les gaz expirés prennent la direction suivante: du masque vers le filtre par le tube d'expiration, la valve d'expiration, à travers la chaux sodée, dans le sac respiratoire; retour vers le masque par la valve d'inspiration sans passer par le filtre et par le tube d'inspiration. Dans l'appareil de Waters, les gaz expirés passent à travers la chaux sodée en allant et en revenant, tandis que dans le Foregger, ils ne passent qu'une seule fois, en allant vers le sac respiratoire seulement.

En plus des deux valves ci-haut mentionnées, il s'en trouve deux autres, actionnées par des manettes et ayant leur rôle particulier. L'une, dite valve obturatrice, permet le remplissage du sac, au début de l'anesthésie, tandis que l'autre, selon la position perpendiculaire ou horizontale de la manette, permet aux gaz expirés de passer à travers ou en-dehors de la chaux sodée, selon les besoins du moment. Les gaz frais sont alimentés par une ouverture se trouvant à l'arrière de l'appareil.

Le masque employé doit être capable de s'adapter à la figure du sujet sans laisser aucune fuite et peut être muni ou non d'une valve d'échappement.

Le filtre doit contenir environ 500 grammes de chaux sodée en granules de la plus haute qualité. Waters, après plusieurs expériences, a trouvé que les meilleurs résultats étaient obtenus, lorsque les granules étaient du calibre 4 à 8. Si un calibre plus fin est choisi, les gaz circulent plus lentement, rencontrant une certaine résistance dans leur marche. Cette quantité de 500 grammes est suffisante pour absorber l'acide carbonique pendant environ six à dix heures.

Pour réussir avec cet appareil, il faut voir à maintenir les voies aériennes libres de toute obstruction; c'est pourquoi, il est à conseiller de faire usage du tube pharyngien dans la plupart des cas.

La marche de l'anesthésie se fait généralement comme suit: un courant continu de protoxyde d'azote, (nous nommons le pro-

toxyde d'azote, parce que c'est généralement le plus employé,) et d'oxygène est introduit dans l'appareil, au pourcentage que l'anesthésiste croit propre à produire la narcose. Le masque est tenu légèrement, sans tension, sur la figure du patient. Quand celui-ci a perdu connaissance, il faut mettre en place les courroies de soutien, afin d'éviter toute fuite, tout en ayant soin de laisser la valve d'échappement légèrement entre-ouverte, permettant une tension raisonnable dans le sac respiratoire. Quand le moment est jugé bon, introduire le tube pharyngien.

Lorsque tout est remis en place, il s'agit de mettre en usage le circuit fermé. Il faut obturer hermétiquement la valve d'échappement, couper complètement le courant continu de protoxyde d'azote, mettre la manette actionnant la valve du filtre dans la position verticale et ne laisser couler que la quantité d'oxygène nécessaire au métabolisme basal, soit de 200 c.c. à 500 c.c. par minute.

Si l'appareil est à l'abri de toute fuite, l'anesthésie peut se continuer ainsi pendant assez longtemps; théoriquement, elle peut durer indéfiniment.

Si, par hasard, le patient présente des signes d'anesthésie trop profonde, un courant subit d'oxygène y remédiera. Au contraire, l'anesthésie devenant trop superficielle, il suffit d'enrichir le mélange par une bouffée de protoxyde d'azote pur.

Quelquefois, l'on désire obtenir un relâchement musculaire complet. L'emploi d'une certaine quantité d'éther est rendu alors nécessaire. Il est à remarquer qu'avec cet appareil, l'usage de très petites quantités d'éther obtient des résultats surprenants; celles-ci, d'ailleurs, sont rapidement éliminées.

L'induction se fait de la même manière que précédemment, excepté que l'on fait passer le mélange à travers de l'éther. Comme avec la méthode ordinaire, il faut prendre la précaution de ne faire le changement que très progressivement, afin d'éviter que le patient

ne soit suffoqué. Quand la paroi abdominale est devenue flasque, indiquant un relâchement musculaire complet, nous supprimons l'éther et remettons le circuit fermé en marche, comme plus haut. Il est rare de faire usage de plus de deux onces d'éther, pour une anesthésie d'environ une heure et plus.

La clef du succès de cette technique réside surtout dans l'imperméabilité de l'appareil, et l'on n'insistera jamais trop sur cette condition primordiale. Il est facile d'ailleurs de s'en rendre compte par la distension du sac respiratoire; celui-ci aura une tendance à se dégonfler, s'il y a la moindre fuite.

Il est nécessaire, en second lieu, de s'assurer que l'absorption de l'acide carbonique se fait très bien. Une hyperpnée ou une dyspnée accompagnée de cyanose, qui s'installe progressivement et qui ne peut se corriger que par une trop grande quantité d'oxygène, éveillant le patient, est un signe que la chaux sodée est épuisée et n'est plus apte à remplir son rôle.

Troisièmement, l'ajustement du filet continu d'oxygène a aussi une grande importance. Quelques centimètres cubes d'oxygène de plus par respiration peuvent grandement modifier le mélange anesthésique. Supposons, par exemple, la respiration de vingt par minute, il est facile de se rendre compte qu'au bout de ce temps, cela fera une quantité suffisante pour rendre le mélange trop riche en oxygène. Quoi qu'il en soit, après une certaine pratique, l'anesthésiste arrive assez facilement à trouver le juste milieu.

Cette méthode présente aussi des avantages qui la recommandent hautement. Citons d'abord, la douceur de la respiration. En contraste avec la méthode ordinaire où la respiration est bruyante et nuisible, avec le circuit fermé, le patient semble respirer naturellement, sans effort; l'effet immédiat amène le silence et l'immobilité du côté de la paroi abdominale et de son contenu.

La réaction chimique de la chaux sodée sur l'acide carbonique de l'air expiré produit une certaine chaleur, qui se distribue également à tout le mélange anesthésique et, par la suite, au sujet anesthésié. En outre, l'atmosphère intérieure est saturée par l'humidité que dégage la respiration.

Cette chaleur et cette humidité, Waters prétend que ce sont là deux choses qui exposent beaucoup moins aux complications pulmonaires et contrebalancent la chute de la température et la déshydratation, qui caractérisent cet état grave qu'on appelle le shock.

Il va de soi que le circuit est, en plus, d'une économie extraordinaire. On ne saurait trop recommander cette technique, étant donné que le coût de la méthode ordinaire est la pierre d'achoppement de la propagation de l'anesthésie au protoxyde d'azote ou à l'éthylène.

Les quantités, rapportées par Waters, pour une anesthésie d'un certain temps, sont presque incroyables. Un gallon et demi de protoxyde d'azote pour l'induction, deux gallons d'éthylène pour la période de maintien et un gallon de protoxyde d'azote pour le retour sont suffisants, pourvu que l'appareil soit indemne de toute fuite. Si une anesthésie très profonde est désirée, il est recommandé d'additionner le mélange de vapeurs d'éther.

Il en résulte que l'air, respiré par le chirurgien, l'anesthésiste, etc., n'est pas contaminé par aucune vapeur; pour ceux qui font usage d'éthylène, les dangers d'explosion sont totalement éliminés.

Notons en passant que le faciès du patient conserve toujours sa coloration normale, son pouls ne subit pas ou peu de changement; le réveil se fait rapidement, quelques minutes tout au plus après la cessation de l'anesthésie et, si l'opération n'a pas été trop grave, le patient se sent tout à fait à son aise.

Quant aux suites opératoires (les nausées, les vomissements), plusieurs facteurs peuvent intervenir pour en changer la nature. D'après l'expérience des adeptes de cette technique, les ennuis courants auraient été, dans la plupart des cas, de beaucoup diminués.

Comme conclusion, tous les avantages ci-haut mentionnés: la simplicité de l'appareil, que ce soit celui de Waters ou de Foregger, sa flexibilité, son adaptabilité à la grande majorité des cas, en font une méthode de choix, qu'il vaut la peine d'expérimenter, parce qu'elle produit la narcose se rapprochant le plus du sommeil normal.



L'INFECTION CUTANÉE, SES MODALITÉS PATHOGÉNIQUES ET SON TRAITEMENT

Par J.-HENRI LEGENDRE,
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Tout dernièrement, en parcourant le *Traité de Thérapeutique médicale* de Loeper, Milian et Bory, notre attention a été attirée par un chapitre d'une extrême importance pour le médecin praticien, qui est souvent perplexe en face d'une infection de la peau.

Celui-ci, en effet, emploie indifféremment et souvent sans discernement, antiseptiques ou pommades et demeure tout surpris des résultats obtenus et bien déçu de ne pas voir venir la guérison, même après des semaines de traitement.

C'est pourquoi, nous croyons utile à tous de préciser la pathogénie de ces infections et de fournir des indications d'une thérapeutique appropriée, apte à amener une guérison rapide.

Les microbes ou parasites peuvent envahir la peau de deux façons: 1) par voie externe; 2) par voie interne.

1) *Par voie externe*: c'est la peau qui est le point de départ de l'inoculation. Lorsqu'un enfant est embrassé par un petit camarade, atteint d'impétigo du visage, il reçoit, par le fait même, sur la joue une colonie de streptocoques, qui va donner naissance à une bulle d'impétigo; voilà un exemple caractéristique de l'infection d'origine externe.

Dans ce cas, c'est l'épiderme qui est envahi, en premier lieu et d'une manière élective. Les différentes infections épidermiques sont, en général, faciles à guérir, parce que superficielles et que l'épiderme peut être aisément désinfecté.

Il n'en est pas de même, quand les microbes sont déposés, non plus dans l'épiderme purement et simplement, mais à l'orifice des follicules pilo-sébacés. On sait qu'il existe à l'orifice cutané du

follicule pileux une petite cupule, une invagination de l'épiderme, d'où sort le poil et dans laquelle peuvent s'accumuler des colonies microbiennes, qui, de là, envahissent le corps du follicule, sa paroi, ses environs. Lorsque les parasites sont ainsi logés dans la cavité du follicule pileux, ils sont extrêmement difficiles à déloger.

On se rend facilement compte du fait, si l'on pense que le follicule pileux traverse non seulement l'épiderme, mais encore la totalité du derme pour arriver souvent jusque dans l'hypoderme.

On comprend, dès lors, la difficulté qu'il y a à soigner une folliculite, car il est très difficile d'atteindre le micro-organisme, installé au fond du follicule pileux. Aucun antiseptique ne peut y pénétrer, tellement le canal est étroit et profond.

Autant il est facile de guérir, par une application de teinture d'iode, une tricophytie épidermique, autant il est difficile de guérir une tricophytie folliculaire. La première disparaît avec une seule application de teinture d'iode, tandis que plusieurs badigeonnages de teinture d'iode et d'alcool iodé n'amènent qu'une amélioration de la seconde et non la guérison, même après trois semaines; encore faut-il employer d'autres procédés que les antiseptiques.

2) *Par voie interne*: l'infection par cette voie est peut-être moins fréquente. La tuberculose, la syphilis, la lèpre et un certain nombre de maladies générales donnent des lésions cutanées.

La furonculose est une des plus intéressantes, au point de vue de son évolution, des infections de la peau. Il arrive qu'un follicule pileux soit envahi par un staphylocoque et il se crée ainsi dans une certaine région du corps, à la nuque, par exemple, un furoncle.

S'il est bien soigné, ce furoncle peut tourner court et disparaître vite, sans laisser de traces; mais, au contraire, si l'on y met un pansement humide et, qui pis est, un pansement humide chargé d'un antiseptique irritant, comme l'acide phénique, on peut voir, le lendemain, sous la compresse et dans le territoire qu'elle

recouvre, une multitude (5-9-12) de folliculites à staphylocoques, qui ne tardent pas à se transformer en furoncles; voilà un exemple d'infection de proche en proche, d'origine externe.

Mais si cette furonculose dure, si certains éléments deviennent volumineux et multifolliculaires (anthrax), l'infection staphylococcique déborde le follicule pileux, atteint le derme, l'hypoderme, les canaux lymphatiques, ainsi que les ganglions.

Dans ces diverses régions, une fois la phase aiguë passée, le germe persiste, à l'état latent, en ne laissant dans certains territoires qu'une légère infiltration, indice de sa vitalité. Une fois le staphylocoque ainsi entré dans l'organisme, il peut, à la faveur du diabète, par exemple, se multiplier sur place, puis se répandre dans le torrent circulatoire, où il va, en divers points, infecter de dedans en dehors les follicules pileux et reproduire, cette fois, une furonculose d'origine interne.

Cet exemple nous montre, en passant, combien, au lieu de soigner la furonculose toujours de la même manière, il faut, avant toute chose, connaître à quel stade de l'infection staphylococcique se trouve l'organisme envahi.

Il va sans dire que dans toute maladie cutanée, soupçonnée ou reconnue d'origine infectieuse, il est indispensable de rechercher à quelle modalité infectieuse on a affaire, afin d'appliquer la thérapeutique convenable.

Les éruptions d'origine interne sont fréquemment péri-folliculaires. On sait, en effet, qu'autour des follicules pileux, il existe un réseau capillaire très développé, sans parler des vaisseaux capillaires de la papille du follicule. Il y a, là, des remous circulatoires, où le cours du sang est ralenti et où les germes sont forcément, eux-mêmes, stagnants. De là, le développement dans ces lieux, de complications inflammatoires dont la folliculite est l'expression. Telles sont les grandes modalités de l'infection cutanée.

Munis de ces notions indispensables, nous sommes maintenant armés pour comprendre la manière de traiter l'infection cutanée.

Imaginons, d'abord, une *infection locale cutanée*, d'origine externe, comme on l'observe à la suite d'une plaie souillée par les microbes. La guérison de cette infection est généralement facile; la désinfection locale sera obtenue par deux moyens principaux: 1) le nettoyage et 2) l'application d'antiseptiques.

Le nettoyage est la partie capitale du traitement de désinfection cutanée; qui dit nettoyage dit expulsion mécanique de tous les germes microbiens qui pullulent au point traité.

Ce nettoyage consiste dans le savonnage de la plaie au savon de Castille simple. Ce savonnage, qui dégraisse la peau, permet d'enlever les débris d'épiderme, les tissus mortifiés, le sang, etc. Ce nettoyage au savon est d'autant plus efficace qu'il neutralise les toxines microbiennes.

On appliquera, ensuite, un pansement humide. Par définition, un pansement humide doit rester humide pendant toute la durée de son application. Il ne doit pas, quand on le retire pour le changer, être sec et par conséquent coller, ce qui traumatise l'épiderme, fait saigner la peau, détruit les réparations épidermiques en voie de réalisation.

C'est là le critérium d'un bon pansement humide; tout pansement qui est sec, quand on l'enlève, a été mal ou trop longtemps appliqué.

Le pansement humide doit comprendre de nombreuses épaisseurs de gaze trempée d'eau boriquée. Ces compresses doivent être appliquées sur une large surface, dépassant de beaucoup les limites de la région atteinte; lorsqu'il s'agit d'une plaie des membres, les compresses doivent faire le tour complet de celui-ci.

Une substance imperméable doit être placée au-dessus de ces compresses humides, de manière à dépasser les limites du panse-

ment, afin d'empêcher la dessication de celui-ci. Une mince couche d'ouate peut être posée ensuite et le tout maintenu par un bandage.

Ce pansement humide sera changé deux fois par jour; de cette façon, il n'aura pas eu le temps de perdre toutes ses molécules aqueuses.

Ce mode de traitement empêche le développement des microbes, favorise la défense de l'organisme; le patient, chez qui on l'applique, ressent un soulagement considérable et immédiat.

Il est, toutefois, une recommandation importante, celle de ne pas laisser ces pansements trop longtemps en place; on ne doit les utiliser que 3 ou 4 jours au maximum, juste le temps nécessaire pour faire disparaître les principaux phénomènes inflammatoires. Employés plus longtemps, ils macèrent les tissus; l'épiderme devient blanc, se soulève, et se détache par lambeaux, créant des régions où les microbes vont se réveiller, se développer et amener des complications infectieuses.

Cette désinfection locale s'applique surtout dans les cas où non seulement l'épiderme, mais encore le derme et même l'hypoderme sont atteints. Ces moyens, très simples, sont d'une extraordinaire puissance, bien souvent méconnue de certains médecins.

S'il est parfois nécessaire de supprimer les pansements humides, après 3 ou 4 jours, comme nous venons de le dire, il est, d'autres fois, utile d'en continuer l'usage; dans ce cas, il est bon de ne les appliquer que la nuit et de faire, le jour, les traitements dont nous allons maintenant parler.

Les pommades ne peuvent être employées que dans des cas extrêmement rares; elles remplissent le rôle d'un pansement occlusif. Elles trouvent leur meilleure indication dans les affections mycosiques, à germes moins enclins à pénétrer dans l'organisme et semblent peu efficaces contre les lésions à staphylocoques ou à streptocoques.

Les meilleurs désinfectants cutanés sont *les solutions alcooliques de produits antiseptiques*.

La teinture d'iode est merveilleuse, à ce point de vue; il ne fait nul doute qu'elle est un excellent désinfectant des plaies et un antiseptique prophylactique de premier ordre; son emploi, toutefois, ne peut guère être continué plus de 2 ou 3 jours consécutifs, à cause des phénomènes d'irritation cutanée possible. On peut prolonger l'action de la teinture d'iode par l'emploi de l'alcool iodé (1 gramme d'iode pour 100 cc. d'alcool à 90°), appliqué deux fois par jour, sans dommage pour la peau, médicament excellent des dermites à cocci et particulièrement des pyodermites végétales. Celles-ci résistent à toutes sortes de pansements antiseptiques et guérissent en 15 jours par l'application bi-quotidienne d'alcool iodé.

Les applications d'alcool camphré, dont le pouvoir antiseptique est incontestable, jouent également un excellent rôle dans le traitement des pyodermites.

Le nitrate d'argent, en solution dans l'eau distillée, est aussi un bon antiseptique cutané épidermique, utilisé au 50e, au 20e et au 10e.

Ces différents modes de traitement sont recommandés, surtout lorsqu'il s'agit d'infections épidermiques ou dermo-épidermiques. Ils ne peuvent pas être de la même utilité, quand les follicules pilo-sébacés sont atteints. Les micro-organismes, quels qu'ils soient, qui ont pénétré dans le follicule pileux et qui y pullulent, sont, pour ainsi dire, invulnérables à l'action des antiseptiques (déposés sur la peau), car ceux-ci, de quelque nature qu'ils soient, ne peuvent pénétrer dans le follicule, tant il est resserré et tant il est profond. La présence du poil, au milieu de celui-ci, est un obstacle supplémentaire à l'action antiseptique. Exemple, le sycosis microbien,

i.e. l'envahissement des follicules pileux de la barbe par le staphylocoque, affection rebelle à la médication antiseptique externe, tant qu'il n'y a pas eu d'épilation.

Etudions maintenant le traitement des infections cutanées surgissant par la voie circulatoire générale. Supposons la pénétration dans le derme d'un streptocoque; il va envahir les lymphatiques, les ganglions, la circulation générale et causer une septicémie; il peut alors créer des accidents cutanés de dedans en dehors. On voit ainsi une plaie infectée donner lieu à certaines dermatoses. La roséole syphilitique en est un bel exemple. Il va sans dire qu'en pareille circonstance, le traitement externe de la lésion est assez secondaire. Il faut de toute nécessité faire intervenir une médication interne et chercher à tarir la source microbienne des accidents cutanés.

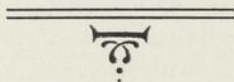
L'ingestion médicamenteuse, les injections intra-veineuses, voire même sous-cutanées, sont les méthodes usuelles. Milian a montré l'efficacité spécifique, dans la furonculose, de l'acide phosphorique en ingestion, à la dose de 50 à 60 gouttes par jour, à donner pendant des semaines pour éviter la récurrence chez les furonculeux chroniques. Il existe aussi quelques médicaments pour injection intra-veineuse à base d'acide phosphorique; le Galyl, entre autres, employé à la dose de 0.30, 0.40, 0.50 ctg., amène, en quelques heures, la sédation des phénomènes douloureux des furoncles ou de l'anthrax, en même temps qu'il calme les phénomènes inflammatoires.

Les vaccins et les sérums seront utilisés, d'après les germes en cause. Les vaccins seront injectés surtout pour stimuler les fonctions de défense, tandis que les sérums serviront dans les cas de septicémie.

En terminant, qu'il nous suffise de rappeler qu'il ne faut jamais négliger, en dermatologie, le traitement général, celui du

terrain sur lequel s'est développée la dermatose infectieuse. C'est ainsi que des impétigos rebelles, résistant au traitement classique, guériront rapidement par la médication anti-syphilitique chez un hérédo.

Il est bon de savoir que l'opothérapie testiculaire ou ovarienne a souvent raison de certaines infections cutanées, v. g. la teigne, dès que les extraits de ces glandes sont administrés à doses convenables.



EN MARGE DE QUELQUES CAS D'ANGIOME HYPERPLASIQUE DES DOIGTS

Par EDOUARD DESJARDINS,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

La lecture d'un chapitre du beau livre que Marc Iselin vient de consacrer à la chirurgie de la main, nous a inspiré le thème de cet article.

Il s'agit de certaines causes de retard dans la guérison des plaies du doigt; et parmi celles-ci, il nous en énumère une, importante, assez souvent méconnue: le botryomycome, et il nous donne de cette complication l'observation suivante que nous ferons suivre de six cas personnels de tumeurs digitales:

OBSERVATION I (obs. 22 bis d'Iselin). — « Un jeune homme de 17 ans est soigné pendant trois semaines pour une section nette de la 3^{ème} phalange qui n'a pas été suturée. Alors apparaît un bourgeon charnu qui, malgré la cautérisation au nitrate, les brûlures au thermocautère, ne cesse de s'accroître. Son médecin me l'amène au bout de 6 semaines: il présente alors, au bout de son index, une petite tumeur en chou-fleur, grosse comme une noisette, ne saignant pas, implantée par un *pédicule totalement indépendant des bords cutanés* de la plaie: c'est là un caractère diagnostique important. Il suffit, sous anesthésie locale, d'enlever cette tumeur en faisant un évidement conoïde de la base d'implantation jusqu'à l'os. On met un point de suture et, malgré une forte hémorragie dans l'après-midi de l'intervention, la guérison est acquise en 8 jours. »

OBSERVATION II (personnelle). — Madame L. R., 24 ans, mariée et mère de deux enfants, vient consulter le 23 septembre 1932, pour une petite tumeur péri-unguéale de l'index droit. Cette tumeur n'est pas très douloureuse — elle offre surtout, comme trouble, du saignement facile à toutes les opérations de la main. Cette tumeur saigne au lavage et à l'essuyage des mains, elle saigne au moindre traumatisme.

Elle a progressé graduellement pour atteindre au moment de l'examen le volume d'un gros pois.

Le début de cette tumeur remonte à plusieurs mois. Il semble qu'alors la malade aurait eu l'impression d'un corps étranger ayant pénétré dans son doigt et aurait exploré celui-ci avec des aiguilles non stérilisées, bien entendu. Aucun

corps étranger n'est apparu, mais une légère infection péri-unguéale est survenue, que la patiente a traitée au meilleur de sa connaissance et d'après les conseils de ses voisines.

La douleur aurait diminué sensiblement, cependant que la petite tumeur commençait son accroissement. La malade n'aurait pas consulté sans le saignement répété qui l'inquiétait gravement (lui faisant croire à un cancer au début) et l'empêchait de vaquer aux travaux de sa maison.

Elle vient donc, des Laurentides où elle habite, consulter au dispensaire de chirurgie de l'Hôtel-Dieu.

A l'examen, nous trouvons un mauvais état général. La malade est très maigre, anémiée, à faciès souffreteux. Elle n'accuse pas d'autres signes que ceux plus haut cités.

L'examen local nous fait voir sur le bord externe péri-unguéal de l'index une tumeur de la grosseur d'un gros pois, douloureuse légèrement et qui saigne au toucher, — tumeur pédiculée et à surface irrégulière.

Le doigt n'est pas augmenté de volume et ne présente rien d'anormal, sauf au point d'implantation de la tumeur. Pas de réaction ganglionnaire ni épitrochléenne, ni axillaire.

Le diagnostic est porté d'angiome hyperplasique, étant donnés les caractères suivants: tumeur inflammatoire, presque pas douloureuse, saignant facilement, ne réagissant pas au traitement et ne s'accompagnant pas d'adénite.

L'intervention est proposée et acceptée par la malade.

Elle est pratiquée le 24 septembre 1932. Sous anesthésie locale, il est fait au bistouri une excision circulaire de la tumeur, faite assez profondément pour atteindre le point d'implantation. L'hémostase pratiquée par compression de la racine du doigt étant parfaite, il n'y a pas d'hémorragie. Deux points au catgut chromé réunissent les lèvres de la plaie, petite mèche à l'éther iodoformé.

La pièce est adressée au laboratoire d'anatomie-pathologique. Le rapport nous est remis le 4 octobre 1932 et se lit comme suit: *angiome hyperplasique*, ce qui confirme le diagnostic clinique.

Les suites opératoires ont été très simples. Le dixième jour, la malade pouvait retourner chez elle, la guérison s'étant faite par première intention.

OBSERVATION III (personnelle). — Madame A. B., 26 ans, se présente à la consultation externe de l'Hôtel-Dieu le 11 juillet 1932, pour une petite tumeur de l'auriculaire gauche.

Cette tumeur, qui a débuté il y a quelques semaines, n'est pas très douloureuse, mais saigne facilement; elle serait survenue après un léger traumatisme, et aurait augmenté malgré le traitement.

A l'examen, on note une tumeur pédiculée du volume d'une petite cerise, à peine douloureuse, mais qui ne saigne pas au toucher. Pas d'adénopathie ni axillaire, ni épitrochléenne; pas d'œdème du doigt, ni de la main.

Le diagnostic est porté d'angiome hyperplasique.

L'intervention est proposée et pratiquée le jour même sous anesthésie locale. Excision circulaire de la petite tumeur faite en tissu sain, jusqu'au point d'implantation — pas d'hémorragie — un catgut réunit les lèvres de la plaie opératoire — petite mèche à l'éther iodoformé.

Suites: sans incident. Guérison le huitième jour.

La pièce est envoyée au laboratoire d'anatomie-pathologique et M. le Dr Riopelle nous adresse, le 19 juillet 1932, le rapport suivant: *Angiome en voie d'accroissement*.

OBSERVATION IV (personnelle). — F. D., 11 ans, fils de cultivateur, se présente au dispensaire de chirurgie de l'Hôtel-Dieu pour une petite tumeur du pouce gauche, tumeur qui suppure depuis près de deux mois, sans être trop douloureuse.

Comme le petit malade habite la campagne, loin du médecin, tous les remèdes populaires en usage dans les régions rurales ont déjà été mis à l'épreuve sans autre résultat que l'accroissement, très lent, il est vrai, de la petite tumeur.

Il y a plusieurs mois, l'enfant se serait fait une plaie du pouce gauche, à la suite de pénétration d'un corps étranger, semble-t-il; mais le malade n'est pas très affirmatif; il est surtout d'une grande timidité et craint tout autant l'interrogatoire que les soins médicaux.

Les parents, devant l'insuccès de leur thérapeutique, se sont décidés, il y a quelques jours, à conduire l'enfant chez le médecin du village. Celui-ci, après examen sommaire, décrète l'amputation du pouce comme impérative et recommande le séjour à l'hôpital.

L'enfant nous est donc amené, le 13 janvier 1933. A l'examen, nous constatons sur le bord externe de la face du pouce gauche une petite tumeur pédiculée, du volume d'un pois, peu douloureuse au toucher; la pression y fait sordre un peu de pus.

Le diagnostic d'angiome hyperplasique est porté; une radiographie est, cependant, requise pour éliminer l'ostéo-myélite possible d'une phalange; le résultat de celle-ci est négatif.

Il n'y a aucune indication d'amputation du pouce, mais, au contraire, le traitement chirurgical conservateur doit être tenté. Il est pratiqué, sous anesthésie locale: excision circulaire de la tumeur, pansement sec à plat sans point de suture cutanée.

Suites opératoires sans incident.

La pièce enlevée n'est jamais parvenue au laboratoire d'anatomie pathologique pour des raisons de nous inconnues.

OBSERVATION V (personnelle). — Madame A. L., 38 ans, mariée, sans enfant, se présente à la consultation externe de l'Hôtel-Dieu, le 1er décembre 1932. Elle se plaint d'une petite tumeur du pouce droit qui n'est pas très douloureuse, mais qui saigne facilement; ce qui l'inquiète beaucoup, car elle est très timorée et redoute souverainement la transformation de sa tumeur en cancer.

L'apparition de cette tumeur remonte à au moins deux mois, la malade ne se rappelle pas très bien de l'origine de celle-ci; elle avoue cependant qu'elle n'a jamais cessé, depuis qu'elle a constaté la présence de cette tumeur de jouer (c'est son expression) avec celle-ci; elle a tenté les pansements phéniqués, les applications de caustiques, elle a même essayé de faire une exérèse superficielle avec une lame de rasoir, le tout sans succès; la tumeur ne rétrocede pas et saigne quand même.

La malade se décide enfin, il y a trois semaines, à consulter un médecin de la petite ville où elle habite. Celui-ci lui conseille la radiothérapie. Une séance est donc pratiquée le jour même et doit être renouvelée au bout d'un mois. La malade, cependant, se décourage de ne pas voir la petite tumeur de son doigt disparaître et comme celle-ci saigne toujours au moindre contact, elle demande à voir un chirurgien.

À l'examen, nous constatons à la région péri-unguéal externe du pouce droit et envahissant l'espace sous-unguéal une très petite tumeur du volume d'un pois, de consistance très dure, non pédiculée, à revêtement cutané kératosique, non douloureuse au toucher, qui ne saigne pas; pas d'adénopathie; pas d'oedème du doigt.

Nous portons le diagnostic de transformation kératosique d'un angiome hyperplasique, consécutive à un traitement par R. X. et proposons l'intervention.

Celle-ci n'est pas acceptée d'emblée et la malade préfère tenter la modification des caractères physiques de sa tumeur par des applications répétées de pansements humides.

À LOUER

Trois formules de base

===== EN CHIRURGIE MODERNE =====

N E M B U T A L 8 4 4

Hypnotique, sédatif, antispasmodique. Ce nouveau dérivé de l'acide barbiturique est caractérisé par une action hypnotique rapide, puissante et de courte durée, ainsi que par son effet sédatif prolongé. Ces diverses propriétés font du Nembutal le pré-anesthésique de choix en chirurgie.

•

TEINTURE de METAPHEN

Préparée spécialement pour la stérilisation pré-opératoire de la peau. Non-irritante, non-toxique, la Teinture de Métophen ne précipite pas en présence du sérum sanguin, et élimine les dangers d'adhérences.

•

M E T A P H E N 2 5 0 0

Solution aqueuse de Metaphen au 2500e. Peut être employé pur sur les muqueuses les plus délicates. Particulièrement recommandé pour l'irrigation des plaies et la stérilisation des muqueuses.

•

Pour renseignements détaillés, s'adresser à:

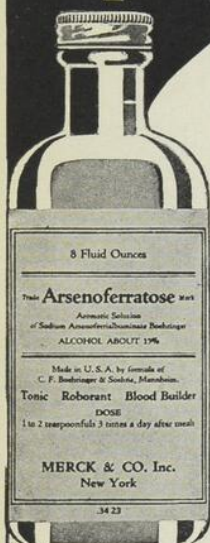
LABORATOIRES ABBOTT Limitée, Montréal

=====

Arsenoferratose

TRADE-MARK

tonique reconstituant



L'Arsénoferratose s'emploie beaucoup comme altérant et reconstituant dans le traitement de l'anémie, de la chlorose, dans la chorée, dans les dermatoses rebelles, dans la maladie de Basedow et dans tous les troubles d'origine nerveuse.

D'un goût agréable, les femmes et les enfants n'hésitent aucunement à prendre cette préparation qui est bien tolérée. Elle ne tache pas les dents et ne cause pas de constipation.

Votre pharmacien peut vous procurer l'Arsénoferratose sous forme de comprimés, en flacons de 75, et sous forme liquide, en bouteilles de 8 onces.

Ecrire pour la littérature

VERODIGEN

(la fraction gitalinique des feuilles de digitale)

est la préparation digitalique qui agit le plus rapidement par ingestion. Il surpasse les autres préparations par sa rapidité d'action et se rapproche par là des digitaliques administrés par voie intraveineuse ainsi que de la strophanthine.

Autres avantages:

Bonne tolérance de la part de l'estomac, pas d'accumulation toxique.

Emballage: tubes de 12 comprimés

Des échantillons sont en tout temps à la disposition de M. M. les médecins.

MERCK & CO. Ltd.
MONTREAL

SPASMOSEDINE

SEDATIF CARDIAQUE

EST LE SEDATIF ET
ANTISPASMODIQUE
SPECIALEMENT MIS AU POINT
POUR LA THERAPEUTIQUE CARDIO-VASCULAIRE

DIGIBAINE

TONIQUE CARDIAQUE

Remplacent
DIGITALE et DIGITALINE

LABORATOIRES
DEGLAUDE
Médicaments
Cardiaques Spécialisés
6 rue d'Assas PARIS.

2 FORMES

GRANULÉ
COMPRIMÉS

(avec bonbonnière de poche)

SÉDOGASTRINE

SÉDATIF GASTRIQUE
Association Alcalino-phosphatée + semences de cigüe

HYPERCHLORHYDRIE
SPASMES
DOULEURS GASTRIQUES

POSOLOGIE

Après le repas et au moment des douleurs
Granulé : 1 cuillerée à café
Comprimés : 2 à 4 jusqu'à sédation

LABORATOIRES
DU DOCTEUR ZIZINE
24 Rue de Fécamp - PARIS

ANÉMIES
et INSUFFISANCES HÉPATIQUES

Hépatrol

EXTRAIT de FOIE de VEAU FRAIS
en ampoules buvables

MÉTHODE de WHIPPLE

ADULTES et ENFANTS
sans contre-indications

LABORATOIRES ROLLAND
31 rue des Francs-Bourgeois (4^e)
Paris



Littérature et échantillons: MILLET, ROUX & LAFON Ltée, 1215 St-Denis, Montréal

PRODUITS GLANDULAIRES C. & C.

HORMOCRINE "F" C. & C.

Chaque comprimé représente en glandes fraîches:

Hypophyse $\frac{1}{2}$ grain, Ovaire complet $7\frac{1}{2}$ grains, Thymus $3\frac{3}{4}$ grains, Substance Cérébrale $7\frac{1}{2}$ grains, Surrénale $\frac{1}{2}$ grain, Thyroïde 5-16 grain.

INDICATIONS : Insuffisance ovarienne, Dysménorrhée, Ménorragie, Désordres de la ménopause, Obésité, Insuffisance glandulaire.

Conditionné en bouteilles de 50 et 100 comprimés.

MODE D'EMPLOI : Un à deux comprimés trois fois par jour. Suspendre la médication après quinze jours de traitement, ainsi que pendant la période de la menstruation.

OVACRINE C. & C.

Chaque comprimé représente en glandes fraîches:

Hypophyse $\frac{3}{4}$ gr., Thyroïde 1-6 gr., Ovaire complet $7\frac{1}{2}$ grs., Surrénale $\frac{1}{2}$ gr., Foie 9 grains.

INDICATIONS : Arrêt de croissance, Développement du système osseux, Infantilisme féminin, Impuissance, Sénilité prématurée, Insuffisance glandulaire, musculaire ou génitale, Troubles de la ménopause.

Conditionné en bouteilles de 50 et 100 comprimés.

MODE D'EMPLOI : Un à deux comprimés trois fois par jour.

NEUROCRINE C. & C.

Chaque comprimé représente en glandes fraîches:

Teinture de Valériane 40 gouttes, Surrénale $\frac{1}{2}$ grain, Substance cérébrale 10 grs, Thymus 3-8 grain.

INDICATIONS : Neurasthénie, Surrénalites aiguës ou chroniques, Névroses, Hystérie, Hyperexcitabilité psychique, Fatigues, Surmenage, Epuisement et tous autres troubles nerveux ou mentaux.

Conditionné en bouteilles de 50 et 100 comprimés.

MODE D'EMPLOI : Un à deux comprimés trois fois par jour.

ÉCHANTILLON SUR DEMANDE.

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée

PHARMACIENS EN GROS

Instruments de Chirurgie — Instruments pour Dentistes
Rayons X et Physiothérapie.

28-30 EST, RUE ST-PAUL,

MONTREAL

Téléphone LANcaster 3292

CAMPHOSOL CHOMEDY

Solution à 10% de Camphosulfonate de soude

Tonique du muscle cardiaque remplaçant avantageusement l'huile camphrée qui graisse les seringues, provoque des nodosités et parfois des abcès. Le CAMPHOSOL s'injecte facilement, n'est pas toxique, agit vite, est indolore, ne provoque jamais de réaction locale, et peut s'injecter par voie veineuse.

Le CAMPHOSOL agit sur le myocarde en renforçant les contractions et sur le pneumo-gastrique en les régularisant.

Indications: Le CAMPHOSOL s'emploie dans tous les cas où il faut obtenir une action extrêmement rapide tonocardiaque: syncope, adynamie, phénomènes de shock, gripes, pneumonie, fièvres infectieuses, septicémies, suites d'interventions chirurgicales ou obstétricales. Le CAMPHOSOL excite les centres respiratoires et s'emploie également dans les cas d'asphyxie plus ou moins prononcée des emphysémateux, pneumoniques, asthmatiques ou des noyés et intoxiqués par des gaz toxiques.

Présentation: Le CAMPHOSOL est présenté en ampoules de 5 cc., 2 cc. et 1 cc.

Mode d'emploi: En injections hypodermiques, intra-musculaires ou intraveineuses de 2 à 8 cc. par jour en Médecine et de 8 à 15 cc. par jour en Chirurgie.

LABORATOIRES J. PLE
===== PARIS =====

HERDT & CHARTON, INC.

2027 AVENUE DU COLLÈGE MCGILL, - MONTRÉAL

WINNIPEG, 128 JAMES ST.

TORONTO, 11 KING ST. WEST

ANTISEPTIQUE
LUSALDOL
DESINFECTANT

LE LUSALDOL

*renferme 20% d'Aldéhyde
Formique en combinaison
stable avec le savon.*

- C'est un bactéricide puissant, non toxique, non caustique.
- C'est l'antiseptique idéal pour toutes fins médicales, en chirurgie ou en hygiène.
- C'est aussi un merveilleux désodorisant, laissant après son emploi une odeur agréable qui disparaît rapidement. Il est donc tout indiqué au cours des leucorrhées, métrites et, en général, pour la toilette féminine, en lavages avec une solution à 1%.
- C'est le seul désinfectant qui détruit et fasse disparaître les mauvaises odeurs, sans y substituer une autre odeur plus ou moins agréable.

M. CARTERET, Pharmacien

15, rue d'Argenteuil, PARIS, FRANCE.

CANADA : ROUGIER FRÈRES, - 350, rue Le Moyne, MONTRÉAL

A LOUER

URASAL

**ANTISEPTIQUE URINAIRE
EFFICACE**

Composition:

Hexaméthylénamine combiné avec de la piperazine et du benzo-citrate de lithine.

Fabriqué

par

Indications:

CYSTITE
PYÉLITE
RHUMATISME, etc.

FRANK W. HORNER LIMITED
MONTRÉAL, Qué.

Le 6 décembre 1932, intervention chirurgicale sous anesthésie locale — section première d'une partie de l'ongle — excision circulaire de la tumeur sessile — pas d'hémorragie — réunion de la plaie au catgut — petite mèche à l'éther iodoformé.

Suites opératoires sans histoire. La malade peut retourner chez elle parfaitement guérie vers le 15 décembre 1932.

Revue fin décembre, il n'y a pas de récive.

La pièce prélevée a été adressée au laboratoire d'anatomie-pathologique; malheureusement, les coupes n'ont pu confirmer notre diagnostic, car il n'y eut pas d'examen histologique possible.

OBSERVATION VI (personnelle). — P. L., 37 ans, journalier, se présente à la consultation externe de l'Hôtel-Dieu, le 3 décembre 1929, pour une petite tumeur du pouce gauche à développement assez rapide, mais non très douloureuse. Les commémoratifs font défaut.

A l'examen, petite tumeur pédiculée présentant tous les caractères du bourgeon charnu exubérant, de la grosseur d'une framboise et affectant plutôt la forme en chou-fleur, tumeur ulcérée et suppurée; léger oedème du pouce, pas d'oedème de la main; les ganglions ne sont pas perceptibles. La tumeur est sensible et saigne au toucher. Son aspect spécial nous fait envisager un instant la possibilité d'un cancer et nous portons, avant l'intervention, le diagnostic de botryomycose du pouce gauche, n'étant à ce moment pas très familier avec la nouvelle expression d'angiome hyperplasique.

Intervention, le 7 décembre 1929, sous anesthésie générale. Excision circulaire de la tumeur jusqu'au point d'implantation — la plaie n'est pas réunie par des crins ou du catgut — mèche à l'éther iodoformé.

Suites heureuses. — Le malade peut se compter guéri vers le 20 décembre.

La pièce prélevée est adressée au laboratoire d'anatomie-pathologique et le rapport de M. Pierre Masson nous est transmis, le 20 décembre 1929, ainsi rédigé: *Angiome hyperplasique, ulcéré et suppuré.*

OBSERVATION VII (personnelle). — E. M., 44 ans, menuisier, se présente au dispensaire de chirurgie de l'Hôtel-Dieu, le 13 janvier 1933, pour un phlegmon du pouce droit. Cette affection remonte déjà à plus de quinze jours, le malade s'étant soigné lui-même, aidé des conseils de ses voisins. Il souffre beaucoup et ne dort pas depuis 48 heures, lorsqu'il se décide à consulter.

A l'examen, nous trouvons les signes classiques du phlegmon. L'ouverture immédiate est décidée et pratiquée à l'anesthésie locale au chlorure d'éthyle; une bonne quantité de pus est évacuée, le drainage est établi. La collection purulente

ne se vide pas suffisamment toutefois et une seconde intervention est reconnue nécessaire, le 17 janvier 1933. Il y a amélioration sensible des signes généraux qui étaient assez graves: T° élevée, faciès intoxiqué, pouls accéléré, inappétence, insomnie par algies et l'état local paraît également vouloir suivre le cours des événements heureux. Le malade est soumis deux fois par jour à de grands bains chauds du membre malade, suivis de pansements humides.

La douleur cesse, la suppuration diminue, l'œdème du pouce est disparu; il n'y a plus de ganglions axillaires ni épitrochléens, mais une petite tumeur surgit à la cicatrice, bourgeon charnu pédiculé, non douloureux, qui suppure légèrement.

Nous basant sur ces seuls signes et fort de nos observations précédentes, nous portons le diagnostic d'angiome hyperplasique et décidons notre malade à subir une troisième intervention.

Celle-ci est faite le 28 janvier 1933, sous anesthésie générale. Excision large de tout le bourgeon charnu exhubérant — nettoyage chirurgical — section nette de tous les lambeaux dévitalisés — mèche à l'éther iodoformé.

Suites opératoires. La suppuration est tarie, mais la face palmaire du pouce présente un cratère qui mettra long à se combler.

La pièce est adressée au laboratoire d'anatomie-pathologique et le Dr Riopelle nous en transmet, le 13 février 1933, le rapport suivant: « Fragment de tissu conjonctivo-adipeux présentant une infiltration purulente et renfermant des débris de tendons ainsi que des séquestres osseux. Diagnostic pathologique: Ostéo-myélite ».

Voilà donc un cas typique présentant des caractères (tumeur inflammatoire se développant au voisinage immédiat d'une plaie du doigt, non douloureuse, pédiculée et suppurée) communs à l'angiome hyperplasique et à l'ostéo-myélite et qui nous a fait pencher pour l'hypothèse, reconnue inexacte histologiquement.

L'esprit de nos lecteurs étant fixé sur les particularités cliniques des sept observations qui précèdent, il nous sera facile d'aborder l'étude anatomo-pathologique de la tumeur mise en cause.

Et d'abord, essayons de nous entendre sur la terminologie. Quelques notions histologiques nous sont ici nécessaires.

La première description a été faite en 1897 par Poncet et Dor. Ceux-ci connaissaient les travaux de Rivolta, publiés en 1879, sur certaines tumeurs inflammatoires du cheval, et, en particulier, sur le champignon de castration; tumeurs dues à un agent pathogène spécial: le botryomyces et trouvant un certain parallélisme avec celles-ci, Poncet et Dor appelèrent donc botryomycomes « de petites tumeurs rouges, pédiculées, facilement saignantes, siégeant de préférence à la main et à la face ». Le terme botryomycome vient du grec: *Botrus*, grappe, et *mukès*, champignon. Littré donne à son tour la définition suivante: « Masse mûriforme qui constitue l'élément caractéristique de la botryomycose et est considérée comme un champignon ou un produit de la réaction des tissus sous l'influence d'un microbe particulier: le micrococcus botryogenes ».

En 1869, Bollinger, faisant l'autopsie d'un vieux cheval, trouva des nodules fibreux disséminés, gros comme une noix, qui renfermaient à leur intérieur des grains jaunes formés par des champignons.

Rivolta découvrit, en 1879, un champignon qu'il rendit responsable de la funiculite de castration, comme nous l'avons déjà dit.

Kitt, en 1888, nia l'individualité du parasite coupable de produire le bourgeon secondaire à la castration et mit en cause, aux lieu et place, le staphylocoque.

Mais voyons un peu, selon Fumagalli, en quoi consiste la botryomycose du cheval. « Elle est caractérisée par une tumeur bourgeonnante, constituée par un amas de nodules plus ou moins volumineux, entouré par du tissu scléreux. Ces nodules représentent des foyers inflammatoires. Ils s'ouvrent à l'extérieur par de nombreux trajets fistuleux, d'où s'écoule du pus qui tient en suspension des petits grains jaunâtres qui ont l'aspect de grains de sable et qui ressemblent aux grains jaunes du pus actinomycotique. »

Le parallélisme entre l'affection survenant chez le cheval et la petite tumeur inflammatoire apparaissant chez l'homme fut établi, en 1897, par Poncet et Dor de Lyon.

L'histoire se répète; dans les Archives de Médecine, Sabrazès et Laubie nièrent, en 1899, l'individualité du « botryomyces ascoformans », comme l'avait fait Kitt, onze ans plus tôt, en médecine vétérinaire.

Dans sa thèse soutenue à Paris en 1900, Spourgitis favorisa la théorie de l'identité commune du botryomyces et du staphylocoque.

Et la controverse de s'installer; l'école lyonnaise, guidée par Poncet, en tenait pour la genèse spécifique (cocci isolés) et sa rivale parisienne bataillait pour faire reconnaître l'origine staphylococcique.

Piqué et Terrier, en 1903, refusèrent d'admettre la présence de grains spécifiques.

Lagroux, dans sa thèse publiée en 1904, remarqua à son tour que les amas granuleux trouvés dans les coupes de botryomycome n'avaient rien de commun avec un parasite, mais qu'ils étaient tout simplement des débris de substance nucléaire en voie de désintégration.

En 1905, Küttner admit comme agent causal le staphylocoque et le plaça à l'origine de tout bourgeon charnu. Il se refusa à étiqueter botryomycome une affection qui ne relevait pas d'un champignon et proposa, en échange, le terme de granulome télangiectasique.

Toutefois, la polémique s'orienta différemment en 1908, quand Letulle soutint que les grains botryomycosiques étaient dus à un « regroupement de plusieurs amibes de provenance intestinale qui, après leur mort, se transforment en une masse ronde et hyaline ».

Schridde, Hoffmann et Konjetny incriminèrent certains protozoaires. Il n'est, cependant, pas possible d'assimiler le cas de Schridde au problème qui nous occupe, puisqu'il s'agissait chez lui d'un point de départ osseux.

DeQuervain et Lecène adoptèrent la conception de Küttner et retinrent le terme de granulome télangiectasique.

Delbet et Chevassu restèrent très réservés dans leur description de la botryomycose faite pour le *Traité de Chirurgie de LeDentu* et Delbet.

Lenormant a beaucoup écrit sur la question. Il a même conseillé l'appellation: granulome pédiculé, qui ne préjuge en rien d'une pathogénie inconnue. Le caractère pédiculé de la tumeur lui fut sujet à développement et lui parut être un signe important à placer sur le même pied que la richesse en vaisseaux sanguins.

Magrou, dans sa thèse de Paris, parue en 1914, donna le coup de grâce à la théorie mycosique, car il démontra d'une façon claire et précise « que les caractères morphologiques et culturels des bactéries isolées dans la botryomycose du cheval étaient exactement superposables à ceux du staphylocoque et qu'il n'y avait aucune raison de les distinguer. » Magrou et son élève Dumas ont même produit la botryomycose expérimentale en inoculant du pus dans le testicule du cobaye; ce qui donna des grains à massues typiques.

« Les lésions obtenues chez le cobaye après l'inoculation expérimentale se présentent comme dans le champignon de castration du cheval, tout au moins les initiales. Celles-ci sont constituées par des noyaux durs, irrégulièrement sphériques, jaunâtres, qui paraissent constitués par des nodules inflammatoires limités par des bandes fibreuses. » (Fumagalli.)

Panisset aida beaucoup également à la recherche de la vérité. Pierre Masson rapporta, en 1918, une plaie de guerre botryomycosique. Il fit, en outre, le départ entre la botryomycose humaine

vraie et l'affection qui nous intéresse. Pierre Masson décrit l'objet de notre article sous le nom d'angiome hyperplasique.

Cette variété de tumeur des doigts a donc eu des appellations nombreuses en rapport avec les lésions relevées par les différents auteurs. Nous les résumons ainsi: botryomycome, granulome pédiculé, granulome pyogène, granulome télangiectasique et angiome hyperplasique.

L'intérêt anatomo-pathologique de notre tumeur est très grand. Au point de vue macroscopique, c'est une petite tumeur du volume d'un grain de café, d'un pois ou d'une cerise, ressemblant quelque peu à une framboise ou à une myrtille.

Cette tumeur est le plus souvent pédiculée, mais parfois sessile; le pédicule qui peut être très fin, semble indépendant des bords cutanés de la plaie.

La surface de la tumeur est généralement irrégulière, ce qui lui donne alors l'apparence d'une framboise; elle peut être aussi plane et uniforme.

La tumeur a une tendance à l'ulcération et saigne d'habitude facilement.

Au point de vue histologique, cette tumeur est formée par du tissu conjonctif embryonnaire semblable à celui de tous les bourgeons charnus avec grande quantité de vaisseaux capillaires dilatés à structure de néo-vaisseaux inflammatoires. C'est un angiome à petites cavernes, dont les travées sont de tissu conjonctif en hyperplasie inflammatoire, farci de leucocytes et recouvert par un tissu de granulation. L'épithélium épidermique est refoulé, en voie d'atrophie et disparaît causant les ulcérations.

« La base ou le pédicule, écrit Pierre Masson, contiennent deux ou trois néo-vaisseaux volumineux, raccordés aux vaisseaux dermiques et dont les ramifications nombreuses, très voisines les unes des autres, dessinent des anses anastomosées. Celles-ci se groupent en

des sortes de pelotons, de glomérules, distincts les uns des autres. D'abord superficiels, ces glomérules sont bientôt enfouis sous une lame épaisse de tissu de granulation riche en cellules rondes. Ils sont eux-mêmes englobés dans un tissu inflammatoire qui dessine autour de chacun d'eux des cloisons plus ou moins épaisses. Ces bouquets glomérulaires ont les éléments fondamentaux des tumeurs formées par une prolifération vasculaire ou *angiomes* ».

Il faut donc retenir que la lésion correspond ici surtout à l'hyperplasie du tissu vasculaire et pour employer les mots de Pierre Masson, c'est une *hyperplasie angiomateuse exubérante*.

Connaissant par les observations, publiées ci-haut, les signes cliniques et n'ignorant plus l'anatomie pathologique, il nous sera maintenant très aisé de porter le diagnostic d'angiome hyperplasique.

Seules, quelques affections peuvent prêter à erreur — ce sont certaines formes très rares de panaris, dits analgésiques de la maladie de Morvan; les infections mycosiques exceptionnelles chez nous — l'ostéite avec séquestres osseux (obs. VII); les cancers (hypothèse envisagée dans notre obs. VI), enfin toutes les petites tumeurs des doigts: papillome, xanthome, fibrome.

Qu'il nous suffise de les connaître; l'élimination se fera ensuite facilement.

Le pronostic de l'angiome hyperplasique est excellent; l'exérèse amène la guérison et il n'y a pas de récédive. Le traitement, que nous avons essayé, est simple; car l'intervention chirurgicale, sous anesthésie locale, est facile et nous a donné d'excellents résultats.

Nous savons que d'autres traitements ont été proposés et nous n'avons pas l'intention d'en faire ici la critique. L'intervention chirurgicale nous a paru très aisée et les résultats opératoires ont guéri nos malades rapidement.

Que faut-il retenir de tout ceci? Cinq notions que nous résumons comme suit :

1. La tumeur, étudiée aujourd'hui, a été longtemps connue sous le nom de botryomycome. Il avait, en effet, semblé à certains auteurs qu'elle s'apparentait de très près à la tumeur qui lui ressemble et qui apparaît chez le cheval; mais il a été clairement démontré qu'aucun champignon n'en était l'agent causal et prouvé sans conteste qu'elle ne contenait pas de grains jaunâtres.

2. Cette tumeur est souvent une cause de retard dans la guérison des plaies des doigts.

3. Cette tumeur, d'origine inflammatoire incontestablement, est connue sous bien des noms: granulome pyogénique, granulome pédiculé et granulome télangiectasique, eu égard à certains de ses caractères: a) origine microbienne (staphylocoque); b) pédicule presque constant et c) richesse en vaisseaux sanguins.

Beaucoup d'auteurs la décrivent sous ces noms. Il nous paraît qu'il y aurait, ici encore comme pour beaucoup d'autres affections, lieu de tenir un conseil des nations, afin d'adopter internationalement une dénomination claire et précise pour le grand bénéfice des étudiants et des praticiens. Toutefois, l'opinion des anatomo-pathologistes devrait, à notre avis, prévaloir à ce sujet et il nous semble juste d'adopter et de prôner l'expression qu'ils ont créée.

C'est donc dire que nous ne connaissons plus maintenant cette petite tumeur inflammatoire que sous le nom d'*angiome hyperplasique*.

4. — Au point de vue clinique, le diagnostic est aisé. Tout praticien peut le porter, qui a présent à l'esprit le tableau suivant: tumeur inflammatoire, survenant le plus souvent sur ou au voisinage d'une plaie du doigt, peu douloureuse, saignant facilement, ne donnant pas d'adénite, irréductible aux caustiques et ne récidivant pas après exérèse.

5. — L'intervention chirurgicale nous paraît être le mode de traitement le plus facile et le plus efficace. Tout praticien bien installé peut opérer à l'anesthésie locale et guérir rapidement le malade porteur d'un angiome hyperplasique.

Cette petite tumeur inflammatoire est donc de diagnostic facile et comporte un traitement à la portée de tous.

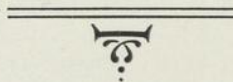
BIBLIOGRAPHIE

1. — ANTUNES, ALTINO. — Le botryomycome humain, *Ann. d'An. path.*, Paris, 1928, v, no 3.
2. — ACHARD & LOEPER. — *in An. path.*, Paris, 1916, 88 et 491.
3. — BENNECKE. — *Zür Frage d. teleangiect. Granulome*, München, 1906.
4. — BIANCHERI, T. — Telangiectatic granuloma, *Rassegna internaz. di clin. e terap.*, 1931, xii, 455.
5. — BODIN. — Sur la botryomycose humaine, *Ann. de Derm.*, Paris, 1902, 289.
6. — BÖLLINGER. — V. A., 1870, 49.
id. — La botryomycose du cheval, *Deutsch. Zeitschr. f. Thiermedizin*, 1887, xiii, 176.
7. — BREDIER, H. — Du botryomycome, *Paris chirurgical*, 1909, i, 19.
8. — CASAZZA, R. — *Arch. ital. di dermat.*, 1928, iv, 3.
9. — CHAMBON. — De la botryomycose humaine, *Thèse de Lyon*, 1897.
10. — CONIGLIO, G. — *Ann. ital. di chir.*, 1931, x, 770.
11. — DELBANCO. — Sur le granulome télangiectasique, *Wiener medizin. Wochensch.*, 1926, lxxvi, no 27.
12. — DELBET, PIERRE, et MAURICE CHEVASSU. — Les infections, *in Nouveau Traité de Chirurgie de LeDentu et Delbet*, Paris, 1907, i, 485.
13. — DEQUERVAIN. — *in Traité de Diagnostic Chirurgical*, Paris, 1922, 677.
14. — FERRARINI. — Granuloma pedunculato, *Clin. Chir.*, 1913, i.
15. — FUMAGALLI. — La vraie botryomycose, *Ann. d'An. pathol.*, Paris, 1927, iv, no 5.

16. — GAHINET. — Des tumeurs botryomycosiques. *Thèse de Paris*, juin 1902.
17. — GALLOIS, PAUL. — Traitement du botryomycome, *Soc. de théér.*, Paris, 1905, 23 fév.
18. — GERBATSCH. — La botryomycose humaine, *Bruns Beiträge Zür Klin. Chir.*, Berlin, clvi, 1932, oct.
19. — HARTMANN. — Rapport sur 27 observations de botryomycose présentées par MM. Thiéry, Lenormant, Dujarrier, Lecène et Silhol, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1906, 371.
20. — HEUCK. — *Derm. Z.*, 1912, 3-6.
21. — HOFFMAN & KONJETNY. — *Int. Derm. Kongr., Rom.*, 1912.
id. — *B.*, 1912, 33.
22. — HUREZ, JULES. — Contribution à l'étude des botryomycomes buccaux, Paris, 1924.
23. — ISELIN, MARC. — Chirurgie de la main, Paris, 1933, 19, 94 et 95.
24. — KAUFMANN, EDW. — *in Path. for stud. and pract.*, Phila., 1929, iii, 2115-16.
25. — KNOFLACH. — Sur le diagnostic des granuloses, *Zentrallb. für Chir.*, Leipzig, lvi, 1929, sept.
26. — KÜTTNER. — Über teleang. Granulome Botryomykose, *Beitr. Z. Klin. Chir.*, 1905, xlii, 1.
27. — KREIBICH. — Über Granulome, *A. F. D.*, 1909, 94.
28. — LAUBIE et TORLAIX. — Rôle des corps étrangers dans la genèse du botryomycome chez l'homme, *Gaz. hebdom. Sc. méd.*, Bordeaux, 1928, xlix, 1.
29. — LECÈNE, PAUL. — Le granulome télangiectasique, *in Précis de path. chir.*, 1928, i, 123.
30. — LEGROUX — *Thèse de Paris*, 1904.
31. — LENORMANT, CHARLES. — Sur la prétendue botryomycose, *Ann. de Derm. et Syp.*, Paris, 1900.
id. — Trois cas de botryomycose, *Bull. Soc. Anat.*, Paris, 1910, fév.
id. — Le botryomycome, *in P. M. C.*, Paris, 1911-12.
32. — LETULLE, MAURICE. — *Soc. de Biol.*, Paris, 1908.
id. et NATTAN-LARRIER. — *in Précis d'an. path.*, 1912, 84.
33. — MAGALHAES, P. S. — *Brasil med.*, 1923, ii, 117.

34. — MAGROU. — Les grains botryomycosiques, *Thèse de Paris*, 1914.
35. — MARIN, ALBÉRIC. — *La Presse méd.*, Paris, 29 juin 1932.
id. — *Can. Med. Ass. J.*, Toronto, 1932, sept., 282.
id. — *L'Union méd. du Canada*, Montréal, sept. 1932.
36. — MARRAS, A. — *Giorn. ital. di dermat. e sif.*, 1930, 429 et 1931, 121.
37. — MARTINOTTI. — Sulla pseudo-botryomycosi humana, *A per le Sc. Med.*, 1913, 37.
38. — MARTINOVA, W. D. — *Arch. f. Derm. u. Syph.*, 1930, 439.
39. — MASSON, PIERRE. — Plaie de guerre botryomycosique, *Lyon chir. et Soc. de Biol.*, 1918.
id. — in *Diagnostics de labo.* — Tumeurs, Paris, 1923, 161.
40. — MICHELSON, H. E. — Granulome pyogène, *Arch. of D. and S.*, Chicago, 1925, xii, 492.
41. — MIGINIAC. — in *Nouveau Traité de Chir.*, Paris, 1931, i, 851.
42. — MILCH & GALLAND. — *Am. J. M. Sc.*, 1931, clxxxii, 405.
43. — MILLIO, B. — Granulome par corps étranger de type cellulaire, consécutif à une biopsie, *Bol. del Inst. de clin. quir.*, Buenos-Ayres, 1931, vii, 58.
44. — MONTGOMERY & CULVER. — Granuloma pyogenicum, *Arch. of Derm. & Syph.*, Chicago, July 1932.
45. — MORO. — A case of pseudo-botryomycosis, *Clin. chir.*, 1931, vii, 401.
46. — MOULONGUET-DOLÉRIS. — Botryomycome, in *P. M. C.*, Paris, 1931.
47. — PANISSET. — Quelques documents nouveaux sur la botryomycose, *Revue gén. de Méd. vét.*, Paris, 1919.
48. — PAUTRIER, L. M. — *Acta dermat.-ven.*, Stockholm, 1932, 347.
49. — PERIN, L. — La botryomycose chez l'homme, *Revue fr. de dermat. et de vén.*, 1926, 4.
50. — PEYRI et CARDENAL. — *Bull. Soc. fr. de dermat. et syph.*, 1929, xxxvi, 953.
51. — PICQUÉ. — Note sur deux tumeurs présentant l'apparence de la botryomycose humaine, *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, Paris, 1903, 234.

52. — PONCET et DOR. — La botryomycose humaine, *Congrès fr. de Chir.*, Paris, 1897, 38.
id. — Botryomycose humaine, *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, Paris, 1906, 305.
53. — ROMANO, G. — Sur la prétendue botryomycose humaine, *Tumori*, Roma, vii, 1921.
54. — ROUSSY et LEROUX. — in *Diagnostic des tumeurs*, Paris, 1921, 45.
55. — SAUL. — *C. F. Bakt.*, 1920, 85, 2.
56. — SAVARIAUD et DEGUY. — La botryomycose, *Gaz. des Hôp.*, Paris, 1902, 1129.
57. — SCHRIDDE. — in *Derm.*, 1912, 5.
58. — THÉVENOT et ALAMARTINE. — *Lyon Chir.*, 1909, 154.
59. — THIÉRY. — Un cas de botryomycose, *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, Paris, 1898, 784.
60. — TISSERAND. — Botryomycose, *Soc. Anat.*, Paris, 1924, déc.
61. — TORLAIS. — La botryomycose chez l'homme et chez les animaux, *Arch. fr. de path. gén. et d'an.-path.*, 1922, iii.
62. — VALILLO. — Del nodule botryomycotico, *Pathologica*, 1911.



LES INFECTIONS ULTRA-APICALES ET LEUR TRAITEMENT PAR L'IONISATION

Par ALCIDE THIBAUDEAU,

Professeur d'anatomie dentaire à l'Université de Montréal,
Chirurgien-dentiste à l'Hôtel-Dieu

Depuis quelques années, les foyers d'infection, avec leurs répercussions lointaines, n'ont pas cessé d'inquiéter le chirurgien dentiste digne de ce nom. L'ignorance des lois élémentaires de l'hygiène, (particulièrement hélas, chez les Canadiens français), a fait de la bouche un des plus dangereux centres de propagation pathogénique. Ce n'est pas à des médecins que j'entreprendrai de prouver mon assertion ni de décrire en détail la pathologie buccale.

Je me contenterai de faire une distinction entre deux sortes d'infections dentaires ou péri-dentaires. Les unes que j'appellerai spontanées, nées de la négligence du patient et les autres acquises, moyennant finances, chez certains fabricants de ponts, de couronnes ou d'obturations dites de porcelaine.

De ces dernières, il y aurait beaucoup à dire pour éclairer le monde médical qui rend encore à leur sujet des jugements fort erronés. Cependant, tel n'est pas le but de cet article. Pour cette fois, je ne parlerai que de l'infection ultra-apicale, de ses causes et des moyens de la faire disparaître.

Dans le domaine odontologique, certaines infections spontanées, qui apparaissent sans contagion apparente, sont souvent dues à des bactéries banales qui s'exaltent, lorsque la résistance individuelle diminue. Dans les caries profondes qui atteignent toujours la pulpe, les tissus ramollis, putréfiés, sont imprégnés de micro-organismes très variés des espèces aérobies et anaérobies.

De toute les complications qui surviennent, la première est l'infection radiculaire pure et simple. Viennent ensuite celles qui intéressent directement le médecin à cause de leurs conséquences. Elles sont nombreuses. Au premier rang se trouve celle qui est

étudiée aujourd'hui: *l'infection diffuse ultra-apicale*, qui amène de la température, de la périostite et de la fluxion.

L'abcès avec ou sans fistule visible, peut survenir; l'hypercémentose, les kystes radiculaires, la nécrose du maxillaire, les adénites, les contractures musculaires, la sinusite maxillaire peuvent se rencontrer. Certains troubles généraux d'origine dentaire apparaissent souvent à l'oeil, au coeur, aux articulations et ailleurs. Les troubles de l'estomac sont toujours les derniers aperçus; c'est donc une grave erreur que d'attendre pour examiner la bouche d'un patient qu'il se plaigne d'ennuis digestifs.

Je ne saurais trop louer cette initiative prise par bon nombre de médecins d'avoir un miroir buccal, un explorateur et d'examiner la bouche de la plupart de leurs patients. D'autres vont plus loin et complètent leur examen par la radiographie; excellente coutume qui n'est, cependant, pas sans danger, car, ne l'oublions pas, seuls les médecins et dentistes très habitués à la lecture des radiographies, peuvent les interpréter sans faute.

J'irai plus loin, les Rayons-X eux-mêmes peuvent être une cause d'erreur. S'ils donnent une image positive, tout va bien, mais si l'image est négative, il peut encore rester un doute sérieux. Dans ce cas, vous admettez qu'au dentiste revient la tâche de compléter le diagnostic par un bon examen clinique.

Il est indiscutable que les infections ultra-apicales, une fois découvertes, doivent disparaître. Trois méthodes sont à la disposition du chirurgien.

L'extraction pure et simple, avec ou sans curettage de l'alvéole, est le premier mode de traitement. Malgré certaines opinions contraires persistant encore, je suis d'avis que dans toute dent à plusieurs racines ou à canal inaccessible, c'est encore l'unique moyen d'enrayer l'infection. Il n'en est pas ainsi des dents d'une seule racine à canal accessible jusqu'au bout.

Songez donc à quel désastre on aboutirait, s'il fallait extraire impitoyablement toute dent abcédée. Il ne se passe pas un mois,

qu'il ne se présente, à la consultation, un jeune homme ou une jeune fille posédant une magnifique denture, dont une incisive est abcédée par suite d'une carie, d'une fracture ou d'une obturation dévitalisante.

Que faire, se demande le médecin ou les parents ? L'extraire ? Voyez d'ici le résultat : il faudrait, pour la remplacer, condamner des jeunes gens à porter pour le reste de leurs jours une petite pièce de prothèse, gênante à la mastication et pour la diction, ce qui serait inhumain.

Poser un pont ? ce qui veut dire entamer deux dents saines et détruire l'esthétique de cette bouche. Non, deux moyens restent, qui peuvent réussir à faire disparaître l'abcès et à conserver la racine en place, moyens qui vont permettre dans la plupart des cas, de préserver la beauté de l'arcade dentaire, soit en conservant la couronne (si la couleur en est bonne), soit en la remplaçant par une couronne en porcelaine.

Ces deux moyens sont la *chirurgie* et la *thérapeutique conservatrice*.

La méthode chirurgicale consiste à ouvrir la gencive et le procès alvéolaire au niveau de l'apex, et à curetter l'abcès et le bout de la racine. C'est le curettage apical. Il sera même nécessaire dans certains cas de pratiquer l'apectomie. Cette méthode peu agréable pour la patient a l'avantage d'assurer une cure radicale, pourvu, toutefois, que l'on ait eu soin de stériliser parfaitement la racine avant de la remplir jusqu'à son apex. Et voici que pour atteindre ce but, il faut en venir au troisième moyen, la thérapeutique non sanglante.

Il est prouvé que la méthode osmotique, c'est-à-dire l'application répétée de médicaments dans une racine abcédée ne réussit qu'une fois sur cent. Reste donc l'ionisation.

A Montréal, je ne sais quel usage on fait de l'ionisation en médecine générale, mais en chirurgie dentaire, depuis 1927, elle

nous rend des services merveilleux. Quoi de plus logique, en effet. Si une racine est infectée tout le long de son canal central, il n'y a pas de doute que la majorité des canalicules transverses de la dentine le sont aussi. Cette racine, en plus, est surmontée d'un abcès, auquel on accède par un canal dont le diamètre n'excède pas un demi-millimètre; donc pas plus de chance de succès. Seule, l'électricité peut faire pénétrer dans ces foyers les ions médicamenteux germicides qui permettront ensuite à la nature d'opérer son oeuvre de régénération des tissus.

Je sais bien que les médecins ne sont pas particulièrement intéressés dans les détails de la technique à suivre dans ce genre de traitement; cependant, je leur demanderai de lire ce travail jusqu'au bout pour acquérir ou affermir leur foi. En compensation, je réduirai à sa plus simple expression, l'exposition de cette thérapeutique.

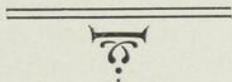
D'abord, ce qu'il faut avoir en main, c'est un courant continu, aussi rectiligne que possible. Qu'il vienne d'une pile, d'un accumulateur, d'une dynamo, ou d'un rectificateur à lampe, je crois que cela n'a pas beaucoup d'importance. Ce qui est important, c'est qu'il soit d'un faible voltage, 40 à 45 volts, et d'une très faible intensité.

Il sera donc nécessaire d'avoir un réducteur de potentiel (ou rhéostat), capable de limiter exactement à la quantité voulue le débit de la source; un milliampèremètre pour mesurer le débit; des fils conducteurs et des électrodes qui consistent en une pièce métallique que le patient tient en main et un fil de platine qu'on applique dans la dent du patient.

Il faut donc utiliser un appareil à deux pôles, l'un négatif et l'autre positif. Si, dans la racine, que j'ai eu soin de bien nettoyer et d'isoler, j'introduis un médicament électro-positif, tel que l'iode, et que j'y applique en même temps le pôle négatif de l'appareil, qu'arrive-t-il? Les ions d'iode se précipitent à travers le canal de la dent, les canalicules, l'abcès et toute la région infectée pour gagner le pôle positif que le patient tient dans sa main.

Point n'est besoin d'insister auprès d'un médecin pour lui expliquer l'action bienfaisante d'une telle médication, surtout quand Paul Duhem, radiologiste à Paris, Jean Dubost, préparateur à la Faculté de médecine, Stéphen Leduc et Bourguignon nous disent que l'action sclérosante et résolutive des ions d'iode est une des plus remarquables et des plus constantes qu'il soit donné d'observer. Bien plus, pour assurer la guérison, le pôle négatif par lui-même agira comme le potassium, le sodium et la soude; il ramollit et désagrége les tissus. Vaso-dilatateur, il augmente la circulation et facilite l'élimination.

Par cette méthode, j'ai traité plus de 150 cas avec succès et plusieurs confrères qui se sont associés à mes expériences ont eu les mêmes résultats. Il ne sera donc plus permis à l'avenir de sacrifier une belle bouche faute de traitement.



À PROPOS DU TRAITEMENT DU DIABÈTE DE L'ADOLESCENCE

Par CHARLES NADEAU,
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Dans le service de messieurs les docteurs Dubé et Pépin se présentait, en mars 1931, une jeune fille âgée de treize ans. Cette jeune fille énumère, à l'examen subjectif, un série de troubles se rattachant au syndrome diabétique; à savoir la polyphagie, la polyurie et la polydypsie. Au dire de la malade, ces troubles apparurent depuis au-delà de deux ans. En même temps, elle commença de maigrir, malgré une augmentation marquée de son appétit. Dans son histoire héréditaire, des faits intéressants sont à noter. Son père, machiniste d'une éducation élevée, observe une diète bien balancée. De ce fait, l'alimentation familiale est quelque peu influencée. C'est un homme de stature moyenne, pesant un poids d'environ 159 livres et jouissant d'une santé apparemment bonne. Dans ses antécédents héréditaires, son père est mort à l'âge de soixante et sept ans de syndrome cardio-rénal. Sa mère vit encore.

Du côté maternel, le tableau est plus complexe. La mère de la malade, femme âgée de trente-trois ans, est obèse; son poids est de 195 livres. De son côté familial, son père est mort à l'âge de 55 ans de coma diabétique, et l'une de ses soeurs est morte à 29 ans, également de coma diabétique. La mère est vivante et semble jouir d'une bonne santé. Nous croyons devoir rattacher à cette hérédité morbide maternelle, l'évolution du diabète chez notre petite malade. L'obésité de la mère implique les données d'une diète surtout riche en hydrates de carbone et en graisses. En effet, son père, sa soeur, étaient de gros mangeurs et elle-même est une grosse mangeuse. Le pain, les pommes de terre, les gâteaux, les chocolats sont à la base de son alimentation. Cependant, chez elle, l'analyse des urines, ainsi que la recherche du taux de la glycémie, n'ont rien montré de particulier. Peut-être aurions-nous pu trouver une épreuve de la glucosurie et de la glycémie provoquées

concluante. Malheureusement, il ne fut pas possible d'obtenir cette faveur de la mère. La famille se compose de trois enfants dont l'aînée, notre petite malade, un garçon de onze ans, en bonne santé, pesant un poids idéal en rapport avec son âge et sa stature, également une petite soeur de trois ans, présentant une légère obésité, son poids étant de quarante livres.

L'histoire de la maladie, chez notre petite malade, remonte à plus de deux ans. Avant cette date, cette enfant faisait l'orgueil de ses parents; grasse, rondelette, ayant de belles couleurs. Douée d'un bon appétit, à l'instar de sa mère, elle mangeait fortes quantités de pain, de sucreries, et ceci, malgré les avis répétés du père qui recommandait une alimentation plus restreinte. Or, subitement, cette enfant rubiconde maigrit en dépit de la persistance de son appétit. Dans les mois qui suivirent, maintes fois, des infections de la peau: furoncles, eczéma, excoriations infectées, panaris, obligèrent un médecin d'intervenir. A son appétit exagéré, bientôt une soif immodérée vint se joindre et compléter le tableau. Médecin consulté, analyse des urines faite, on découvrit du sucre à un dosage voisinant 120 grammes au litre. La maigreur rapidement s'installa; la soif devint plus intense et le volume des urines augmenta proportionnellement. C'est vers cette époque que la malade fut amenée dans le service.

L'examen subjectif est intéressant. La vision est bonne et la malade peut lire sans fatigue. Les oreilles: rien de particulier. Le nez: la malade dit souffrir assez souvent de coryza, de même qu'elle se plaint d'amygdalites fréquentes. Elle ne tousse ni ne crache. Système circulatoire: rien de particulier. Système digestif: appétit formidable; la malade peut manger constamment; c'est une faim douloureuse, un besoin impérieux de manger entre les repas. Cependant la digestion est bonne et elle ne souffre pas de constipation. La soif est intense et la malade avoue elle-même boire au-delà de trente verres d'eau par jour. Système génito-urinaire: la malade n'est pas encore menstruée. La polyurie diurne est très marquée; elle urine plus de vingt fois par jour et trois ou quatre fois la nuit.

A l'examen objectif, on ne constate rien de particulier, si ce n'est la maigreur, étant donnés sa taille de quatre pieds et huit pouces et son poids de 70 livres. L'analyse des urines donne une glucosurie de 90 grammes au litre avec excès d'acétone et d'acide diacétique. La réserve alcaline est de 48 pour 1000. L'azotémie est de 0.40 et la cholestérinémie est de 1.75 grammes. Le Wasserman est négatif. Le taux de la glycémie est de 2.30 grammes.

La diagnostic de diabète avec dénutrition étant posé, le régime fut immédiatement institué, se composant de: albumine, 64 grammes; hydrates de carbone, 85 grammes; graisses, 100 grammes; régime d'un apport de 1525 calories par vingt-quatre heures.

Dans l'établissement de cette diète, nous avons tenu compte de divers facteurs en rapport avec l'état de croissance de la malade, sa maigreur et la cholestérine du sang. Nous avouons que peut-être la ration protéique était quelque peu insuffisante, tandis que celle des graisses était réduite. Ces particularités étaient basées sur les données du professeur Joslin, qui, chez les enfants, a toujours jugé préférable l'établissement d'une diète pauvre en graisses et ceci chez ceux présentant déjà des signes d'acidose et une hypercholestérinémie.

Deux jours après avoir été soumise à cette diète, la glucosurie de 90 grammes tombait à 65 grammes, tandis que le taux de la glycémie n'était guère modifié.

A ce moment, fut institué le traitement insulinique, la malade recevant cinquante unités d'insuline par vingt-quatre heures, réparties en deux injections. Deux jours plus tard, le sucre était disparu des urines de même que l'acétone et l'acide diacétique. La glycémie restait à un taux voisin de 2.1 grammes. En même temps, la faim diminuait, la polydypsie et la polyurie s'atténuaient.

Pendant ce temps, nous inspirant des données américaines, nous avons fait l'éducation de la malade. Nous lui avons enseigné les principes fondamentaux de la diététique du diabétique. Nous lui avons inculqué les principes motivant la nécessité, pour elle, d'observer strictement sa diète. Nous lui avons fait connaître l'usage

de la balance, la valeur des aliments en albumine, en hydrates de carbone et en graisses. De plus, les religieuses lui montrèrent comment rechercher dans les urines le sucre, l'acétone et l'acide diacétique. Quelques jours plus tard, constatant l'amélioration progressive de sa santé, cette enfant se faisait, elle-même, ses piqûres d'insuline, sachant reconnaître la nécessité de ces injections, les accidents qui peuvent survenir à la suite de ces injections, c.a.d. l'hypoglycémie et comment y remédier. De même, elle était prévenue des accidents possibles résultant des excès alimentaires et des conséquences de la suppression de l'insuline.

Dix jours après son entrée, la malade quittait l'hôpital, aglucosurique, ayant engraisé de cinq livres, sachant calculer et peser ses aliments, se faire ses injections d'insuline et rechercher le sucre et l'acétone dans les urines. Nous avons pu suivre cette malade jusqu'à ces temps derniers.

Malgré nos enseignements, et connaissant les inconvénients graves à ces manquements, notre petite malade s'est quelquefois montrée indisciplinée. Des incidents sérieux se produisirent alors. En janvier 1932, au cours d'une infection grippale, la diète fut relâchée, de même que la malade négligea de se faire ses injections d'insuline. Quatre jours plus tard, elle tomba dans un état comateux. Le père, prévoyant, fit lui-même la recherche du sucre, de l'acétone et de l'acide diacétique. Consulté, nous fîmes le dosage et la recherche du taux de la glycémie. La glycémie: 3.10 grammes. La glucosurie: 50 grammes. Acétone et acide diacétique: excès.

Immédiatement, nous instituâmes le traitement du coma diabétique. Dans les douze heures qui suivirent, tout rentra dans l'ordre et l'alimentation fut reprise progressivement. Depuis, notre malade est un modèle de discipline.

En mai 1932, la malade fut menstruée, c.a.d. à l'âge de près de quatorze ans. Ses règles sont normales, quant au rythme, à la durée et à l'abondance.

En septembre 1932, la malade accuse une diminution de son acuité visuelle. Elle est aussitôt conduite à l'Hôtel-Dieu, où un

spécialiste est consulté. On trouve deux cataractes en évolution. Avec plus d'ardeur que jamais, la malade se soumit à son traitement insulinique et elle se maintint, aglucosurique, jusqu'à ces jours derniers. En même temps, sa vision s'améliore à un tel point, que maintenant, elle peut lire, écrire, broder sans difficulté ni fatigue. Elle est maintenant heureuse; elle travaille, s'occupe des choses de la maison et semble jouir de la vie.

Aujourd'hui sa diète se compose: albumine, 84 grammes; hydrates de carbone, 120 grammes; graisses, 110 grammes; insuline, 40 unités par jour. Elle pèse maintenant 135 livres.

De cette observation, il nous faut faire ressortir quelques faits.

D'abord la nécessité de l'éducation soignée de ces jeunes malades; ne pas craindre de leur faire connaître les dangers auxquels ils s'exposent en ne suivant pas leur régime et les moyens de se tenir en bonne santé. Il est facile, évidemment, de montrer à ces malades la technique de l'injection d'insuline, de la recherche du sucre. etc. Connaissant le maniement des tables de diététique, ils peuvent en quelque sorte s'affranchir de la tutelle du médecin, tout en lui témoignant de la reconnaissance.

C'est pour nous un grand plaisir de revoir ces malades, devenus bien portants et de les entendre nous dire: « Docteur, je n'ai plus de sucre, je mange bien et je continue mes piqûres. » De ce fait, la tâche du diabétologue est rendue plus facile, ses appréhensions étant moins grandes.



ABCÈS PULMONAIRE, COMPLICATION D'AMYGDALECTOMIE

Sa pathogénie — Son traitement par la bronchoscopie.

Par MARCEL OSTIGUY

(Clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie de l'Hôtel-Dieu).

La formation d'un abcès pulmonaire à la suite de l'ablation des amygdales est une éventualité très rare. La proportion, au dire de la plupart des auteurs, est d'environ deux pour mille. Quelques-uns en signalent une proportion plus forte, d'autres n'en ont jamais vu dans leur clinique, ce qui ne veut pas dire qu'ils n'en ont pas eu, car la cause réelle de l'abcès n'est pas toujours dépistée.

De toute façon, l'abcès pulmonaire post-opératoire existe, non seulement après les amygdalectomies, mais après les interventions sur toutes les parties du corps, et son pronostic est assez grave.

Quel est le mécanisme de la formation de l'abcès du poumon lors de l'ablation des amygdales ? Est-ce le fait de la présence dans les bronches de sang, de pus ou de fragments d'amygdales ? Ou alors est-ce une infection endo-lymphatique ou septicémique ?

Evidemment l'abaisse-langue fait du pharynx un véritable entonnoir et l'anesthésie locale ou générale abat plus ou moins le réflexe de la toux, « le chien de garde du poumon », a dit Chevalier-Jackson. D'ailleurs le réflexe de la toux n'empêche pas la pénétration du sang dans les bronches. De plus, la forte inspiration qui précède et celle qui suit la toux font pénétrer le sang dans les petites bronches et infectent parfois des régions qui seraient restées saines autrement.

La position du malade durant l'opération et le genre d'anesthésie influent-ils sur la fréquence des abcès pulmonaires ? Il semble que non. La statistique démontre un plus grand pourcentage d'abcès du poumon post-amygdalectomiques en Amérique, où l'opération se pratique le plus souvent sous anesthésie générale au

chloroforme, le sujet étant couché, alors qu'en France on opère le sujet assis, avec anesthésie superficielle au chlorure d'éthyle. Mais cette statistique plus élevée semble plutôt être mise sur le compte du plus grand nombre de ces interventions en Amérique qu'en Europe.

En outre, des expériences ont démontré que le mode d'anesthésie influait peu sur la descente du sang dans la trachée et les bronches.

Ainsi Meyerson de Brooklyn a fait, à la suite d'opérations sur les amygdales, cent bronchoscopies immédiatement après l'intervention. Dans 79% des cas, il a trouvé du sang dans les voies aériennes. Parmi ces cas, les uns avaient été opérés sous anesthésie locale, d'autres sous anesthésie générale, dans la position assise ou couchée, soit au chloroforme ou au chlorure d'éthyle, avec ou sans l'aide de l'aspiration du sang; d'autres enfin, des enfants, sans aucune anesthésie. Il semble bien d'après ces expériences, qu'on ne peut incriminer l'anesthésie. D'ailleurs, dans les cas où le réflexe est absent, l'aspiration du sang et des sécrétions fait compensation.

Chevalier-Jackson, dans une série d'expériences analogues, trouva du sang dans les voies aériennes dans 60% des cas. Il nous fait remarquer en relatant ces expériences qu'aucun de ces malades ne fit d'abcès du poumon.

Ainsi, quelque précaution que l'on prenne, dans les trois quarts des cas opérés, il y a du sang dans la trachée. Chevalier-Jackson a même relaté, dans une leçon donnée à Montréal l'année dernière, qu'il avait trouvé en pratiquant des bronchoscopies sur des malades, des morceaux d'amygdales, des fragments d'instrument du chirurgien et même, dans un cas, l'ampoule électrique d'un miroir de Clar.

Mais c'est là une exception, heureusement ! Ces corps étrangers agissaient à la façon d'un clapet qui se ferme à l'inspiration et qui s'ouvre à l'expiration, amenant l'atélectasie d'un lobe entier.

Tous ceux qui pratiquent l'ablation des amygdales sous anesthésie générale savent que si le patient montre des signes d'asphyxie,

il suffit de le laisser réveiller un peu pour voir les téguments reprendre leur coloration normale et une toux violente faire jaillir un flot de sang hors des poumons. Or le sang est un milieu de culture excellent pour aider les microbes à se développer, et il faut chaque fois qu'il est possible, l'empêcher de pénétrer en trop grande quantité dans les bronches. Chevalier-Jackson recommande d'éviter de donner de la morphine au malade avant l'opération, précisément pour garder le réflexe de la toux.

L'infection cependant peut se faire par une autre voie que par les bronches, puisque les abcès du poumon arrivent même à la suite d'interventions sur l'abdomen. C'est donc à la voie lymphatique qu'il faut penser, à cause précisément de l'abondance de ces vaisseaux au voisinage de l'amygdale. La section de ces vaisseaux permet aux microbes, qui ne manquent pas d'être nombreux et très virulents au voisinage d'amygdales malades, d'être transportés dans le système circulatoire et de se fixer dans le parenchyme pulmonaire.

Un fois le diagnostic d'abcès pulmonaire établi par le médecin, il faut procéder au traitement sans tarder. Pour la guérison de l'abcès pulmonaire, c'est la rapidité du traitement qui compte le plus. La conduite à tenir sera différente selon qu'on aura affaire à un abcès à la phase aiguë, à un abcès chronique récent ou à un abcès chronique ancien.

Si la maladie remonte à quelques jours ou à quelques semaines, le traitement médical a beaucoup de chances de succès. La médecine générale a, à sa disposition, plusieurs médications, qui consistent soit à améliorer l'état général, créer l'antisepsie ou provoquer le drainage naturel par une vomique. La position déclive, la tête basse, a donné aussi des résultats.

Ira Franck, de Chicago, rapporte dans les *Annals of Oto-Rhino-Laryngology* (juin 1923), un cas où un caillot de sang avait causé l'atélectasie du lobe supérieur, compliquée de suppuration. Il le traita en faisant respirer au malade du gaz carbonique, ce qui amena des mouvements respiratoires plus amples, causant ainsi une toux qui fit cracher le caillot.

Enfin, des traitements multiples ont été imaginés. Mais je n'ai pas à insister sur cette partie du traitement. Ce qui intéresse le bronchoscopiste, c'est le cas où le médecin général a échoué.

Dans l'abcès aigu, la bronchoscopie est indiquée, mais elle ne devra viser qu'au déblocage et au drainage. Il ne faudra pas injecter des solutions huileuses. Tout au plus faut-il appliquer des tampons de cocaïne-adréralinée, montés sur des tiges porte-coton, sur la muqueuse bronchique tuméfiée, de manière à amener une décongestion qui permette au pus de s'écouler librement. Généralement dans ces cas, le tube aspirateur ne ramène que peu de pus. Mais le déblocage des bronches permet au pus accumulé dans l'abcès de s'écouler et il est très fréquent de constater une vomique peu de temps après la bronchoscopie. Nous avons vu à la clinique du professeur Soulas à Paris, des cas aigus guérir en une seule séance.

L'intervention dans ces cas doit être très courte, de 2 à 10 minutes environ, afin de ne pas fatiguer ou effrayer le malade, peu familier avec ce genre de traitement. Une bronchoscopie, d'ailleurs, ne devrait jamais durer longtemps ni être douloureuse, ce qui est facile avec la technique de Chevalier-Jackson, où la position de la tête met l'arbre aérien en ligne droite, de façon à ce que le bronchoscope n'appuie fortement nulle part, surtout sur les dents du haut. Une bronchoscopie bien faite ne demande pas plus de trois attouchements du pharynx avec une solution de cocaïne à dix pour cent.

L'abcès pulmonaire passé à la période chronique, mais récent, est le triomphe de la bronchoscopie. La suppuration est abondante et le drainage fréquent aide beaucoup à l'évolution heureuse de la maladie.

La lésion n'est pas encore assez localisée pour opérer sans causer beaucoup de dégâts.

Cependant, beaucoup de chirurgiens, tels Robert Monod, chirurgien de la Charité, à Paris, sont en faveur de l'intervention sanglante. Mais même dans ces cas, la bronchoscopie sert à pré-

parer le malade, soit par un lipiodolage permettant un examen radiographique, soit en améliorant l'état général. Ainsi le professeur Soulas, chef de la clinique de bronchoscopie à l'hôpital Laennec, à Paris, dit: « Le plus souvent une amélioration indiscutable permet au chirurgien d'agir avec plus d'efficacité et d'économie ». Economie de poumon, en effet, car la bronchoscopie tend à collecter l'abcès qui à cette place est diffus. « Nous avons pu d'autre part », dit encore Soulas, « avec un peu d'obstination, remporter la victoire, sans recourir au bistouri ».¹

A cette période, il faut faire tous les quinze jours un bon drainage bronchique, suivi d'injections d'huile iodée ou eucalyptolée et recourir souvent à la radiographie afin de se rendre compte si l'on accomplit des progrès.

Les abcès chroniques anciens sont les plus difficiles à traiter et relèvent plutôt de la chirurgie. Cependant là encore la bronchoscopie a son usage en préparant le malade et en permettant de choisir le moment propice. Il peut d'ailleurs y avoir des raisons pour empêcher l'opération: refus du malade, état général trop mauvais, ou lésions bronchiques étendues (bronchiectasies avec dégénérescence de la muqueuse). Il faut alors faire l'expérience de la bronchoscopie. S'il y a amélioration, tout va pour le mieux. Mais l'absence de résultats rapides ne doit pas décourager l'opérateur. La guérison peut nécessiter deux ans et demander une soixantaine de bronchoscopies. Soulas traite ces cas à l'aide de l'aspiration combinée à l'injection simultanée d'huile eucalyptolée. L'huile se mélange au pus et l'entraîne dans l'aspirateur du bronchoscope. Ceci a pour effet de changer la flore microbienne et en même temps de supprimer la fétidité des crachats, symptôme qui ennuie beaucoup le malade et son entourage.

Tous les cas traités par la bronchoscopie ne se terminent pas par la guérison, mais le seul fait de prolonger la vie du malade et de lui apporter un réconfort moral et physique est suffisant pour justifier le traitement.

¹ A. SOULAS, La Bronchoscopie, état actuel de la question.

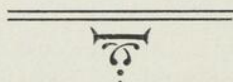
Sans aucun traitement, l'abcès pulmonaire guérit spontanément dans 15 à 20% des cas. La bronchoscopie a permis de remonter ce pourcentage sensiblement. Yankauer parle de 50% améliorés.

Clerf, de Philadelphie, sur cinquante-sept abcès post amygdalectomiques a obtenu 51% de guérison et 22% d'amélioration par la bronchoscopie. Kiernon, 31 guérisons sur 63 de ces abcès post-amygdalectomiques.

Il est évident que, de ces abcès guéris, la plupart sont ceux qui furent traités dès la phase aiguë.

Dans la période chronique récente, Soulas admet qu'il ne faut pas s'obstiner à retarder l'intervention chirurgicale, si les résultats sont nuls.

Enfin, dans les formes chroniques anciennes, si les résultats favorables sont rares, la bronchoscopie y doit tout de même être tentée et elle est d'un grand aide pour le chirurgien.



MIETTES GASTRONOMIQUES DE L'HISTOIRE DU CANADA

Par LÉO-E. PARISEAU, F.R.C.P. (Canada),
Chef de Service de la Radiologie à l'Hôtel-Dieu,
Membre de la Société Historique de Montréal.

(suite)

LES CUISSES DE GRENOUILLE OUAOUARON

Comme chacun sait, les soldats de la Guerre de 1914-1918 s'appelaient des « poilus » quand ils étaient français, des « fritz » quand ils étaient allemands, des « tommies » quand ils étaient britanniques, et des « sammies » quand ils venaient des Etats-Unis d'Amérique. Ces vocables, qui n'avaient rien de désobligeant, ne pouvaient satisfaire pleinement les impertinents sammies; aussi s'empressèrent-ils d'en trouver d'autres, un peu plus malicieux. C'est ainsi que les soldats de France, de « poilus » qu'ils étaient, devinrent des... « froggies », par allusion à un goût prononcé pour les cuisses de grenouilles.

Du reste, bien avant la guerre, les Anglais appelaient leurs voisins d'outre-Manche des « frog-eaters »; et je n'ai pas été surpris de trouver ceci dans une « Histoire de la Virginie » publiée il y a plus de deux siècles: « Il y en a (des grenouilles) d'une grosseur prodigieuse, qu'on appelle des Taureaux, à cause du bruit qu'elles font. L'année dernière, j'en vis une de cette espèce tout-auprès d'un courant d'eau douce, et qui étoit d'une grosseur si énorme qu'après avoir étendu ses cuisses, je trouvai qu'il y avait dix-sept pouces et demi de distance, de l'une à l'autre. Je suis persuadés que six Français en auroient pu faire un bon repas. » (Réf. 139.)

Six Français pour un seul « bull-frog » ? Monsieur Beverley veut rire ! J'aime à penser qu'il fallait, en ces temps-là comme aujourd'hui, au moins six ouaouarons pour satisfaire un authentique Français.

Guillaume Rondelet, qui vivait au seizième siècle, a consacré aux grenouilles un chapitre de son « Histoire entière des poissons » : il dit qu'elles sont comestibles, mais qu'on n'en mange « que les cuisses de derrière, on jette le reste, parce qu'il i a peu de chair, ou que les entrailles sont venimeuses, ou qu'il n'i a rien de bon à manger, ce que Aristote a aussi annoté. » (Réf. 140.)

Ce texte permet d'affirmer que les découvreurs et les premiers colons du Canada étaient des . . . « frog-eaters ». Il ne faudrait pas croire, cependant, qu'ils devinrent fous de joie lorsqu'ils se rendirent compte que les eaux dormantes de notre pays hébergeaient des grenouilles aussi grosses qu'un boeuf . . . du moins, par la voix. Bien au contraire, ils hésitèrent longtemps avant d'apprêter les cuisses du ouaouaron. Vingt-cinq ans après la fondation de Québec, frère Sagard confesse sa répugnance : « J'ay oüy dire à nos Religieux dans le pays, qu'ils ne feroient aucune difficulté d'en manger, en guise de Grenouilles : mais pour moy je doute si je l'aurois voulu faire, n'estant pas encore bien assuré de leur netteté. » (Réf. 141.) Et Pierre Boucher, dont le livre parut en 1663, n'est pas davantage à classer parmi les . . . ouaouaronovores, puisqu'il se borne à noter que « les Hurons les mangent et les trouvent fort bonnes ». (Réf. 142.)

A défaut de rendre justice à leur chair, nos premiers écrivains ne manquent pas d'admirer la taille et la voix des grenouilles géantes. « Elles sont grandes comme des assiettes », dit une relation des Jésuites. (Réf. 143.) — Elles sont « d'une grosseur prodigieuse », écrit Beverley. — Elles sont « aussi grosses que le pied d'un cheval », suivant Boucher, qui ajoute : « elles meuglent le soir comme un Boeuf, et plusieurs de nos nouveaux venus y ont esté trompez, croyans entendre des Vaches sauvages; ils ne vouloient pas croire quand on leur disoit que c'étoit des grenouilles, on les entend d'une grande lieuë ». (Réf. 144.)

Le plus « trompé » ce fut, je pense, le naturaliste suédois Pierre Kalm, délégué en Amérique par les universités et les sociétés savantes de son pays, l'an 1747, avec mission de recueillir tous les renseignements possibles sur le climat, la faune, la flore et les richesses

minières du nôtre. C'est au cours d'une chevauchée dans le New Jersey que Kalm entendit pour la première fois l'imposante voix du plus fort de nos batraciens. Il se crut poursuivi pour un taureau et piqua de l'éperon ! Rentré chez ses hôtes, Kalm leur raconta son aventure; on imagine les rires homériques qui fusèrent quand le savant homme avoua naïvement qu'il n'avait pas aperçu le taureau ! Que voulez-vous: Kalm ne pouvait tout savoir; c'était pour apprendre qu'il avait fait le voyage. (Réf. 145.)

Son compatriote, l'illustre Linné, avait, vers la même époque, affublé le « bull-frog » d'un beau nom latin : *rana boans*. Un autre naturaliste, Catesby, qui fit paraître en 1754 une histoire naturelle de la Caroline, manifesta tout son respect pour la taille de la bête en la nommant « *rana maxima* ». (Réf. 146.)

Mais il a fallu déchanter. Nos plus gros échantillons mesurent, sauf erreur, environ huit pouces de longueur; or on a découvert, depuis Catesby, dans le Cameroun, une espèce qui atteint souvent dix pouces ! C'est la « *rana Goliath* ». Aussi la nôtre ne s'appelle-t-elle plus « *maxima* », mais, beaucoup plus modestement : « *catesbiana* ». Quelle déchéance ! C'est bien le cas de chanter : « *deposuit potentes de sede . . .* ».

Les premiers blancs du Canada ne s'embarrassèrent pas de tous ces vocables prétentieux. Ils optèrent pour l'expression « grenouille taureau », ou encore, pour « grenouille mugissante ». C'était bien, mais il y avait mieux à faire et ils le firent; ils s'assimilèrent le nom si expressif que les aborigènes avaient trouvé : « Ouaraon ». (Réf. 147.)

Le mot, par la suite, subit quelques déformations; nous disons aujourd'hui : ouaron et ouaouaron. J'ai consulté plusieurs amis afin de savoir laquelle des deux variantes mérite d'être conservée . . . Tous ceux qui ont quelque oreille s'accordent pour affirmer que le mot prononcé à tout propos par nos petites géantes a trois syllabes, plutôt que deux. Ils optent donc pour ouaouaron, de préférence à ouaron.

Fort bien, mais alors: ne vaudrait-il pas mieux retourner trois siècles en arrière pour retrouver, dans toute sa beauté primitive, le vieux mot huron: ouaraon ?

Je soumets la question à nos érudits philologues. Quelle que soit leur décision, il faudra s'y conformer sans hésitation. Je doute que l'on puisse trouver dans toute la langue proprement canadienne une onomatopée plus expressive que le mot ouaraon ou ses dérivés modernes.

Ce mot, nos grenouilles ont pu, par la grâce de Lady Byng, l'enseigner à toutes les nations d'Europe. Un journal montréalais, en date du 24 janvier 1927, nous apprenait que la charmante et bonne vice-reine, rentrée dans sa patrie, avait été prise de la nostalgie des choses du Canada. Souffrant de ne plus entendre le sonore juron de nos gros ouaouarons, l'illustre dame avait écrit à un naturaliste d'Ottawa pour lui demander du frai, afin de peupler les étangs de son domaine. Qui me dira si l'entreprise a réussi ?

Sans le vouloir, je viens de pondre un alexandrin: « le sonore juron de nos gros ouaouarons ». Ce n'est pas ça qui me vaudra le prix David, ni même l'honneur de figurer dans une anthologie canadienne. D'ailleurs, la poésie... batracienne compte déjà, chez nous, deux illustres desservants: Ferland et Chopin. Ecoutez-les chanter, l'un après l'autre:

*« Grenouilles, mon enfance a compris votre voix.
Pieds nus et l'âme ouverte au cantique des grèves,
Esseulé dans la paix auguste des grands bois,
J'ai fait aux couchants roux l'hommage de mes rêves.*

*Comme un troupeau de boeufs, vers la chute du jour
Emplit de beuglements le calme des prairies,
Vous avez, quand vient l'heure où l'âme a plus d'amour,
Peuplé de chants profonds mes jeunes rêveries.*

*Qu'ils sont lointains les soirs pensifs de mes douze ans,
Ces soirs dont la grandeur ont fait mon âme austère,
Ces soirs où vous chantiez, ouaouarons mugissants,
La douce majesté de la grise lumière. »* (Réf. 148.)

Sur la grève un brouillard flotte,
L'eau clapote
Et soulève les copeaux frais,
Les baguettes du saule et les champs de quenouilles.
J'écoute au loin dans la campagne les grenouilles
Parmi les joncs, dans les marais.

.....
Venues
On ne sait d'où
Et de partout,
Les plus menues,
Frêles comme des bourgeons verts
Et les aînées,
D'autres années
Que gelèrent de lents hivers;

.....
Toutes à gorge pleine
De se répondre et s'éjouir
Et de crier, ces petites païennes,
Leur plaisir:
« C'est nous les prophétesses
Du printemps,
Les poétesses
Des étangs.
« A nous les brumes et les lunes,
Coassons,
Les nénuphars, les martagons qui sont nos fleurs,
Coassons,
Sous l'haleine des soirs nos liesses communes,
Coassons,
Et nos sabbats et leurs minuits ensorceleurs !

.....
Sur la grève un brouillard flotte.
L'eau clapote . . .
Dans la campagne au mois de mai,
O le plaisir de vous entendre, ô clameurs claires
Des grenouillères ! (Réf. 149.)

Oui, certes, le plaisir de vous entendre est grand, ô ranes, mais tous les poètes du monde ne pourront soustraire quelques-unes d'entre vous à mes mains redoutables. J'ai promis des cuisses de

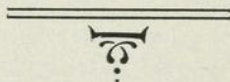
grenouilles canadiennes aux lecteurs du journal, et je veux tenir parole.

Mais . . . que vois-je ? Pendant que je recopiais des vers, un vieux ouaouaron plus vigoureux que les autres a, d'un coup de museau, fait sauter le couvercle du panier qui servait de prison à lui, ses frères et ses soeurs: . . . Des flocs redoublés annoncent le retour de toute la famille à l'étang ancestral.

Bah ! la faute sera vite réparée. Nous allons, sans plus, repêcher nos grenouilles. Je dis bien: *nos* grenouilles, car il y a tout à parier que les mêmes se laisseront reprendre. Ces petites païennes, (pour parler comme Chopin), sont extraordinairement voraces. Un hameçon, une bouchée de viande ou même un lambeau d'étoffe écarlate composent tout l'attirail de la pêche la plus facile et la plus amusante qui soit.

Peut-être croyez-vous, lecteurs, que l'artifice de l'appât voyant est d'invention assez récente et particulière à notre pays ? Si oui, détrompez-vous. Rondelet, cité plus haut, nous rappelle que « Les raines . . . sont si goulues qu'elles s'entremangent elles mesmes. J'ai vu des grandes qui tenoient des petites en la gorge, d'autres qui en avoient dans l'estomac à demi digérées, qui est cause que de loin où elles sentantes, ou voiantes l'apast, i accourent, é tost sont prises, mesmement si l'apast est de chair, ou du cueur d'une Grenoille mesme ou de drap rouge (sic) monstrant couleur de chair ». (Réf. 150.)

(à suivre)



ENCOURAGEZ NOS IMPRIMEURS !

Thérien Frères LIMITÉE

Imprimeurs
Thermographes
Graveurs
Éditeurs
Relieurs

Tél.: HArbour *5288

334, RUE NOTRE-DAME EST,

MONTRÉAL

**LE JOURNAL DE L'HOTEL-DIEU
DE MONTRÉAL**

*remercie ses annonceurs et prie les lecteurs
de leur accorder un bienveillant
patronage.*

PLateau 4033

LA RELIURE
PHILIPPE BEAUDOIN
LIMITÉE

Reliure d'art ancien et moderne
Reliure de bibliothèque

4651, RUE SAINT-DENIS

MONTRÉAL

Premiers
soins
à l'aide
des



Les pansements transformés par STERILASTIC

*Le pansement
chirurgical
moderne.*

BANDAGES Sterilastic

*Les avantages suivants recommandent
STERILASTIC à votre attention:*

Sterilastic élimine les noeuds et les épingles. Il ne colle pas aux cheveux ou à la peau, il facilite la respiration cutanée et agit comme compresse sans resserrer. Il n'entrave pas la liberté des mouvements et est facile à appliquer et à enlever. Il est économique.

COUPON

Messieurs: Veuillez m'adresser un échantillon de STERILASTIC.

Nom

Adresse

STERILASTIC est fait d'une bande de tissu élastique poreux collée sur de la gaze qui s'adapte parfaitement aux contours. Il se fixe aisément et rapidement en pressant ensemble les bords superposés, ce qui élimine les épingles ou les noeuds. Il reste en place, mais peut s'enlever facilement sans aucune douleur. Il n'adhère pas aux cheveux ou à la peau. Les bandages Sterilastic pour pansements chirurgicaux assurent une plus grande liberté de mouvement au membre blessé parce qu'ils réduisent le volume du pansement à son minimum et agissent comme compresses sans resserrer. Ils sont fabriqués en différents formats, variant en largeur de 1½ à 6 pouces, et en longueur de 5 à 10 verges.

STERILASTIC CO. (CANADA) LIMITED

940, RUE DES INSPECTEURS

MONTRÉAL, CANADA

LAIT DE "SANTEINE" BEURRE

Préparé par une maison canadienne.

Le lait le plus riche en ferments lactiques.

INDIQUÉ spécialement
dans les cas d'entérite ou de stase intestinale.

J. Joubert
LIMITÉE

PIPÉRAZINE

MIDY

"ANTI-URIQUE TYPE"

LABORATOIRES DE LA PIPÉRAZINE MIDY
New Birks Bldg. MONTREAL

2 à 4 cuillérées à café par jour.

J. EDDÉ, Limitée, Edifice New Birks, Montréal, agent général pour le Canada.

À LOUER

AVEC LES COMPLIMENTS

DE

SIMMONS LIMITED

MANUFACTURIERS DE LITS, SOMMIERS,
MATELAS, OREILLERS
ET MEUBLES D'ACIER.



Tél.: CRescent 6163

THE PIZZAGALLI TERRAZZO TILE MANUFACTURING CO.

LIMITED

*Travaux en Marbre, Tuiles
et Terrazzo*

105, RUE JEAN-TALON OUEST, - - MONTRÉAL

Téléphone: HArbour 4752

J. H. Boivin
Opticien

Spécialité :

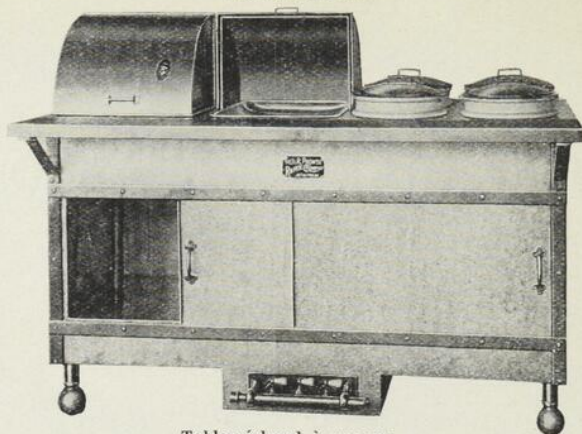
ORDONNANCES DE MM. LES OCULISTES

2070, RUE ST-DENIS, - - - MONTRÉAL

GEO. R. PROWSE RANGE Cie Limitée

Fondée en 1829

▲
Fourneaux
de cuisine
Marmites
Eviers
Table-réchaud
à vapeur
Réchauds
▼



▲
Etuves
Fontaines
à café
Rôtissoires
Tables
Ustensiles
pour la
cuisson
▼

Table-réchaud à vapeur

Equipement de tous genres pour cuisine et service à l'usage des HÔPITAUX, hôtels, restaurants et institutions.

DEMANDEZ NOTRE CATALOGUE

2025, RUE UNIVERSITÉ

- - MONTRÉAL, Qué.

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

GARAGE LEONARD

LIMITÉE

5430 BOULEVARD ST-LAURENT

MONTRÉAL



Distributeur de la voiture FRONTENAC

Modèles variés

SERVICE SPÉCIAL DE RÉPARATIONS

TOUS LES MÉDECINS SONT LES BIENVENUS

FINANCE

ASSURANCES

Nouvelle raison sociale

Guardian Finance & Investment

COMPANY

Agents financiers

266 RUE ST-JACQUES OUEST - - - MONTRÉAL

Tél. MARquette 2587

GASTON RIVET, Gérant.

Avec les compliments de

JOSEPH FILION, M.P.P.

ENTREPRENEUR

CONSTRUCTEUR

464, CHEMIN DU BOULEVARD DES PRAIRIES

LAVAL-DES-RAPIDES



Téléphone: BYwater 1225

À LOUER

F. H. PHELAN

MARCHAND DE CHARBON

à la tonne ou au wagon

Anthracite Gallois — Anthracite Ecossais

ANTHRACITE SCRANTON

"Buckwheat" et petites variétés.

Charbon bitumineux de première qualité.

HUILE À CHAUFFAGE

315, RUE COLBORNE, - - MONTRÉAL

Téléphone : MARquette 1270 et 1279

TABLE DES ANNONCEURS

	Page		Page
Abbott Laboratories	XII	La Compagnie J. F. Hartz de	
Anglo-French Drug Cie	VIII	Montréal (limitée)	XXI
Antiphlogistine (Denver)	V	Léonard Limitée (Garage)	XXV
Beaudoin (La reliure Philippe)	XX	Merck & Co.	III, XIII
Boivin, J.-A.	XXIII	Millet, Roux & Lafon	VIII, XIV
Canada Drug Co.	VI	Mowatt & Moore Limitée	IX
Carrière & Sénécal	IV	Nadeau (Laboratoire)	I
Casgrain & Charbonneau	XV	Oxygène du Canada (Compagnie) ..	V
Ciba (Compagnie)	II	Pancresalets (Marcel Prévost)	III
Duckett, J. A.	VI	Phelan, F. H.	XXVII
Eau Richelieu	IV	Prowse Range (Geo. R. & Cie	
J. Eddé (limitée)	VII, XXI	Ltée)	XXIV
Filion, Joseph, M.P.P.	XXVI	Pyridium (Merck)	Couverture 4
General Electric X-Ray Corp.	X	Rougier Frères	XVII
Girard Automobile	XXVIII	Simmons Bed	XXII
Guardian Finance Co.	XXV	Stérilastic	XX
J. F. Hartz Limitée	XXI	The Pizzagalli Terrazzo Tile	
Herd & Charton	XVI	Man. Co. Ltd.	XXIII
Horner, Frank W.	XVIII	Thérien Frères Limitée	XIX
J. J. Joubert (Santéine)	XXI	Vandelac, Geo.	XXIV
Jouot, G.	IX	Yogourt (J. Delisle)	II

UNE CLINIQUE POUR VOTRE AUTO!

Notre CLINIQUE établie depuis 7 ans déjà, et très achalandée, se tient à votre disposition pour toutes réparations, qu'il s'agisse des organes du moteur ou, tout simplement, d'une toilette intérieure.

Nos spécialistes, qui ne sont pas assujettis aux strictes règles de la déontologie médicale, attirent votre attention sur leur compétence et la modicité de leurs prix.

GIRARD AUTOMOBILE INC.

vous convie tous à venir admirer et faire l'essai des nouveaux modèles 1933.

Le Nouveau Plymouth Six:

puissant et spacieux.
Valeur inégalable à un aussi bas prix
\$675.00 et plus F.O.B.

Le Nouveau Chrysler Six:

117" d'empattement et 83 c.v.
\$1085.00 et plus F.O.B.

Le Nouveau Chrysler Royal Huit:

120" d'empattement et 90 c.v.
\$1370.00 et plus F.O.B.

Le Nouveau Chrysler Imperial Huit:

126" d'empattement et 108 c.v.
\$1940.00 et plus F.O.B.

Le Nouveau Chrysler Custom Imperial Huit:

146" d'empattement et 135 c.v.
Prix sur demande.

VENEZ !

VOYEZ !

ACHETEZ !

1448 ouest,
rue DORCHESTER
M O N T R É A L



MArquette 4228

Vis-à-vis l'Hôtel Ford.

THÉRIEN FRÈRES, LIMITÉE

II
V
II
V
Y
I
V
III
II

IV
e 4
III
III
XX

III
IX
IV
II
—
—

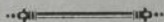
1788

dans la cystite et la pyélite

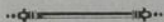
Marque **PYRIDIUM** de commerce

CHLORHYDRATE DE PHENYL-AZO-ALPHA-ALPHA
DIAMINO-PYRIDINE

Fabriqué par la Pyridium Corporation



Administré par la bouche
pour le traitement spécifique
des affections génito-urinaires
et gynécologiques.



MERCK & CO.
LIMITED

412, rue St-Sulpice - - MONTRÉAL

Seuls dépositaires au Canada