

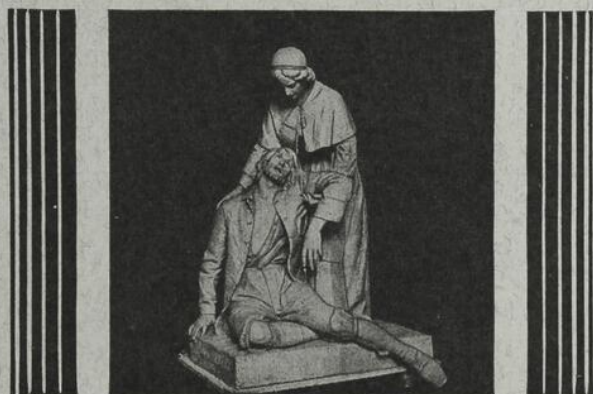
No 2

Huitième année

# LE JOURNAL

... de ...

# L'HOTEL-DIEU DE MONTRÉAL



MARS-AVRIL

1939

DIVERSES QUANTITÉS de

# CODEÏNE

Dans une formule bien connue

● "ACÉTOPHEN" COMPOSÉ AVEC CODEÏNE

**Comprimé No 222 "Frosst"**

R <sup>y</sup> Acétophen . . . . .	3 1/2 gr.
Phénacétine . . . . .	2 1/2 gr.
Citrate de caféine . . . . .	1/2 gr.
Phosphate de codéine . . . . .	1/8 gr.

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

**Comprimé No 262 "Frosst"**

La même formule que le comprimé No 222 (Gris)

**Comprimé No 282 "Frosst"**

La même formule que le comprimé No 222 avec phosphate de codéine, 1/4 gr.

**Comprimé No 292 "Frosst"**

La même formule que le comprimé No 222 avec phosphate de codéine, 1/2 gr.

**POUR ENFANTS**

● **Comprimé No 273 "Frosst"**

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

● **ANTIPYRÉTIQUES**

**ANALGÉSIIQUES - ANTI-RHUMATISMAUX**

**Charles E. Frosst & Co.**

MONTRÉAL

CANADA



Chimiothérapie des affections bactériennes  
**ASTREPTINE "MEURICE"**

(SULFANILAMIDE)

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

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



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

# ASTREPTINE

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



# DYNACORYL

*"Meurice"*

(ACIDE DIETHYLAMIDE PYRIDINE  $\beta$  CARBONIQUE)

**STIMULANT CARDIO-RESPIRATOIRE EN AMPOULES INJECTABLES ET EN GOUTTES**

UNION CHIMIQUE BELGE S. A.

DIVISION PRODUITS

PHARMACEUTIQUES "MEURICE"



REPRESENTANT POUR LE CANADA

G. GRAVET, 431, RUE DE MALINES

MONTREAL — TELEPH. PLATEAU 7002

## SOMMAIRE du No 2

Mars-avril 1939

	Pages
HECTOR SANCHE: Les avariées de la grossesse .. . . .	69
ERNEST PRUD'HOMME: Un cas de gastrostomie continente vieux de dix ans .. . . .	80
FRANÇOIS BADEAUX et PIERRE-PAUL GAUTHIER : Deux cas de tuberculose chorio-rétinienne traités avec succès par l'antigène méthylique de Nègre et Boquet .. . . .	87
RENÉ LEBEAU: Notions élémentaires sur l'anesthésie générale	100
RODRIGUE LEFEBVRE: La thrombose coronarienne et ses symptômes .. . . .	113
Ouverture officielle du nouveau service d'électro-radiologie ..	125
Chronique .. . . .	134

## *Diuretab*

*Diurétique - Antiseptique urinaire - Décongestif*

*Chaque comprimé contient :*

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

*Un comprimé deux ou trois fois par jour.*

LABORATOIRE NADEAU LIMITÉE

**RÉDIGER son TESTAMENT**  
*est la chose la plus importante de la vie.*

---

AVEZ-VOUS PENSÉ AU VÔTRE?  
**CONSULTEZ-NOUS**

---

**Société d'Administration et de Fiducie**  
*Administratrice et fiduciaire*

5 EST, RUE ST-JACQUES - MONTRÉAL  
(Immeuble Crédit Foncier Franco-Canadien) - Téléphone: PLateau 3821

AGENCES :

QUÉBEC - WINNIPEG - RÉGINA - EDMONTON - VANCOUVER

**ETHER PUR** 

pour Anesthésie

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

**MALLINCKRODT CHEMICAL WORKS, LIMITED**  
378, RUE SAINT-PAUL OUEST  
MONTRÉAL

# CONSERVE sa puissance BACTÉRICIDE

... en présence de matières  
organiques

L'expérience a démontré que l'antiseptique "Dettol" est bien supérieur à l'iode et aux antiseptiques phénoliques et crésyliques, surtout au cours des interventions. Le coefficient phénol du "Dettol" est de 3.0 (essai du laboratoire d'hygiène) et, cependant, on peut employer cet antiseptique à des concentrations élevées, sans irritation, inconvénient ou production de taches. Il conserve sa grande puissance bactéricide en présence de sang, de pus ou d'autres substances organiques. Appliqué sur la peau à une concentration de 30%, le "Dettol", même une fois séché, protège pendant au moins deux heures contre l'infection des streptocoques hémolytiques, à moins qu'il n'y ait contamination brutale.

Le "Dettol" est un liquide transparent, propre, non toxique et d'odeur agréable. C'est un produit dont il est souvent fait mention dans la littérature médicale.

Vous pouvez obtenir, de votre pharmacien ou de votre fournisseur habituel, l'antiseptique "Dettol" en bouteilles de grandeur pratique pour les ordonnances et en récipients de plus grande contenance pour le bureau ou l'hôpital.

Pour vous procurer des échantillons et des brochures descriptives, écrivez à Reckitts (Over Sea) Ltd., Service des Produits pharmaceutiques, 1000 rue Amherst, Montréal, P. Q.



## 'DETTOL'

*l'antiseptique moderne, non toxique*

# Les produits SCHERING EN THÉRAPIE HORMONALE

La prépondérance de la maison SCHERING dans le domaine des hormones sexuelles féminines a été établie lorsqu'elle introduisit, la première, la véritable hormone folliculaire (oestradiol) dans Progynon-DH et Progynon-B. Elle fut aussi la première à réaliser la synthèse de l'hormone du corps jaune (progestérone) sous le nom de Proluton. La maison SCHERING s'est de plus distinguée dans la thérapie hormonale par l'hormone masculine en introduisant l'Oréton. Les comprimés de Thyroïde (P. E. U.) ont aussi été ajoutés à la liste des produits. SCHERING.

## **PROGYNON-B\*** (Benzoate d'oestradiol en solution dans l'huile de sésame)

Pour le traitement efficace de sévères déficiences d'hormone folliculaire, tel que la ménopause naturelle ou chirurgicale, l'aménorrhée fonctionnelle, l'infantilisme et la stérilité, les nausées et vomissements de la grossesse, la dysménorrhée avec retard du développement utérin. Progynon-B est présenté en ampoules de 1 cc. de 500, 1,000, 2,000 et 10,000 unités-rat (Allen Doisy) pour injection intramusculaire.

Nouveau!

## **Solution de PROGYNON-DH\*** (oestradiol)

Indiquée chaque fois qu'il y a lieu d'administrer par voie buccale un produit oestrogène de grande activité. Par exemple lorsque l'on ne peut pas ou ne doit pas administrer l'hormone par injection intramusculaire, ou comme traitement d'entretien dans les cas plutôt légers de déficience d'hormone folliculaire. Présentée en flacons de 10 cc. avec compte-gouttes 0.1 milligramme d'alpha-oestradiol cristallisé par cc. d'alcool à 95°c.

## **PROGYNON-DH\*** (oestradiol)

Les mêmes indications que pour Progynon-B: dans les cas plutôt légers et comme traitement d'entretien à la suite d'injections. Présenté en comprimés de 50, 200 et 600 unités-effectives.

## **PROGYNON-DH,\* suppositoire vaginaux** (oestradiol)

Pour le traitement de la vaginite infantile gonococcique, de la vaginite sénile et du prurit vulvaire. Présenté en suppositoires de 250 unités-rat (pour adolescentes) et de 250 et 2500 unités-rat (pour adultes).

## **PROGYNON-DH\* Onguent** (oestradiol)

Pour application locale pour le traitement de la vaginite sénile, du prurit vulvaire, et de certaines dermatoses. Présentée en pots de 200 et 1,000 unités-rat par gramme.

## **PROLUTON\*** (progestérone, en solution dans l'huile de sésame)

Pour les cas de déficience de l'hormone du corps jaune tel que la menace d'avortement, l'avortement récidivant, certains cas de ménorragie et de métrorragie, de dysménorrhée avec développement utérin normal, et de tension prémenstruelle. Proluton produit sur l'utérus les effets définitivement établis de l'hormone du corps jaune. Présenté en ampoules de 1 cc. contenant ½, 1, 2, 5 et 10 mg, pour injection intramusculaire.

## **ORETON\*** (propionate de testostérone, en solution dans l'huile de sésame)

Pour le traitement des déficiences de l'hormone sexuelle masculine tel que l'hypertrophie bénigne de la prostate, la soi-disant ménopause chez le mâle, l'hypogonadisme et certains cas d'impuissance. Présenté en ampoules de 1 cc. contenant 5, 10 et 25 mg, pour injection intramusculaire.

Nouveau!

## **Onguent d'ORETON\*** (propionate de testostérone)

Comme complément des ampoules d'Oréton ou dans certains cas de dermatoses dues à une déficience d'hormone masculine l'Onguent d'Oréton a souvent produit une amélioration considérable. Présentée en tubes de 50 g. contenant 2 mg. de propionate de testostérone cristallisé par gramme.

## **THYROÏDE\*** en comprimés.

Cette médication est fréquemment employée en conjonction avec l'hormone folliculaire du corps jaune et de l'hormone masculine. En comprimés (non enrobés) de thyroïde desséchée conformément à la pharmacopée des E. U., en concentrations de ½, 1 et 2 grains.

\* Reg. U. S. & Can. Pat. Off.



## SCHERING (CANADA) LIMITED

BOÎTE POSTALE 358 (Place d'Armes)  
Tél.: LANcaster 9073

751 CARRÉ VICTORIA,  
MONTRÉAL, P. Q.

# STANNOXYL

Pour le traitement de la  
**FURONCULOSE**  
et des Maladies à Staphylocoque

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

# STANNOXYL

Également très efficace contre le

**TÉNIA**  
Ver Solitaire

**Ténia solium ou ténia saginata ou inerme**

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

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

---

Dépositaire pour le Canada:

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

BACTÉRIOTHÉRAPIE LOCALE, PRÉVENTIVE, CURATIVE

par le

# PROPIDEX

(Pommade à base de « Propidon »)

Cultures vieilles de streptocoques, staphylocoques  
et de B. Pyocyaniques.

- PRÉVIENT LA SUPPURATION
- ACTIVE LA DÉFENSE LOCALE  
CONTRE L'INFECTION

*INDICATIONS :*

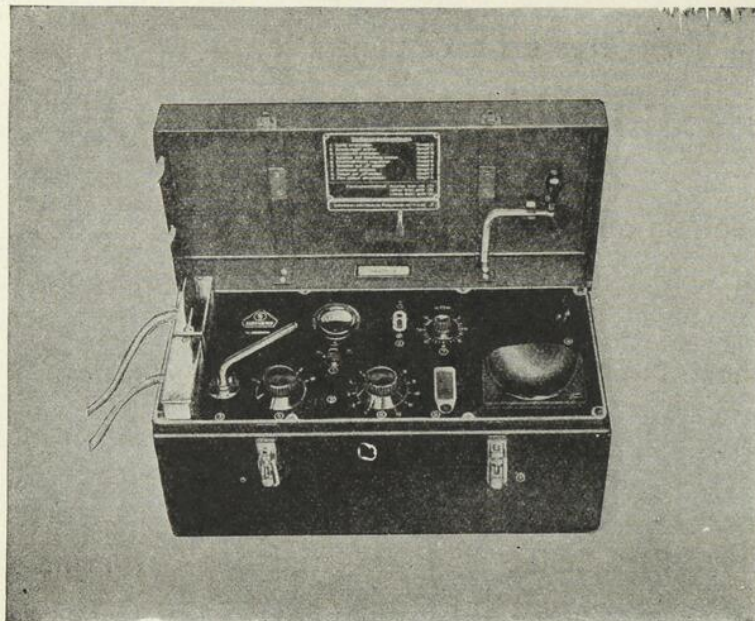
Plaies accidentelles, infectées ou non, Brûlures, Excoriations, Engelures,  
Ongle Incarné, Furoncles, Ulcères variqueux, Plaies suppurantes en général.

*Le PROPIDEX est offert en tubes de 30 gr.*

Laboratoires **POULENC FRÈRES** du Canada, Ltée

204, Place Youville - Montréal

## L'ÉLECTRO-CARDIOGRAPHE "SIEMENS"



Transportable,  
Robuste.

Très facile  
à manier.  
Toujours prêt.

Finesse et détails  
des  
tracés inégalés.

Et le prix:  
modéré !

**SIEMENS-REINIGER  
(CANADA) LIMITED**

18 DOMINION SQUARE  
BLDG.

Harbour 3717

*Un nouvel hyposulfite!*  
**HYPOSTRONTIUM**



Hyposulfite de strontium à 20%  
Ampoules de 3 cc.

- Bien toléré par le muscle
- Bien toléré par la veine
- Bien toléré par l'estomac

**DERMATOSES RÉCIDIVANTES • LITHIASES • ICTÈRES  
INTOLÉRANCES • INTOXICATIONS • ANAPHYLAXIES  
TROUBLES DE LA CALCIFICATION • BRÛLURES GRAVES  
ÉTATS SPASMODIQUES • CHOC OPÉRATOIRE**



2 à 3 intramusculaires sans douleur par semaine  
intraveineuses sans choc

ou chez les enfants, les pusillanimes: 1 à 2 ampoules par  
jour au milieu des repas, dans un verre d'eau ou de lait

*Laboratoires Pharmaceutiques L.-G. Forand*  
22, rue de la Sorbonne, PARIS

**SOCIÉTÉ D'EXPANSION PHARMACEUTIQUE**  
917, RUE CHERRIER, MONTRÉAL

---

## CES HOMMES, LES CONNAISSEZ-VOUS?

---

Les représentants canadiens de la Victor X-Ray Corporation :

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

E. W. HOLLINGUM, Gérant

R. J. DAVIDSON

A. C. EISENACH

H. T. HAMON

G. D. HARVEY

J. T. JAMIESON

600 Medical Arts Bldg.  
Montréal, P. Q.

G. A. La BELLE

Hôtel Clarendon  
Québec, P. Q.

E. H. HOLLINGUM

37 Deacon St.  
Halifax, N. S.

C. A. LOWATT

E. W. McNEILL

F. C. ROOTS

30 Bloor St.  
Toronto, Ont.

E. FANNING

Wellington St., Apt. 8  
London, Ont.

R. H. BRADLEY

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

W. A. MARTIN, Gérant

G. A. MARTIN

E. J. ULMER

Medical Arts Bldg.  
Winnipeg, Man.

C. A. NEIL

2326 Broad St.  
Regina, Sask.

NEIL CAMPBELL

431 — 14th Ave., N. E.  
Calgary, Alta.

F. C. HOLDEN

11511 — 97th St.  
Edmonton, Alta.

H. T. FREDERICKSON,  
Gérant

J. T. BLAIR

L. C. MARTIN

C. C. McKENZIE

570 Dunsmuir St.  
Vancouver, B. C.

ILS représentent la Victor X-Ray Corporation of Canada, Ltd., l'unique distributrice au pays des produits de la General Electric X-Ray Corporation. Ils vivent au milieu de vous, toujours prêts à vous servir.

Il fut un temps où des agents se contentaient du rôle d'intermédiaire entre la G. E. et vous, pour la fourniture de l'outillage électromédical dont vous aviez besoin. Ils faisaient leur possible pour vous aider à maintenir vos appareils en bon état. Mais vous aviez parfois raison de vous demander jusqu'à quel point ils étaient responsables, et dans quelle mesure ils parlaient au nom des ingénieurs-constructeurs de la G. E.

Ce ne fut pas chose facile que d'établir dans tous les coins du pays de véritables filiales aux mains de représentants absolument autorisés par la compagnie mère. Mais c'est fait, et depuis assez longtemps déjà. Il ne suffisait pas de satisfaire l'acheteur; il fallait aussi servir l'usager, non seulement avec dévouement, mais encore avec une compétence absolue. Cela aussi fut accompli. Triés sur le volet, nos gens connaissent tous les aspects de leur métier. Ils ont été entraînés comme des soldats au maniement et à l'entretien des armes électromédicales. Capables de vous conseiller au moment d'un achat, ils sont aussi capables de vous aider à tirer de votre outillage tous les services qu'il doit donner.

Si vous n'avez pas encore pris contact avec le "Victorman" de votre région, faites-le sans plus tarder. Vous découvrirez en lui un ami sûr.

---

VICTOR X-RAY CORPORATION

of Canada, Ltd.

Distributeurs pour la General Electric X-Ray Corporation

---

# Le Journal de l'Hôtel-Dieu de Montréal

---

---

Numéro 2

Mars-avril 1939

---

---

## LES AVARIÉES DE LA GROSSESSE

*Par* HECTOR SANCHE

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine  
Accoucheur consultant à l'Hôtel-Dieu

On ne peut qu'être péniblement impressionné de constater combien souvent il arrive qu'une femme jouissant d'une santé apparemment florissante avant une grossesse, demeure, après celle-ci, plus ou moins avariée soit dans son état général, soit dans son système génital.

Pourquoi, alors que la maternité devrait normalement amener chez elle le plein épanouissement de ses facultés physiologiques, la femme reste-t-elle si souvent amoindrie dans sa santé.

Les statistiques sont difficiles sur cette question, et il n'en existe pas. Des calculs, de source officielle, prétendent cependant que pour 230,000 naissances, ou à peu près, chaque année au Canada, quelque 45,000 mères restent affectées dans leur santé d'une façon plus ou moins grave, et une moitié de ce nombre de façon permanente.

La médecine et l'obstétrique en particulier, peut-elle se déclarer satisfaite de ce résultat? Est-il possible de faire plus qu'il ne se fait actuellement, d'améliorer cette morbidité, de diminuer ces chiffres? Nous le croyons.

Avant d'aborder la question, il est bon de noter et d'admettre qu'un certain nombre de femme, nombre qu'il est difficile d'évaluer, souffrent plus des suites de gros-

resses qu'elles n'ont pas voulu avoir que de celles qu'elles ont eues, et que le tout est porté au compte puerpéralité.

Combien de lésions génitales sont dues à des avortements très précoces provoqués par la patiente elle-même ou par d'autres personnes, au moyen de médicaments, manipulations, moyens physiques, etc. La grossesse, au tout début, est interrompue sans grand fracas, le tout se passe « en petit comité », mais les résultats inavoués existent, et l'on accuse le dernier accouchement.

Il ne faut pas non plus grever l'accouchement de certaines infections génitales survenant après les suites de couches, mais très rapprochées de celles-ci, et dont l'origine, pénible à avouer parfois, fait qu'elles ne sont pas attribuées à leur cause réelle mais à la puerpéralité.

Ceci dit, quelle est la raison d'un si grand nombre d'avaries puerpérales et obstétricales ?

C'est : 1° que la femme n'était pas dans des conditions physiques propres à supporter la grossesse ;

2° que la grossesse a déterminé chez elle des perturbations qui ont affecté son organisme ;

3° que l'accouchement s'est accompagné ou a été suivi d'accidents dont les effets continuent d'hypothéquer sa santé.

*I. La femme n'était pas dans des conditions physiques propres à supporter le fardeau d'une grossesse.*

Trop de jeunes filles abordent le mariage et la grossesse qui s'ensuit le plus souvent, avec un état de santé insuffisant. Après avoir peiné plusieurs années à un travail épuisant, elles se marient sans prendre plus que quelques jours de repos ou même pas du tout. Même avec un organisme sain, une grossesse survenant dans ces conditions, les lais-

sera dans un état de dépression tel qu'elles ne remonteront pas le courant avant des mois et même des années.

Trop de jeunes filles encore se marient avec des lésions pulmonaires, cardiaques ou rénales, avec des lésions génitales organiques ou fonctionnelles, infectieuses ou autres. Ignorées le plus souvent, parfois connues ou soupçonnées mais inavouées, ces déficiences auraient interdit le mariage et la grossesse, si leur importance et leur pronostic eussent pu être portés à la connaissance des conjoints.

Trop de mères dont la santé périclute, négligent de se traiter, de faire établir leur bilan physique avant de courir les aléas d'une nouvelle grossesse.

Quel serait donc le remède? Evidemment il y aura toujours des gestantes dont l'état de santé ne justifie pas une grossesse, et il n'est pas possible de limiter les grossesses exclusivement à celles qui peuvent les supporter allègrement, mais l'examen médical pré-nuptial et l'examen périodique seraient un grand moyen de diminuer la morbidité chez les mères, soit par l'ajournement du mariage chez les filles ou l'éloignement d'une nouvelle grossesse, dans la mesure d'une saine morale, chez les femmes mariées.

Celles qui, par ailleurs, tenteraient l'aventure, seraient averties et auraient plus sûrement recours à des soins prénataux appropriés.

L'examen pré-nuptial, objecte-t-on, n'est demandé que lorsque le mariage est décidé, et celui-ci se fera quel que soit le verdict du médecin, et d'autre part, cet examen ne vaut que pour la première grossesse.

La première objection a sa valeur, mais la connaissance d'un mal et la notion de son importance seront toujours le premier pas vers la recherche du traitement.

La deuxième objection est discutable. N'oublions pas que c'est de la première grossesse que dépendra, dans une

certaine proportion du moins, le sort de celles qui suivront, qu'elle est, en quelque sorte, la pierre de touche qui établit la résistance physiologique de la femme, qu'elle est celle qui donne lieu au plus grand nombre d'accidents, qu'enfin ce sont les avaries consécutives à celle-ci qui auront une plus grande et plus longue répercussion sur la santé de la mère.

II. *La grossesse a déterminé chez la femme des perturbations qui ont affecté sa condition physique.*

Le début de la grossesse s'accompagne souvent, chez des femmes par ailleurs en bonne santé, et surtout chez les primipares, d'un déséquilibre endocrinien qui affecte leur système au point qu'elles ne peuvent retrouver leur état normal qu'une fois la puerpéralité terminée. Les troubles du métabolisme du fer amènent chez plusieurs une anémie marquée.

La décalcification gravidique, plus fréquente de nos jours, conséquence de notre alimentation et de notre régime de vie, affecte de bonne heure la dentition de nos mères. Le vieux proverbe : « chaque enfant coûte une dent à sa mère », n'est pas sans fondement. A plus forte raison, la déficience calcique existe-t-elle si la femme allaite son enfant pendant quelques mois. En effet, il est prouvé que l'alimentation quotidienne du peuple aux Etats-Unis, et la chose n'est guère différente chez nous, ne pourvoit pas la quantité de calcium qu'un bébé soutire chaque jour à sa nourrice.

L'albumine gravidique, l'éclampsisme, outre qu'elles indiquent un système déficitaire, exigent comme traitement une diète qui ne permet pas à la gestante de compenser les matières dont elle se départit pour développer son foetus, et sa santé en reste affectée.

La pyélonéphrite gravidique est fréquente et elle tend à guérir une fois la grossesse terminée. Il n'en est pas moins

vrai que le rein reste souvent infecté ou garde un état de réceptivité, point de moindre résistance. Un grand pas de prévention serait fait si la constipation était surveillée et traitée avec persévérance, et si les femmes voulaient habiller leurs pieds, en n'oubliant pas que pour la circonstance, les pieds remontent jusqu'à la ceinture.

Comme lésions ou perturbations causées par la grossesse, signalons encore les varices, l'éventration et les ptoses génitales. Il y a là certainement une question de terrain, mais une saine hygiène, des exercices physiques rationnels pendant la jeunesse et l'adolescence peuvent développer un système musculaire insuffisant chez la plupart des femmes. Le port de bandes appropriées peut empêcher le développement de certains de ces troubles. Les varices des ligaments larges sont fréquentes, pénibles et difficiles à déceler, et le traitement en est à peu près nul.

Que penser du port du corset en général? Nous croyons que l'exercice physique développant la musculature abdominale et créant un corset naturel serait l'idéal pour les jeunes filles et femmes, et que le corset devrait être réservé aux obèses, à celles dont les muscles sont insuffisants, ou qui sont en état de grossesse avancée. Le corset qui empêche le travail des muscles abdominaux est le meilleur moyen d'en provoquer l'hypotrophie.

III. *L'accouchement s'est accompagné ou a été suivi d'accidents dont les effets continuent d'affecter la santé de la femme.*

Ces accidents sont de deux ordres :

- a) Les traumatismes obstétricaux.
- b) Les infections de l'accouchement et des suites de couches.

Traumatismes obstétricaux. Ce sont :

- 1) Les déchirures de la vulve, du périnée, du vagin, du col.
- 2) Les fistules vagino-périnéales, rectales ou vésicales consécutives aux déchirures ou non.
- 3) Les ptoses : colpocèle, rectocèle, vésicocèle et les ptoses génitales complètes.
- 4) Les cicatrices vicieuses de la vulve, du vagin et du col.
- 5) Les luxations du coccyx.
- 6) Les compressions nerveuses.

Accidents infectieux. Ce sont :

- 1) Les ulcérations du col.
- 2) Les cervicites et les hypertrophies du col.
- 3) Les endométrites.
- 4) Les métrites.
- 5) Les salpingites.
- 6) Les phlébites.
- 7) Les abcès du sein.

1) Les déchirures de la vulve, du périnée, du vagin et du col, si elles ne sont pas les plus graves traumatismes de l'accouchement, en sont certainement les plus fréquents. Chez les primipares surtout on les rencontre très souvent. Elles doivent être systématiquement recherchées, reconnues et réparées.

Après l'accouchement, le tractus génital entier est examiné minutieusement; toute lacération d'importance est suturée. La chose est relativement facile pour les lésions

périnéales aisément accessibles ; il n'en est pas de même pour les lésions vaginales ou cervicales difficiles à déceler et plus encore à suturer. Il faut organiser un éclairage suffisant et procéder patiemment à cause de l'écoulement sanguin qui se fait sans relâche. Les ruptures qui touchent la musculature du plancher pelvien, les releveurs de l'anus, et les lacérations profondes du col sont l'objet d'une attention particulière.

Ce n'est pas tout de faire des sutures parfaites, il faut encore qu'elles tiennent et que la guérison soit une restitution à l'état normal. On doit admettre que les déchirures obstétricales guérissent d'habitude d'une façon remarquablement bonne, malgré les conditions dans lesquelles la réparation en est faite. On ne peut nier cependant que le milieu génital présente souvent des infections antérieures ou concomittantes à l'accouchement, infections dont la présence des lochies favorise le développement et que, d'autre part, le voisinage de l'anus et du méat urinaire, le manque de précautions de la patiente ou de celle qui la soigne, créent un danger redoutable. La conséquence en est que les sutures manquent parfois, laissant la malade dans un état d'infirmité variable.

Les déchirures du périnée et du vagin non reprises sont la cause de nombreux malaises : sensations de pesanteur dans le bas-ventre, tiraillements, douleurs lombaires, difficulté de la défécation.

Les déchirures du col ne présentent pas toujours des symptômes subjectifs douloureux, mais sont souvent la cause, si elle sont profondes, d'avortements ultérieurs, et elles entretiennent une métrite dont elles ont été le point d'origine.

Les déchirures obstétricales peuvent-elles être évitées ? Certainement pas, pour une bonne partie.

Le médecin, il est vrai, fait l'accouchement, mais dans une certaine limite. Ses connaissances, son habileté, sa prudence, son jugement peuvent aider à la solution heureuse du problème de l'expulsion de l'enfant. Mais un certain nombre de facteurs sont indépendants de lui, i. e. l'amplitude de la filière génitale, l'extensibilité des tissus mous, le volume de l'enfant, la force des contractions utérines, la position de la tête foetale. L'accouchement se présente donc comme un réel problème dont certaines données sont fixes, et d'autres, variables, dans une certaine proportion, au gré de l'opérateur. Celui-ci doit agencer le tout pour obtenir le résultat voulu dans les meilleures conditions possibles.

Il ne faut pas tenir l'accoucheur comme uniquement responsable des déchirures obstétricales, parce que le travail se présente à lui dans des conditions qu'il ne lui a pas appartenu de déterminer.

Que l'obstétricien donc surveille sérieusement l'évolution de l'accouchement, qu'il laisse faire à la nature tout ce qu'elle peut faire, qu'il l'aide au besoin, selon l'art, lorsque l'indication se pose, et s'il survient des accidents, qu'il les reconnaisse, les fasse connaître à la patiente ou à son entourage, qu'il les répare, et mette qui de droit au courant des risques courus.

2) Les fistules, qu'elles soient vagino-périnéales, ou surtout vagino-vésicales ou rectales entraînent toujours des ennuis considérables qu'il est facile de concevoir. Elles sont le résultat de déchirures non réparées ou mal guéries, ou encore de sphacèle locale à la suite de compression prolongée.

3) Les ptoses génitales, colpocèle, rectocèle, vésicocèle, et les prolapsus génitaux reconnaissent des causes différentes: vieilles déchirures non reprises, déchirures musculaires interstitielles avec vagin et périnée intacts, relâ-

chement de la sangle périnéale par atrophie musculaire ou accouchements répétés, application de forceps avec tractions de longue durée. Elles sont à peu près toujours d'origine obstétricale.

Les ptosées génitales sont de véritables infirmes, à des degrés différents, éprouvant en dehors de douleurs variables, une sensation de lourdeur périnéale, des mictions fréquentes, une défécation pénible, l'ennui d'un corps étranger vulvaire, la fatigue à la marche, de la leucorrhée et de l'irritation du col et de la vulve.

4) Les cicatrices vicieuses de la vulve, du vagin ou du col se présentent sous forme d'asymétrie des parois, mais surtout de cordons fibreux qui occasionnent des douleurs, des tiraillements, parfois des avortements ou des difficultés à un accouchement ultérieur.

5) Les luxations du coccyx sont des accidents plutôt rares dus à l'expulsion d'une tête très volumineuse ou se présentant sous un mauvais diamètre, surtout chez les primipares âgées. Elles entraînent fréquemment des douleurs tenaces en position assise.

6) Les compressions nerveuses se rencontrent dans les applications de forceps, surtout au détroit supérieure. Certains nerfs des plexus lombaires ou sacrés, serrés entre le bassin et l'instrument, causent des névralgies pénibles qui durent longtemps.

7) Les ulcérations du col. Elles reconnaissent une origine infectieuse, mais il faut noter que l'infection évolue sur un terrain remarquablement propice. Tout le tractus génital se congestionne jusqu'à un certain point pendant le travail; d'autre part, l'accouchement même normal entraîne des traumatismes et des érosions du col dus à la distension proportionnellement plus rapide au voisinage de la dilatation complète, à la compression entre la tête et le pubis, au

contact des doigts lors des touchers, aux dilatations manuelles, aux interventions obstétricales.

Ces ulcérations déterminent peu de douleurs, de la leucorrhée, des suintements sanguinolents, et leur irritation chronique peut conduire aux néoplasmes.

8) Les cervicites et les hypertrophies du col.

Les cervicites répondent comme complication obstétricale aux mêmes causes que les ulcérations qui ne sont que des cervicites localisées. Les symptômes sont plus accentués, la malade est plus atteinte. L'hypertrophie consécutive survient parfois; elle est favorisée par le prolapsus, le col ptosé subissant des pressions répétées dans la vulve ou à l'extérieur.

9) Les endométrites, les métrites et les salpingites post-partum ont comme cause une infection antérieure propagée par le puerperium ou une infection apportée par celui-ci. Elles peuvent être prévenues par un traitement préalable ou par la plus stricte asepsie et antiseptie pendant le travail et les suites de couches.

Outre les symptômes douloureux qui en sont la conséquence, elles entraînent l'inaction partielle, l'incapacité de travail, la stérilité, les ménorragies et les métrorragies, l'avortement, la pelvi-péritonite, et sont les grandes pourvoyeuses des opérations gynécologiques mutilantes précoces.

10) Les phlébites.

En plus des dangers sérieux de leur évolution aiguë, elles présentent comme séquelles des lourdeurs, de l'œdème persistant et une incapacité fonctionnelle variable.

*Les abcès du sein.* — Lorsqu'ils sont profonds ou considérables, la glande mammaire est parfois fortement

endommagée, et l'allaitement ultérieur problématique. Le sein peut en être atrophié et la cicatrice devenir le point de départ de complications néoplasiques.

### CONCLUSIONS

Les femmes restent avariées à la suite de leurs grossesses pour des raisons diverses antérieures, concomitantes ou consécutives à celles-ci. Quelques-unes de ces raisons peuvent être prévenues par le médecin, d'autres échappent complètement à son contrôle. Ces avaries diffèrent comme importance en raison des symptômes qu'elles présentent.

La prophylaxie en est dans l'examen médical prénuptial, l'examen médical périodique, les soins pré-nataux, l'accouchement consciencieux, l'aseptie et l'antiseptie chirurgicale, la surveillance méthodique des suites de couches, et l'examen post-natal. De la part de la patiente, il faudrait ajouter une observation rigoureuse des prescriptions de son médecin.



## UN CAS DE GASTROSTOMIE CONTINENTE VIEUX DE 10 ANS

Par le Docteur ERNEST PRUD'HOMME

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine  
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

En 1932, dans le premier numéro du Journal de l'Hôtel-Dieu, je faisais valoir les avantages d'un procédé de gastrostomie dit Gooseneck, d'après les médecins américains Quick et Martin (dans *Surgery, gynecology and obstetrics* de mars 1928). Les principales méthodes employées jusqu'alors, qu'elles fussent de Terrier, de Fontan, de Senn, de Witzel, etc., étaient longuement discutées, et je concluais en accordant ma préférence au procédé du Gooseneck que j'appelai alors *gastrostomie continente*. Ce procédé, écrivais-je, comporte à lui seul toutes les conditions de la gastrostomie idéale, il offre tous les avantages réunis des différentes techniques décrites, sans en présenter aucun des inconvénients qui sont surtout: a) la digestion du canal fistuleux ou de l'ouverture externe de ce canal par le suc gastrique; b) l'incontinence de l'estomac; c) la nécessité du passage fréquent de la sonde pour entretenir la lumière du canal.

Sans entrer dans les détails, je rappelle que ce procédé opératoire consiste à prélever, sur la face antérieure de l'estomac, un lambeau en U de 2.5 cm. de largeur par 5 cm. de longueur. La base du lambeau doit être près de la grande courbure de l'estomac tandis que le sommet doit regarder vers la petite courbure. Le lambeau est immédiatement rabattu, l'on introduit dans le pylore un tube de caoutchouc correspondant à une sonde française du calibre 12 ou 14.

Ce tube est poussé jusqu'au jéjunum. Son extrémité supérieure est fixée au bord libre du lambeau stomacal. Nous refermons la plaie stomacale en commençant du côté de la petite courbure, puis nous continuons en enroulant le lambeau autour du tube de caoutchouc. De cette façon, nous

formons une gaine ressemblant à un cou d'oie, d'où son nom: « The gooseneck » de Quick et Martin.

Ce procédé est indubitablement la méthode de choix pour toute gastrostomie permanente, et le cas que je veux rapporter illustre merveilleusement la valeur d'une opération qui met le patient à l'abri de tous les désavantages que l'on a reprochés aux autres méthodes.

Avec la gastrostomie continente, *a*) il n'y a pas à craindre la digestion du canal fistuleux par le suc gastrique, l'intérieur du canal est tapissé de la muqueuse gastrique elle-même; *b*) plus à craindre l'incontinence de l'estomac, le trajet au niveau de la poche à air stomacale est relevé vers l'appendicite xyphoïde et subit la constriction des fibres du grand droit. De plus, l'estomac même, par sa réplétion, accole sa paroi sur la paroi abdominale et garantit la continence.

Grâce à son jeune âge et à son esprit d'initiative, notre malade, dont je rapporte l'histoire, a réussi à nous montrer que cette opération pouvait s'améliorer en vieillissant.

Bien loin de se scléroser, et de se rétrécir, le canal chez elle, et par elle seule, a été graduellement dilaté à ce point que la malade se nourrit maintenant à l'aide d'une sonde No 24, qui est presque le calibre d'un tube rectal ordinaire. Le canal lui-même a gagné en longueur, de sorte que nous avons maintenant une distance de 10 à 11 cm. de la paroi abdominale à l'estomac même. Ceci est facile à contrôler, car la malade sent très bien le soubresaut que fait la sonde en pénétrant dans l'estomac.

Vous verrez par l'histoire que je vais vous rapporter que cette patiente ne manque pas de ressources. J'ai été tenté d'intituler cette communication: « Dix ans après », mais j'ai pensé que mes qualités d'écrivain ne correspondaient pas à un titre aussi prometteur. Je me contenterai donc de vous raconter le plus fidèlement possible, l'histoire



*Fig. 1* — Bouche de la gastrostomie, avec tube d'alimentation No 24.  
La photo montre très bien que la peau autour de la bouche est  
en parfait état, 9 ans après l'intervention.

de cette jeune personne que plusieurs de mes amis ont eu l'occasion de voir.

Le 16 septembre 1929, Mlle A. V., 21 ans, est admise dans le service de mon regretté maître, le docteur Rhéaume. Au niveau de l'estomac, elle présente une fistule qui lui permet de s'alimenter, mais qui n'a aucune continence.

Au mois de juillet 1928, la patiente a — *par la bouche* — absorbé un liquide caustique. La dysphagie a augmenté graduellement à un tel point que la malade ne peut plus rien avaler. A la fin de décembre 1928, à Québec, on pratique une gastrostomie simple. La malade peut alors s'alimenter et reprend rapidement ses forces. L'ennui qu'elle présente à son arrivée à l'Hôtel-Dieu, dix mois après cette opération, c'est l'obligation de se tenir couchée presque continuellement pour éviter le rejet des aliments par l'ouverture stomacale.

La radiographie nous montre une occlusion totale de l'oesophage vers le tiers moyen. Le 29 octobre 1929, le docteur Rhéaume, accompagné du Dr Charles Lefrançois et de moi-même, entreprend de faire une gastrostomie continente. L'opération est un peu laborieuse à cause de l'ouverture stomacale préexistante et des adhérences de périgastrite, mais le tout se termine fort heureusement.

Le 21 novembre 1929, 23 jours seulement après l'opération, la patiente quitte l'hôpital et, à sa très grande satisfaction, est porteuse d'une fistule gastrique absolument continente. A ce moment, elle introduit dans son estomac une sonde No 16, et peut même absorber de la viande hachée.

Cette patiente a très bien compris la nécessité de se tenir continuellement en contact avec nous, et c'est ce qu'elle fait très fidèlement depuis bientôt dix ans.

Moins d'un an après notre intervention, la patiente se présente à moi, engraisée et ravissante de santé. Elle m'an-



*Fig. 2* — Malade gastrostomisée en 1929, photographiée, 9 ans après avec ses deux petites filles.

nonce que sans demander mon avis, elle a jugé bon de prendre mari, et comme elle est alors enceinte de cinq mois, elle veut savoir si une grossesse peut avoir des inconvénients dans les circonstances. Je l'encourage de mon mieux et la recommande à un accoucheur de mes amis après toutes les explications possibles.

Ma patiente me revient avec une belle petite fille de trois mois en excellente santé et me raconte que tout s'est passé normalement. Elle a même allaité son bébé durant plusieurs semaines et c'est sur mon conseil qu'elle a discontinué de le faire.

Deux ans après, une autre petite fille survient aussi facilement que la première et la patiente se porte toujours très bien, a soin de ses deux enfants, fait son ménage, s'occupe de son jardin et de sa basse-cour qui lui fournit les oeufs pour la famille.

Il y a un an, la patiente me revient à l'Hôtel-Dieu, porteuse d'un kyste de l'ovaire droit. Je pratique chez elle une laparotomie, fais une ovariectomie et une appendicectomie. Les suites opératoires sont les plus simples du monde. La malade évidemment n'a pas vomi, à peine a-t-elle eu quelques nausées. Son alimentation a été reprise le lendemain de l'opération, la patiente s'est levée le 10<sup>e</sup> jour et est partie de l'hôpital quinze jours après l'intervention. C'est à cette occasion que j'ai pu prendre les photos de sa fistule stomacale et de ses petites filles.

Il y a dix ans, la malade pesait 82 lbs; aujourd'hui, elle pèse 120 lbs et, telle que montrée sur sa photo, a l'air tout à fait en bonne santé.

J'ai pu recueillir de sa bouche plusieurs renseignements intéressants et précieux pour les autres cas qui pourraient se présenter :

1° D'abord, le tube d'alimentation qui était du calibre 16, a été augmenté jusqu'à 24, ce qui prouve que le trajet

fistuleux — étant de tissu gastrique — pouvait se dilater tout comme l'estomac et n'a pas de tendance à se rétrécir. De cette façon, la patiente peut introduire dans son estomac un repas complet dans le même temps que les autres patientes peuvent l'absorber par la bouche.

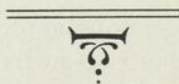
- 2° La patiente goûte d'abord par la bouche tous les aliments qu'elle va ensuite injecter dans son estomac. Les breuvages doivent être chauds ou froids, sucrés, les aliments proprement assaisonnés.

N. B. — Nous croyons que ce facteur est très important pour assurer une bonne digestion.

- 3° La malade mange toujours seule. Elle ne veut même pas prendre de l'eau devant ses enfants ou son mari. Toutefois elle consent volontiers à s'alimenter devant moi. Encore une fois, il s'agit ici d'une délicatesse qu'il faut respecter.

Voilà donc l'histoire d'un cas de gastrostomie contingente qui nous est très précieuse pour l'avenir.

Evidemment, tous les malades qui se présentent ne souffrent pas d'un simple rétrécissement de l'oesophage. Tous les autres cas que nous avons opérés depuis 10 ans étaient des porteurs de néoplasme. Mais, grâce à la bonne volonté et à l'intelligence de cette patiente, nous avons pu maintes fois leur donner des conseils que nous devons à l'expérience que nous a fournie le cas que nous venons de présenter.



## DEUX CAS DE TUBERCULOSE CHORIO-RÉTINIENNE TRAITÉS AVEC SUCCÈS PAR L'ANTIGÈNE MÉTHYLIQUE DE NÈGRE ET BOQUET

*Par* François BADEAUX *et* Pierre-Paul GAUTHIER.

Professeurs agrégés à la Faculté de Médecine  
Médecins de l'Hôtel-Dieu

Nous avons cru intéressant de rapporter dans ce journal l'histoire de deux de nos jeunes malades ayant présenté des lésions chorio-rétiniennes assez semblables et ayant réagi de la même manière heureuse à l'antigène méthylique dilué de l'Institut Pasteur.

Plusieurs antigènes ont été conseillés pour le traitement de la tuberculose oculaire mais il semble qu'aujourd'hui, en France, la préférence soit donnée à l'antigène méthylique préparé à l'Institut Pasteur par MM. Nègre et Boquet.

Les succès obtenus avec cet antigène ont surtout trait à des tuberculoses cutanées osseuses ou ganglionnaires.

La liste des publications ophtalmologiques pour la plupart rapportées à la Société française d'Ophtalmologie est assez courte, pour nous justifier d'ajouter nos observations à celles de Magitot et d'Autrevaux, de Colrat, de Worms et enfin de Beauvieux.

Tout au début, nous devons rappeler que l'antigène de Nègre et Boquet, constitué par des extraits méthyliques de bacilles de Koch préalablement traités par l'acétone a été d'abord employé comme épreuve de diagnostic et qu'aujourd'hui la déviation du complément à l'antigène méthylique donne dans le diagnostic de la tuberculose, des renseignements aussi importants que le Bordet-Wassermann pour la syphilis. Il ne faut pas toutefois oublier que l'antigène méthylique, à l'instar des autres antigènes tuberculeux connus, donnent parfois une réaction positive avec le

sérum des syphilitiques. D'où importance d'un Bordet-Wassermann ou d'une épreuve de Kahn conjointement à une déviation du complément pour la tuberculose.

Les deux épreuves sont-elles positives chez un même malade, le diagnostic étiologique devient des plus délicats.

A son rôle d'agent de diagnostic, l'antigène méthylique joint aujourd'hui celui d'agent thérapeutique.

L'antigène injectable se compose d'extraits méthyliques de bacilles de Koch, débarrassés de leur alcool méthylique, et mis en suspension dans du sérum physiologique à 7.5 0/00. Il est délivré par l'Institut Pasteur en solution diluée au 1/10 ou en solution pure. Son action thérapeutique consiste en une suractivation des réactions allergiques du tuberculeux superinfecté.

Nous avons employé chez nos deux malades la solution diluée à doses progressives en surveillant attentivement la possibilité de réactions générales, locales ou focales.

### ANTIGÈNE MÉTHYLIQUE

de

Nègre et Boquet

Après avoir travaillé plusieurs années sur la valeur des extraits des bacilles tuberculeux, Boquet et Nègre sont arrivés aux conclusions suivantes: les divers extraits tuberculeux obtenus par différents solvants n'agissent pas de la même façon: soit qu'on les expérimente au point de vue de la réaction de fixation du complément, soit qu'on les administre au point de vue de l'effet qu'ils peuvent produire sur la tuberculose expérimentale.

Ces auteurs « après avoir mis en évidence les propriétés fixatrices des lipoides bacillaires extraits par l'alcool méthylique après traitement par l'acétone, ont cherché à se rendre compte si ces substances, actives dans la déviation du complément, manifestent *in vivo* le même pouvoir antigène ».

Afin de rendre ces produits injectables, les substances dissoutes sont séparées de l'alcool méthylique par une distillation dans le vide. Ces produits d'extraction sont émulsionnées dans l'eau salée physiologique (7/1000) de manière à égaler 1 centigramme de corps microbiens frais par centimètre cube.

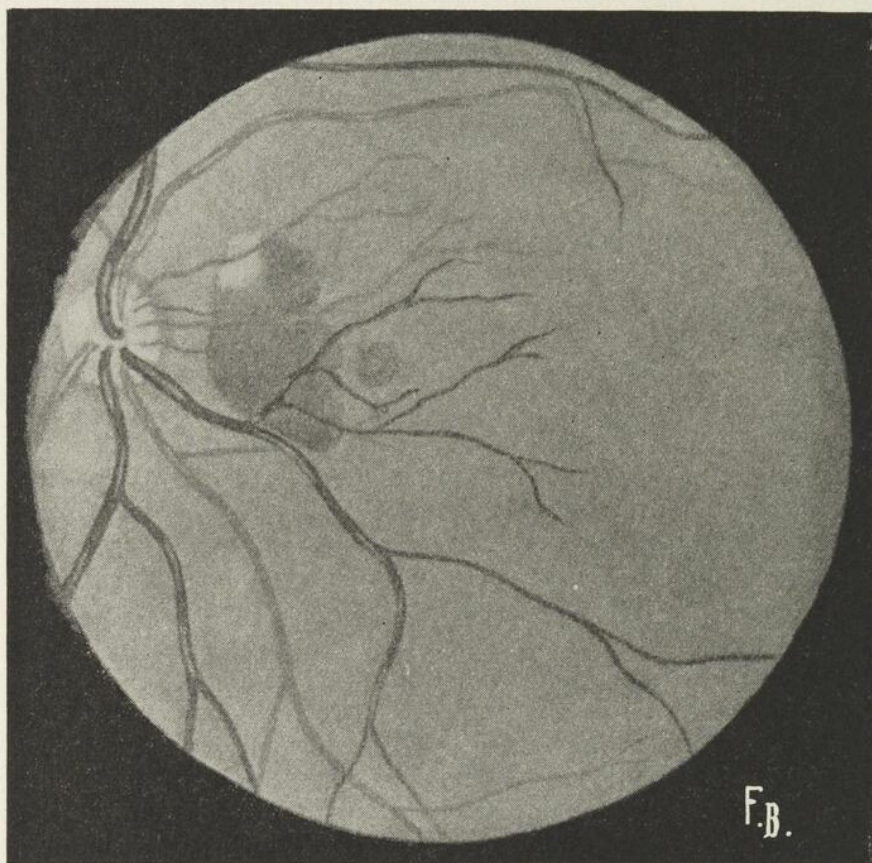
Pour que l'antigène méthylique puisse agir efficacement dans la production d'anticorps, il faut que l'action de l'acétone ait été complète dans l'extraction des graisses et des cires; parce que les graisses et les cires dissoutes par l'acétone se sont montrées de très mauvais antigènes *in vitro* et *in vivo*.

Il est prouvé aujourd'hui que l'antigène méthylique arrête ou pour le moins ralentit la tuberculose expérimentale et qu'il exerce une action préventive marquée s'il est administré avant une injection virulente. Autre fait à noter, cette thérapeutique à l'antigène méthylique s'est toujours montrée d'une innocuité complète, c'est pour cette raison que son emploi a été tenté avec succès dans la tuberculose humaine.

Le traitement est long, il doit commencer par de très petites doses qui sont croissantes. L'administration est pratiquée deux fois la semaine en injection sous-cutanée ou intra-musculaire suivant les indications accompagnant le produit de l'Institut Pasteur. Si pour certaines raisons le traitement a dû être interrompu pour quinze jours ou plus, il sera nécessaire, à la reprise du traitement, de débiter avec de très faibles doses pour éviter des accidents fâcheux.

Ce traitement à l'antigène méthylique de Boquet et Nègre a donné de bons résultats dans les cas suivants :

- les tuberculoses cutanées,
- les tuberculoses ganglionnaires,
- ostéites tuberculeuses,
- péritonites tuberculeuses,
- tuberculose des organes de la vue, etc.



*Dessin No 1*

Un foyer circonscrit de tuberculose chorio-rétinienne, interpapillo-maculaire. Oeil droit. Malade No 1.

Boquet et Nègre, 1927, Antigenothérapie (Masson et Cie).  
Calmette, 1928, Tuberculose (Masson et Cie).

#### OBSERVATION I.

René L... , 24 ans, vient à notre consultation privée le 15 avril 1935.

Depuis trois semaines son oeil droit ne peut fixer sans fatigue.

V. o. dr. = 20/30 avec + 0.50 à 90°

V. o. gau. = 20/30 avec + 0.50 à 90°

#### FUNDUS —

*Oeil droit*: un petit foyer exsudatif, circonscrit blanc-jaunâtre reposant sur une zone hémorragique sombre occupant les couches profondes rétiniennes de la région interpapillomaculaire. (Dessin no 1).

*Oeil gauche*: trois petites lésions rondes atrophiques pigmentées de chorio-rétinite paramaculaire ancienne. (Dessin no 2).

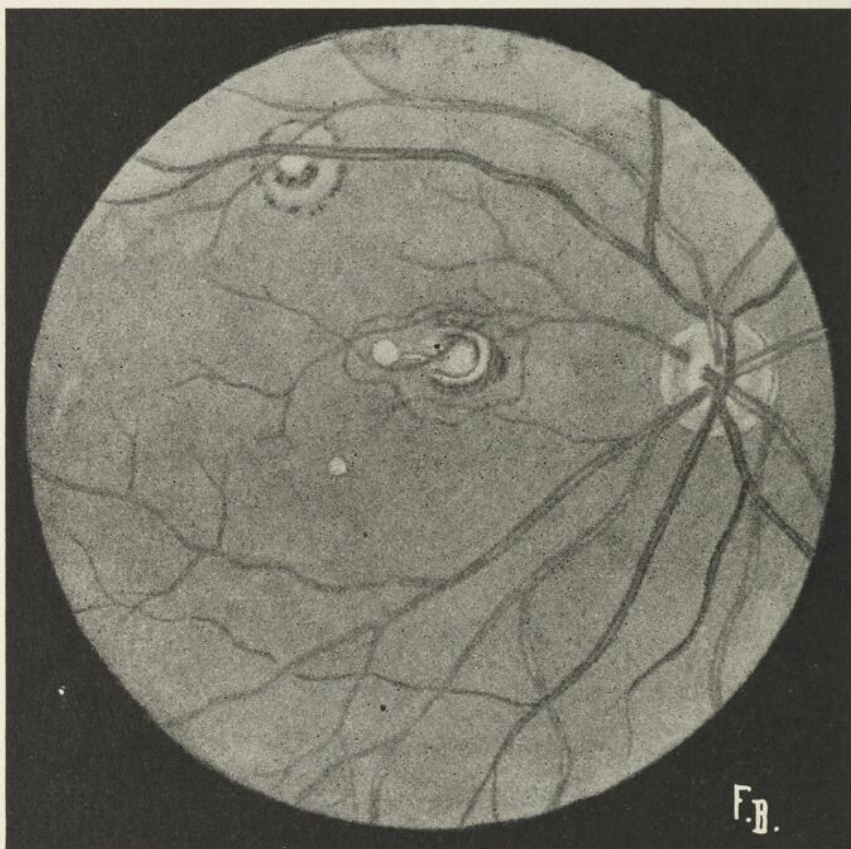
A l'interrogatoire, nous apprenons que nos confrères défunts, les docteurs Lasalle et Bédard, traitèrent déjà le dit malade pour une chorio-rétinite de l'oeil gauche, avec de la tuberculine allemande.

L'examen pulmonaire ne révéla rien de particulier. Toutefois la radiographie montra des hiles chargés. Pas d'élévation de température. Aucune transpiration nocturne. Léger amaigrissement.

B. W. négatif dans le sang, par contre la réaction de Nègre et Boquet fut fortement positive.

L'examen oto-rhino-laryngologique ne donna rien d'anormal.

Nous nous arrê tâmes à la possibilité d'un tuberculeux super-infecté.



*Dessin No 2*

Trois petits foyers cicatriciels de chorio-rétinite tuberculeuse.  
Oeil gauche. Malade No 1.

L'oeil droit est soumis à l'atropine. Le port de verres fumés recommandé.

Repos et diète généreuse.

Nous commençâmes le traitement à l'antigène méthylique dilué à raison de deux injections sous-cutanées de  $\frac{1}{4}$  de c.c. par semaine durant trois semaines.

Le 6 juin 1935. Les lésions de l'oeil droit sont très atténuées, la couche sanguine moins dense et l'exsudat presque disparu. Nous augmentons la dose à 1 c.c. deux fois par semaine durant trois semaines.

Le 17 juillet 1935. L'exsudat est résorbé, seule persiste une légère couche sanguine des couches profondes rétiennes.

La température prise régulièrement matin et soir a très rarement donné une élévation de 1 degré.

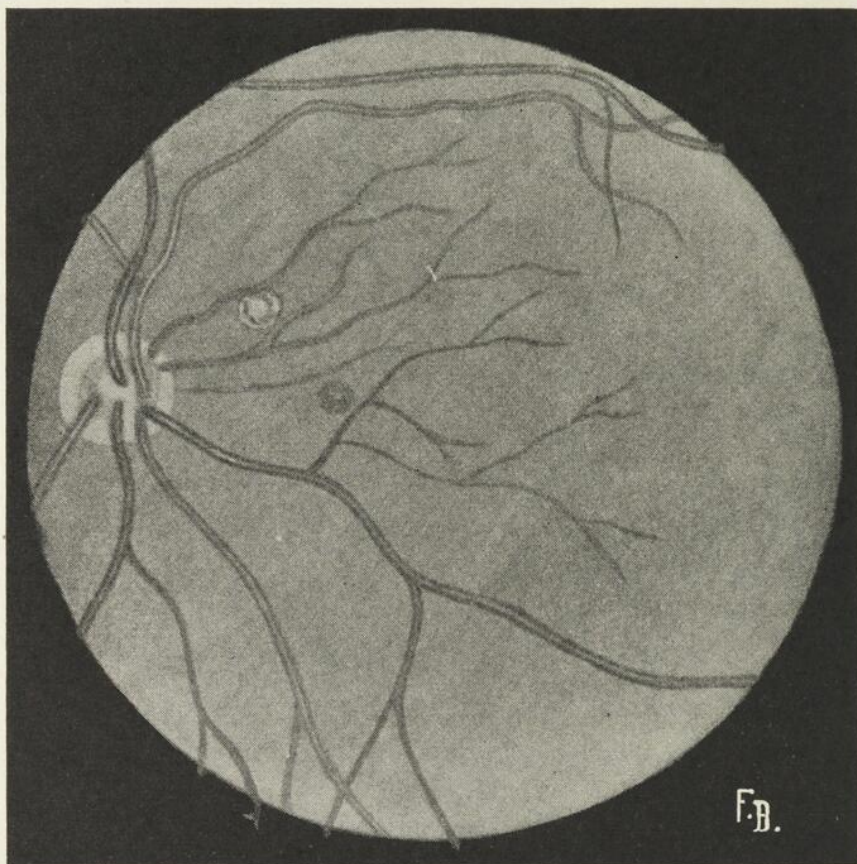
L'alimentation riche et généreuse, la vie au grand air, le repos physique complet, aidèrent aussi sans aucun doute, notre malade qui gagna six à sept livres de poids.

En novembre 1935. L'oeil présentait l'aspect cicatriciel du dessin No 3, zone atrophique ronde pigmentée.

Nous donnâmes environ trente injections et nous ne dépassâmes jamais 1 c.c. à la dose.

Le 18 janvier 1936. L'oeil droit se maintient bien, le gauche présente une petite hémorragie para-musculaire qui explique le léger voile dont se plaint le malade dans cet oeil. Nouvelle série de douze injections sous-cutanées de  $\frac{1}{4}$  de c.c. d'antigène méthylique dilué à raison de deux injections par semaine. Le malade guérit sans laisser trace de son hémorragie.

Sous observation durant trois ans, le malade n'a jamais présenté de récurrence chorio-rétinienne, nous pouvons donc le considérer guéri.



*Dessin No 3*

Le foyer tuberculeux de l'oeil droit du malade no 1 est cicatrisé.

## OBSERVATION II.

Mlle Agathe T . . . , âgée de 25 ans, institutrice à la campagne, vient nous consulter le 8 février 1939, pour difficulté à lire et à faire son enseignement. Depuis une semaine il y a flou devant son bon oeil, le droit.

V. o. dr. = 20/80 faible sans correction possible.

V. o. gau. = compte les doigts à 5 pieds sans correction possible. La malade aurait perdu la vision de l'oeil gauche presque subitement il y a cinq ans.

## FUNDUS —

Oeil droit: une petite lésion blanc-jaunâtre voilée d'œdème et surmontée de deux petites hémorragies en rature. Le tout reposant sur une tache sombre hémorragique de grandeur papillaire siégeant dans les couches profondes rétiniennes. (Dessin No 4).

Oeil gauche: chorio-rétinite maculaire cicatricielle (zones périmaculaire et maculaire en dystrophie, aucune trace de fovea). Toute la région est d'un gris sale.

Scotome central à gauche très net, à droite léger.

Examen général par le docteur Dandurand.

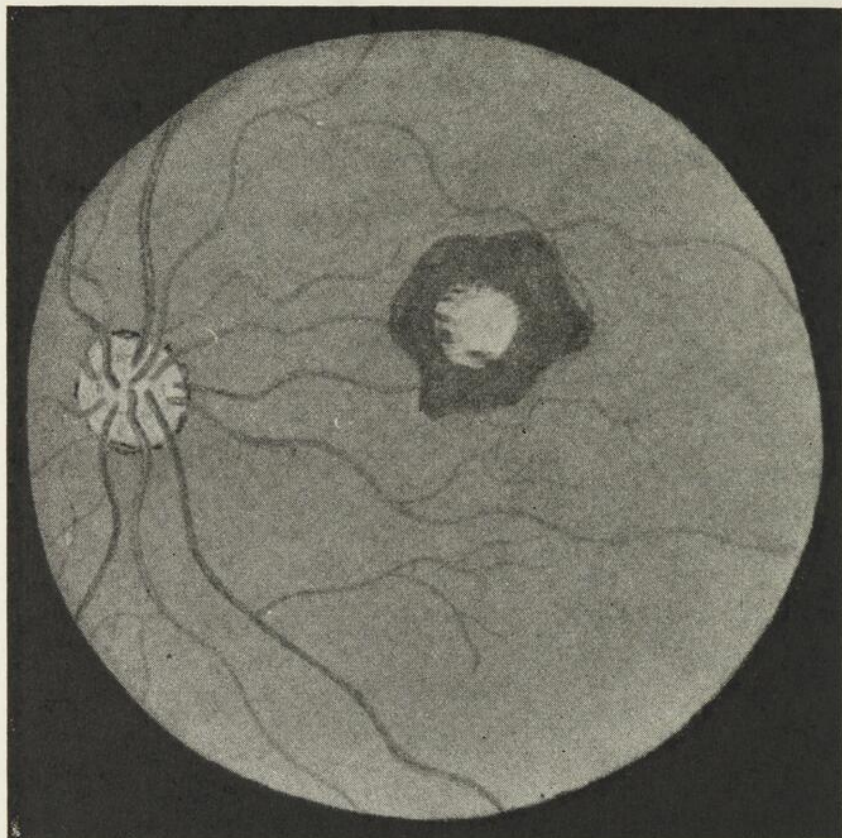
Aucune trace de tuberculose dans la famille. Histoire d'érythème noueux il y a un an. Transpiration nocturne et amaigrissement récent.

Adénopathie cervicale très prononcée.

Hypertrophie amygdalienne simple sans cryptes caséuses. Rien au nez.

Coeur excellent.

Poumons: respiration douteuse aux sommets (broncophonie).



*Dessin No 4*

Un petit foyer de chorio-rétinite tuberculeuse reposant sur une hémorragie choroïdienne. Oeil droit. Malade No 2.

La radiographie pulmonaire montre des hiles très chargés.

Abdomen: rien à noter.

Sang: Le B. W. et le Kahn = négatifs.

La fixation du complément pour la tuberculose (Nègre et Boquet) fortement positive.

Soupçonnant la tuberculose, nous tentons le traitement à l'antigène méthylique dilué à raison de deux injections par semaine de  $\frac{1}{4}$  c.c. Aucune réaction générale.

Fundus le 17 février 1939. (Dessin No 5) (a).

L'exsudat qui voilait la lésion profonde chorio-rétinienne est disparu, résorbé. On voit une petite lésion ronde bien délimitée, d'un blanc-jaunâtre tranchant sur la zone hémorragique sous-jacente. Déjà la malade accuse une amélioration de sa vue.

Le 24 février 1939. (Dessin No 5) (b).

Après la cinquième injection de  $\frac{1}{4}$  de c.c.

Le petit exsudat se résorbe et prend l'aspect d'une perle grisâtre.

Le 7 mars 1939. (Dessin No 5) (c).

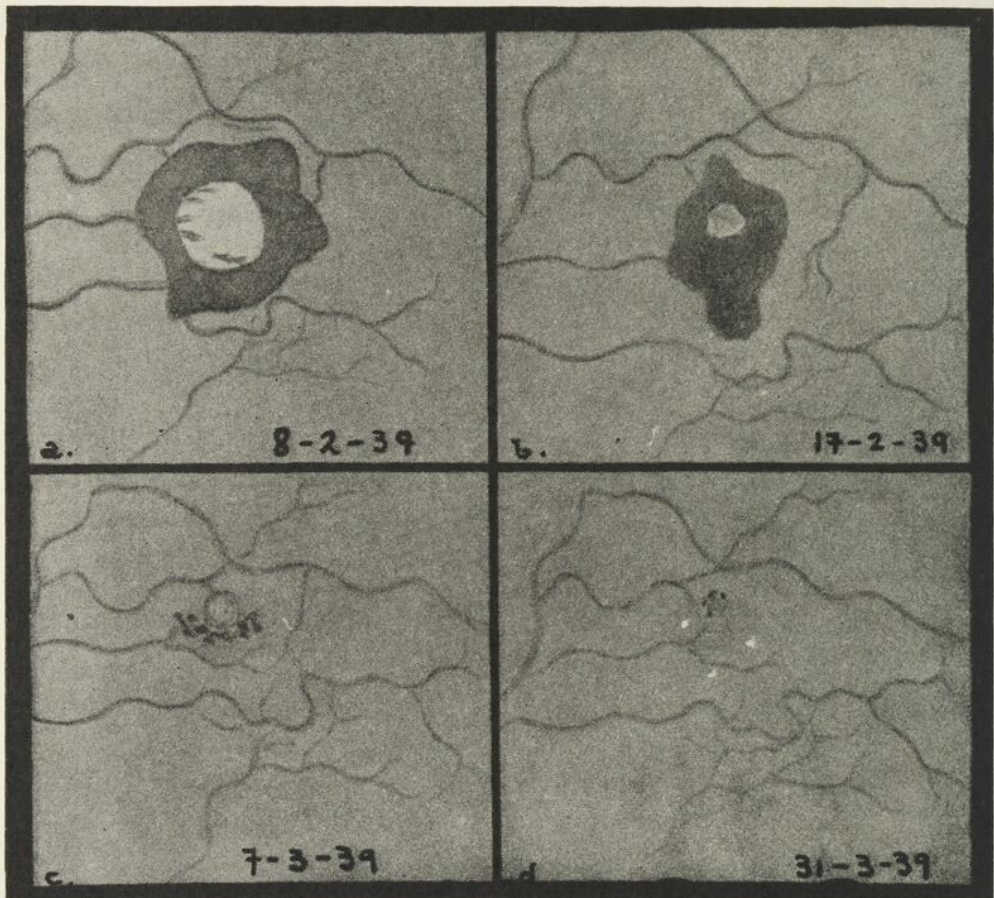
Après la troisième injection de  $\frac{1}{2}$  c.c. il ne reste plus qu'une perle grise supra-maculaire (image renversée) et quelques points blancs grosseur tête d'épingle et quelques points hémorragiques.

Le 31 mars 1939. (Dessin No 5) (d).

Après la 9e injection de  $\frac{1}{2}$  c.c., la perle grise est très petite, la zone périmaculaire et maculaire se nettoie. Les vaisseaux maculaires très distincts, 3 petits points blancs de capillarite le long des vaisseaux maculaires.

La malade compte les doigts à 30 pieds. 20/40.

Nous pouvons espérer mieux d'ici quelques jours.



*Dessin No 5*

Evolution de la lésion de l'oeil droit jusqu'à guérison. Malade No 2.

## CONCLUSIONS

- 1° Dans la première observation tout comme dans la deuxième, l'antigène méthylique a agi à la fois comme agent de diagnostic et de traitement.
- 2° L'hémorragie survenue dans l'oeil gauche guéri de notre premier malade prouve une fois de plus que certaines hémorragies spontanées à étiologie inconnue survenant chez les sujets jeunes, peuvent très souvent être rattachées à des lésions vasculaires tuberculeuses.  
Ici encore, l'antigène a permis une résorption rapide.
- 3° Ayant moi-même usé de la tuberculine allemande autrefois, je n'hésite pas à déclarer l'antigène méthylique d'un maniement beaucoup plus facile, exposant moins le malade à des réactions générales, locales et focales.
- 4° A noter chez nos deux malades aucune lésion pulmonaire mais une radiographie pulmonaire montrant des hiles chargés, une réaction de Bordet-Wassermann négative, une déviation du complément pour la tuberculose fortement positive, aucune foyer infectieux ailleurs.

Nous nous arrêtons au diagnostic de superinfection tuberculeuse, nous avons institué un traitement en conséquence et nous croyons par l'évolution de la maladie ne pas avoir fait fausse route.

## BIBLIOGRAPHIE

1. MAGITOT et D'AUTREVAUX — Société française d'Ophtalmologie, 1928.
2. COLRAT — Société française d'Ophtalmologie, 1931;
3. WORMS — Société d'Ophtalmologie de Paris, 1932.
4. BEAUVIEUX — Société française d'Ophtalmologie, 1933.
5. DELLILLE, HILLEMAND et LESTOGUAY — Revue de la tuberculose, p. 433, juin 1924.

## NOTIONS ÉLÉMENTAIRES SUR L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE <sup>1</sup>

Par RENÉ LEBEAU

Assistant bénévole au service d'anesthésie.

L'anesthésie générale peut se définir ainsi: un état caractérisé par la suppression passagère de la sensibilité et des fonctions psychiques et motrices. Pourquoi le terme d'anesthésie générale? C'est pour l'opposer à celui d'analgésie, qui désigne seulement la perte de la sensibilité douloureuse. C'est encore pour ne pas le confondre avec celui d'anesthésie locale ou spinale.

Ce phénomène de narcose, où se trouve pour un moment abolie la vie de relation, est obtenu habituellement par inhalation de substances gazeuses, mais il existe d'autres narcotiques dont le mode d'introduction dans l'organisme peut être différent.

Quelles seront donc les qualités qui donneront droit de cité à tout agent anesthésique en ce domaine où confinent, en quelque sorte, la vie et la mort apparente?

- A — Il doit produire l'inhibition complète et temporaire des facultés cérébrales et sensitives.
- B — Sur les processus vitaux et sur les organes essentiels, comme le foie, le cœur et les reins, il doit porter le moins d'atteinte possible.
- C — Ses propriétés physiques doivent rendre facile son administration.
- D — Ses effets immédiats seront, en tout temps, sous le contrôle de l'anesthésiste.
- E — Le choc général doit être réduit au minimum.

<sup>1</sup> Travail du service d'anesthésie de l'Hôtel-Dieu.

Comment les vapeurs ou les gaz anesthésiques passent-ils des voies aériennes jusque dans l'intimité du milieu sanguin? Ce transport, qui est l'absorption, s'accomplit dans le temps, en plusieurs étapes; ce n'est point quelque chose d'instantané. Volontiers il s'établit un courant entre l'air inspiré et l'air des alvéoles pulmonaires, à la condition qu'il y ait complète liberté dans l'acte de la respiration externe. L'air qu'inspire le patient équivaut, en volume, seulement au cinquième de l'air que les poumons contiennent. Au tout début, il est évident que la dilution du narcotique est considérable; cela nécessite un certain nombre de mouvements inspiratoires pour rendre la concentration des vapeurs anesthésiantes, au sein des alvéoles, égale à celle de l'air inspiré.

Pour une part, le phénomène d'absorption, qui est d'ordre physique, correspond fidèlement à la première partie de la loi de Henry, qui remonte à 1803 et dont l'énoncé est le suivant: « Pour un liquide et un gaz déterminés, ainsi que pour une température donnée, le volume de gaz dissous est proportionnel à la pression du gaz et à un coefficient spécifique pour le liquide et le gaz considérés, que l'on nomme coefficient de solubilité. » Ce dernier, selon une formule concise de M. Nieloux, est le volume de gaz dissous dans l'unité de volume du dissolvant, à la pression atmosphérique normale.

En ce qui concerne la diffusion des gaz à travers une membrane perméable — ici c'est la paroi alvéolaire, dont la texture est infiniment délicate — la pression partielle doit être la même de chaque côté. Avec le chloroforme et l'éther, le processus est lent, car la pression extérieure excède à peine celle qui se trouve à l'intérieur. En présence du protoxyde d'azote et du cyclopropane, la tension partielle devient vite élevée dans les cavités alvéolaires; donc l'anesthésique sera plus promptement absorbé.

Un autre facteur doit être mis en lumière dans la fixation des anesthésiques par le sang: la dissolution des gaz

au sein des liquides. La seconde partie de la loi de Henry s'applique-t-elle ici d'une manière adéquate? Les recherches expérimentales répondent par l'affirmative. Opérant avec l'éther dissous dans le sang *in vitro*, Shaffer et Ronzoni concluent que le coefficient de solubilité chez l'homme comme chez le chien s'avère sensiblement le même, dont les chiffres oscillent entre 13 et 15; en ce qui regarde l'eau, ce rapport de distribution ne paraît diminué que dans les proportions de 6 à 7%. Et les travaux ultérieurs d'Ethel Ronzoni, en 1923, effectués sur le chien, cette fois *in vivo*, apportent des résultats identiques. De ces constatations, il n'y a qu'un pas à franchir pour pénétrer sur le terrain de la physiologie humaine.

Il reste à se demander quel est l'élément du sang qui contribue le plus à fixer les anesthésiques? D'après L. Scotti-Foglieni, c'est l'hémoglobine. Aussi leur affinité semble plus grande pour les hématies que pour le milieu plasmatique. J'emprunte les précisions qui suivent à M. Nicloux :

	Globules rouges	Plasma
Chloroforme .. .. .	88%	12%
Chlorure d'éthyle .. .. .	73%	27%
Protoxyde d'azote .. .. .	64%	36%
Ether .. .. .	52%	48%

Depuis longtemps, les expériences de Claude Bernard — je laisse de côté les détails de cette étude — ont démontré, une fois pour toutes, que l'anesthésie générale se réalise par l'intermédiaire du système nerveux central.

Quelles sont les régions premières à subir l'action des anesthésiques? Voici un ordre chronologique qui, pour la majorité des auteurs, s'accorde très bien avec la réalité. Ce sont, au début, les parties les plus hautement différenciées des hémiphères cérébraux: le lobe préfrontal, où résident les puissances de la vie intellectuelle. Le patient ne peut plus

# UROPRAZINE

GRANULÉ EFFERVESCENT

ÉLIMINE L'ACIDE URIQUE

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


INDICATIONS : Goutte, Gravelle, Rhumatisme, Sciatique.

*Distributeurs:*

**HERDT & CHARTON, INC.**

2027, AVENUE MCGILL COLLEGE - MONTRÉAL

Flacons de 150 et 275 grammes.



*docteur,  
vous tenez  
la guérison  
des Nerveux*

## Neurène

# Aggcholine

GRANULÉ SOLUBLE

## CHOLECYSTITES CHRONIQUES CONGESTION DU FOIE

LITHIASE BILIAIRE  
ICTÈRE & CHOLÉMIE

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

D'origine hépatobiliaire

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

Laboratoires du DOCTEUR  
ZIZINE 24-26 RUE de FÉCAMP (PARIS - XII<sup>e</sup>)

MILLET ROUX & CIE, LIMITEE

1215 RUE ST-DENIS

MONTREAL

**DÉCONGESTIF VEINEUX · SÉDATIF NERVI**

# LORAVINE

Gouttes pour le traitement interne des  
**VARICES — PHLÉBITES**  
**HÉMORROÏDES — VAPEURS**  
**TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE.**

**FORMULE**

Marron d'Inde .....	0 gr.26	Valériane .....	0 gr.04
Hydrastis .....	0 gr.10	Anémone .....	0 gr.10
Hamamélis .....	0 gr.16	Chlure de Magnésium	0 gr.03

Véhicule spécial q.s. 1 cc.

1 cc. — 40 gouttes

Contenance 30 cc.

**DOSE MOYENNE:** 20 à 25 gouttes deux fois par jour aux repas, dans un peu d'eau, sucrée à volonté. Interrompre le traitement 8 jours par mois.

Lab<sup>res</sup> L. LAURIN, 86 Boul<sup>d</sup> de Port-Royal, PARIS, FRANCE

*Concessionnaires pour le Canada:*

**ROUGIER FRÈRES**

350, rue Le Moyne,

Montréal

## SPÉCIALITÉ PHARMACEUTIQUE

### ELIXIR POLYBROMURE

(Sans sucre)

(Une cuillerée à bouche de 20 grammes renferme 3 grammes de Bromure de Potassium, Sodium et Ammonium, associés à des Teintures amères et toniques.)

●  
**Mode d'emploi:** 1 à 2 cuillerées à thé dans un peu d'eau toutes les trois heures.  
Présentation: 240 c.c.

La Pharmacie d'Ordonnances

**ARTHUR HIRBOUR**

ci-devant Bisailon-Hirbour

35 ans d'expérience dans l'exécution exclusive d'ordonnances de Médecins. — Nous n'employons que les produits chimiques supérieurs.

Angle Saint-Denis et De Montigny

Téls: LA. 7356 - PL. 0305

Montréal

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

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

## La Diététique

OUVRAGE ÉCRIT  
EN COLLABORATION

**\$2.50**

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

## ARTHRITES - SYNOVITES - FIBROSES

Un des principes fondamentaux du traitement de ces affections consiste en l'application locale, prolongée de la chaleur humide, au moyen d'un cataplasme aseptique, d'une efficacité certaine, soit:

### **ANTIPHLOGISTINE**

Adjuvant précieux de l'ÉLECTROTHÉRAPIE  
dont il contribue à renforcer l'action.

THE DENVER CHEMICAL M'F'G CO.

153, LAGAUCHETIERE OUEST . . . . . MONTREAL

*L'Antiphlogistine est fabriquée au Canada.*

## **La Prévoyance est basée sur l'économie . . .**

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

### **LA BANQUE PROVINCIALE DU CANADA**

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

Soyez prévoyants et ouvrez un Compte d'Épargne à

## **LA BANQUE PROVINCIALE DU CANADA**

SOUTIEN DU COEUR

# CORAMINE

“CIBA”

CARDIO-TONIQUE

d'action rapide, énergique et durable



## Gouttes

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

20 à 100 gouttes  
par 24 heures.

## Ampoules

Indications d'urgence —  
Toute défaillance aiguë du  
myocarde:

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



COMPAGNIE CIBA LIMITÉE, 759 Carré Victoria, Montréal

H E P A T R O L

E  
P  
A  
T  
R  
O  
L

# HEPATROL

Extrait de Foie de veau frais

Toutes anémies et insuffisances hépatiques.

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

**2 Formes :** AMPOULES BUVABLES  
AMPOULES INJECTABLES

LAB. ALBERT ROLLAND

PARIS

# SOLUCAMPHRE

DELALANDE

Camphre en Solution aqueuse

Même Posologie, mêmes indications que

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

**2 Formes :** SOLUCAMPHRE SIMPLE  
SOLUCAMPHRE SPARTEINE

MILLET ROUX & CIE, LIMITEE

1215 RUE ST-DENIS

MONTREAL

# SILICRINE

Pour favoriser une digestion complète stomacale, pancréatique et intestinale.

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

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

## Trisilicate de Magnésie:

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

## Ferments Enterokinase et Prosecretine:

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

## Action:

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

## Propriétés Médicinales:

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

## Toxicité:

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

## Mode d'emploi:

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

Préparé par

# TRISILEX

Pour favoriser une digestion stomacale complète

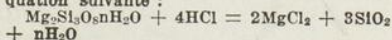
Le Trisilex est un Trisilicate de Magnésie C. P. préparé spécialement pour combattre l'hyperacidité de l'estomac en favorisant une digestion stomacale complète.

Maud a défini le Trisilicate de Magnésie comme étant un composé synthétique ayant pour formule  $H_2Mg_2Si_2O_7$ , sous forme de cristallins de très petites dimensions colloïdales beaucoup plus petites en grosseur que celles du kaolin dans les variétés les plus raffinées que l'on puisse obtenir.

## Action de Trisilex:

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

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



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

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

## Toxicité:

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

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

## Indications Thérapeutiques:

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

## Mode d'emploi:

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

Préparé par

**ASGRAIN & CHARBONNEAU**  
Limitée

MONTRÉAL

# PAIX et BONHEUR

Vous Sont Assurés . . . Si Vous

*Pratiquez  
l'Economie!*



## LA BANQUE D'ÉPARGNE

DE LA CITÉ ET DU DISTRICT DE MONTRÉAL

Fondée en 1846

*Coffrets de sûreté à tous nos bureaux*

SUCCURSALES DANS TOUTES LES PARTIES DE LA VILLE

5529

Essayez L'Ohio

# CYCLOPROPANE

Dans les NOUVEAUX CYLINDRES  
FINIS CHROMÉS.

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

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

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

**COMPAGNIE D'OXYGÈNE DU CANADA**

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

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

Téléphone: Willbank 1728



## À VOTRE DISPOSITION

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

**BANQUE CANADIENNE NATIONALE**

537 bureaux au Canada

66 succursales à Montréal

LA PREMIÈRE PIPÉRAZINE SULFAMIDÉE

# SULFORAZINE

Granulé Effervescent Urolytique et Antiseptique

## RHUMATISMES

### GOUTTE - ARTHRITISME

Flacon de 95 grammes et Flacon de 200 grammes.

J. EDDÉ Limitée, Edifice New Birks, MONTRÉAL.

*La fin d'une légende*

PAN S U L I N E  
F E R N E T



## L'EFFICACITÉ de L'INSULINE

### PAR LA VOIE DIGESTIVE

### DÉMONTREE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE DU 12 JUILLET 1937  
mention très honorable

Demandez un exemplaire à

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

Clio, Muse of History—Rome, Vatican Museum



## ... PLUS DE 200 COMMUNICATIONS

Depuis sa présentation à la profession médicale, il y a déjà six ans, le NEMBUTAL a été l'objet de 200 études et d'un nombre considérable de références dans la presse médicale.

Le NEMBUTAL, sa pharmacologie, sa valeur thérapeutique et son utilité incontestée sont désormais parfaitement établies. C'est ainsi que l'on sait qu'en comparaison avec les autres barbituriques le NEMBUTAL présente le maximum d'efficacité sous la dose minimum et la marge de sécurité pratique la plus élevée. Non seulement le chirurgien, mais le médecin doivent faire appel à ses propriétés uniques; c'est ainsi que dans tous les cas d'insomnie, d'éclampsie, d'empoisonnement à la strychnine, d'hystérie, etc., le NEMBUTAL est le médicament de choix.

De plus amples détails et références seront fournis  
sur demande.

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

# NEMBUTAL ABBOTT

TRAITEMENT DES MALADIES INFECTIEUSES  
FIÈVRE PUERPÉRALE, PHLÉBITES

par la

**LIPOSEPTINE**

Antitoxine Polyvalente

L'innocuité de la Liposeptine est absolue

LABORATOIRES DE LA LIPOSEPTINE

2, Place des Vosges, Paris, France.

Agents exclusifs:

**HERDT & CHARTON, INC.**

2027, AVENUE MCGILL COLLEGE

MONTRÉAL

MALADIES INFECTIEUSES DES VOIES URINAIRES

● **URICLARINE** ●

Hexaméthylène Tétramine

Salicylate de Phényle

Chlorure d'Ammonium

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

L'Uriclarine

*permet un régime végétarien et un régime de boisson normale.*

LABORATOIRES BRISSON, Paris

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

L.A. 2421  
4913

raisonner avec suite ; ses impressions du monde extérieur se dissolvent successivement ; sa volonté, son imagination et sa mémoire se troublent. C'est une sorte d'ivresse, « une hypertrophie du moi », selon Charles Richet.

A son tour, le cervelet est touché aussi bien que l'appareil labyrinthique, d'où originent la fonction de l'équilibre et le sens musculaire ; celui-ci porte les synonymes de conscience musculaire (Duchenne), de sens stéréognostique (Hoffman) ou de sens de l'énergie mentale motrice (Dana). Le sujet remue la tête et les membres ; mais il n'est pas maître de la direction et de l'étendue de ses mouvements, ressemblant à ceux d'un automate : il les exécute sans cohérence ni but arrêté. A la station verticale, il aurait une attitude ébrieuse.

Après quoi, le goût, l'odorat et la vue s'émeussent. Il est un fait à l'évidence duquel il ne faut pas se soustraire. C'est que parmi les sens externes, dont le neurone supérieur paraît situé dans l'écorce de la région préfrontale, l'audition est le dernier à ne plus manifester son activité. C'est pourquoi le silence s'impose à la phase initiale de l'anesthésie. Qu'à ce moment la sensibilité douloureuse, dont la source principale occupe la circonvolution pariétale ascendante, soit éteinte en totalité, cela demeure un point en litige.

Peu à peu, le tonus des muscles volontaires disparaît ; cette tonicité — un genre de contraction dans le repos (Crocq) — est un réflexe possédant comme centres, d'après les conceptions de Grasset, le faisceau pyramidal de la moelle, le cortex, certains noyaux de la base et du mésocéphale.

A ce stage, tous les mouvements sont supprimés, hormis ceux de la circulation et de la respiration ; celle-ci régulière devient superficielle, en raison d'un abaissement dans la force des muscles expirateurs.

Et les réflexes oculaires s'évanouissent l'un après l'autre.

Quant aux fonctions vitales, que l'on place dans le bulbe tout près du quatrième ventricule, elles paraissent mieux respectées que les autres au cours d'une anesthésie normale; l'atteinte grave de ces régions est un épiphénomène que toujours il importe d'éviter.

Comment expliquer cette tendance spéciale des narcotiques envers le système nerveux? Récemment, M. Nicloux et ses collaborateurs: Mme Frison-Laborde, G. Fourquier, A. Yavanovitch ont, derechef et avec précision, confirmé l'opinion émise par J. Pohl, il y a 48 ans, à savoir que c'est le tissu nerveux, sauf bien entendu le pannicule adipeux, qui absorbe le plus d'anesthésique. Et cela parce qu'il renferme le plus de lipides (lécithine, cholestérine ou graisse). Voici, pour illustrer cette hypothèse, quelques chiffres de M. Nicloux; il calcula en milligrammes la quantité de chloroforme et d'éther contenue dans cent grammes de tissus, chez des chiens qui reçurent une dose mortelle.

	Chloroforme	Ether
Cerveau .. .. .	54	158.5
Bulbe .. .. .	80	156
Foie .. .. .	49.5	124
Reins .. .. .	44.5	134
Coeur .. .. .	40	138
Rate .. .. .	33.5	121
Muscles .. .. .	20.5	110

En fin de compte, quel est le mécanisme de l'anesthésie? Quelle est la cause intime de ce pouvoir admirable de soustraire à la conscience et à la douleur le patient durant l'acte chirurgical? A l'heure actuelle, les réponses au problème n'offrent pas de certitude scientifique.

La théorie de Meyer-Overton, à considérer la fixation de l'anesthésie dans l'organisme, donne une solution satisfaisante. Je cite le texte original, celui de Hans Meyer :

« A — Toutes les substances chimiques, même indifférentes, qui solubilisent les corps gras ou les corps semblables aux graisses, doivent agir comme narcotiques sur le protoplasma vivant dans la mesure où ils peuvent s'y diffuser.

« B — Cette action s'exercera tout d'abord et d'une façon particulièrement intense sur les cellules dans lesquelles prédominent les lipides et où ceux-ci constituent le support de la fonction cellulaire : en premier lieu sur les cellules nerveuses.

« C — La puissance d'action des différents narcotiques doit être en rapport avec leur affinité physique respective pour les lipides d'une part, pour les autres constituants de l'organisme, et principalement pour l'eau, d'autre part ; ce qui revient à dire que c'est leur coefficient de partage qui règle leur répartition dans un mélange d'eau et de lipides. »

En ce qui a trait à l'état d'hypnose, il découlerait, selon M. Nicloux, « d'une suspension du fonctionnement cellulaire ». R. S. Lillie attribue cette dernière à un processus physique : sous l'influence de l'anesthésique, la cellule devient moins perméable ; il s'ensuit partant une diminution notable quoique temporaire des échanges dans le protoplasme. Pour L. Lapique et R. Legendre, le processus d'ordre mécanique est une espèce de coagulation colloïdale de la cellule.

Ces prémisses étaient indispensables pour aborder, avec plus de facilité et de compréhension, les phénomènes cliniques en cours d'anesthésie.

Laissez-moi, dès maintenant, vous tracer un tableau sommaire des réflexes oculaires, témoins précieux pour l'anesthésiste. Un brin d'anatomie, au sujet du système d'ouverture et de fermeture des yeux, ne semble pas hors de propos. Ce sont les paupières qui assurent la protection des globes oculaires. L'élévateur de la paupière supérieure, innervé par un filet du moteur commun, et l'orbiculaire recevant un rameau du facial supérieur, accomplissent un travail antagoniste : la contraction de l'un et le relâchement de l'autre commandent chaque mouvement d'ouverture et de fermeture. Les deux nerfs, qui actionnent ces muscles, ont un centre cortical : le premier au niveau de l'étage inférieur du lobe pariétal, le second dans la région pariétale rétro-rolandique ; mais leur origine réelle se localise aux noyaux bulbaires.

Chacun sait quel procédé met en relief le réflexe ciliaire. C'est chose bien facile. Il suffit d'effleurer le bord des cils : aussitôt les paupières cherchent à se fermer.

Ainsi que le précédent, le réflexe conjonctival renseigne très peu en pratique, car la disparition de l'un et de l'autre indique une anesthésie à peine ébauchée. Nonobstant, il est bon d'en prendre connaissance. Pendant que l'index relève et maintient en place la paupière supérieure, le médius touchera avec délicatesse le côté interne de la conjonctive. Dans le cas où l'anesthésie est légère, les yeux auront tendance à se clore avec une certaine vivacité ; si l'anesthésie est plus poussée, on observera une contracture lente de l'orbiculaire.

Quel est le mode de production de ces réflexes ? La voie centripète, constituée par le nerf optique, conduit aux centres de réflexion, qui sont les tubercules quadrijumeaux ; le retour se fait par la voie centrifuge, que figure le nerf protecteur des yeux.

Un procédé semblable permet aisément de se rendre compte de la présence ou de l'abolition du réflexe cornéen.

La paupière supérieure étant fixée en haut grâce à l'index, la pulpe du médius de la même main imprimera à la surface de la cornée une excitation douce. S'il y a réflectivité, on constatera l'occlusion plus ou moins prompte de la fente palpébrale. Du fait qu'un doigt retient même pour un instant la paupière supérieure, souvent seule est visible la contraction de la paupière inférieure. En vue de prévenir toute inflammation oculaire, la mise en évidence de ce réflexe demande beaucoup de discrétion; ne pas le prendre trop fréquemment ou avec trop de vigueur.

Un mot de l'arc de ce réflexe. Le trijumeau est la voie centripète; le nerf d'ouverture et de fermeture représente la voie centrifuge; les centres de réflexion occupent le ganglion de Gasser, les noyaux bulbaires du facial et de l'oculaire commun.

Il reste à mentionner le réflexe pupillaire. Pendant une dizaine de secondes, on laisse abaissée la paupière supérieure, puis rapidement on la relève; sous l'action de la lumière, apparaît une contraction plus ou moins forte du sphincter de l'iris. L'absence de ce réflexe, très difficile à juger parfois, est l'annonce de quelque danger.

Le muscle irien fonctionne par l'intermédiaire d'un filet croisé de la troisième paire, qui est le nerf de fermeture; sa dilatation dépend des fibres du grand sympathique cervical. Ici, le centre de réflexion réside dans la moelle cervicale et les tubercules quadrijumeaux.

J'esquisserai, à présent, les étapes que parcourt d'ordinaire un sujet anesthésié. Elles se divisent au nombre de trois.

La première, durant laquelle le patient garde encore conscience de ses actes, présente ce signe: les mouvements de déglutition perçus au larynx témoignent déjà d'un certain effet de l'agent anesthésique. La peau ne change pas

de coloration. Les yeux demeurent habituellement clos. Il est possible que la respiration s'accélère un peu.

Bientôt commence la seconde phase, celle où le patient perd réellement contact avec les choses et les personnes qui l'entourent. Ici, on peut assister à une excitation motrice très intense; parfois, c'est une loquacité surabondante, traduction d'un automatisme cérébral libéré de tout contrôle supérieur. Ces phénomènes se font rarissimes, chez ceux qui ne sont pas adonnés à la nicotine et à l'éthylisme ou bien chez ceux dont le système nerveux est en parfait équilibre; il en est de même avec un anesthésique approprié, tels le chlorure d'éthyle, le protoxyde d'azote et le cyclopropane. Ce qui s'observe le plus couramment, c'est une raideur des membres qui tendent à quitter la table, ou un déplacement brusque de la tête qui essaie de laisser l'oreiller.

Quant au rythme respiratoire, il devient alors un peu irrégulier: des pauses légères suivent l'inspiration. La face conserve sa couleur normale; toutefois, une teinte bleuâtre peut la masquer lorsque le sujet, qui s'agite, retient trop énergiquement sa respiration. Quelle ligne de conduite à adopter, à l'occasion de cet incident qui ne comporte rien de sérieux? Cesser un moment l'anesthésie et donner quelques bouffées d'air.

Les yeux étant ouverts, on voit les globes oculaires tourner lentement en chaque direction, surtout sur le plan horizontal. Les pupilles sont larges le plus souvent, avec réaction parfaite à la lumière. Au niveau des réflexes conjonctival et cornéen, que s'est-il passé? Aucun changement: leur vivacité n'a pas diminué.

Voici que le patient arrive à la troisième période, que l'on désigne sous le nom de phase chirurgicale. Il y a relâchement complet des muscles de la vie de relation: le cou n'offre plus de résistance et les membres se laissent choir spontanément sur la civière.

La respiration se régularise et s'accuse plus ample. Notez que l'anesthésie à l'éther produit quelquefois une expiration soufflante, très caractéristique.

Sur la coloration des téguments, il y a peu à dire. C'est le choix de l'anesthésique qui la fera varier : elle se rapprochera de la normale avec l'éther et le cyclopropane ; elle sera bleutée avec le protoxyde d'azote ; elle sera plus pâle avec le chloroforme, associé à l'éther sous forme de mixture.

Les paupières restent fermées. Les globes oculaires regardent en avant, inclinés vers le bas ; s'ils deviennent fixes, cela signifie que l'anesthésie est profonde ; s'ils cherchent à « bomber », leur convexité étant plus accentuée, il faut soupçonner un début d'intoxication.

La pupille peut présenter divers diamètres ; l'injection préalable de morphine a pour effet coutumier de la rétrécir. Le plus important, c'est la présence du réflexe à la lumière. Une pupille à peine dilatée, qui réagit rapidement, ne cause pas de crainte ; une pupille punctiforme, sans réflexe cornéen, révèle par contre une dose trop forte.

A quel moment l'état de narcose est-il suffisamment poussé, qu'il permette au chirurgien de procéder à l'intervention ? Négligeant le réflexe conjonctival qui disparaît de bonne heure, l'anesthésiste s'en reporte au réflexe cornéen qui doit être absent ou tout juste présent, sans dilatation pupillaire. Mais est-ce que ce signe repose de toute inquiétude ? Si l'incision cutanée ne provoque aucun mouvement de la part du sujet, cela peut marquer un sommeil anesthésique qui convienne dans le cas d'une opération extra-abdominale, non pas pour l'ouverture du péritoine. Le guide le plus sûr, c'est l'effet du trauma, en l'occurrence la section de la peau, sur l'ampleur, la fréquence et la régularité de la respiration. Celle-ci, à un degré idéal d'anesthésie, devenant plus profonde et plus rapide, n'est pas troublée dans son rythme.

Il se trouve des circonstances qui exigent une dose très grande d'anesthésique, là où, comme dans la dilatation anale, il doit y avoir abolition des réflexes végétatifs; on atteint presque la limite où les frontières du sommeil et de la mort se touchent l'une et l'autre.

Un petit moyen, qui a sa valeur, est le réflexe de la peau. L'index presse le lobule de l'oreille; à cet endroit, qui blanchit, parce que le sang a fui les capillaires, le retour plus ou moins vif de la coloration à la normale indique un bon ou mauvais état circulatoire. Aussi recommande-t-on la prise de la tension artérielle au cours d'une longue et laborieuse intervention; c'est une façon de corroborer ou d'infirmer l'impression subjective du réflexe tégumentaire.

Le pouls, à l'artère radiale ou temporale, constitue un autre point de repère. Si les pulsations ralentissent au voisinage de 50 à la minute, c'est l'indice d'une dose exagérée. Si les pulsations, accompagnées d'extra-systoles, dépassent en fréquence 110 à la minute, le myocarde déjà ressent une certaine fatigue. En ce cas, l'on compte pour une excellente mesure de prophylaxie l'administration d'un sérum physiologique soit salé, soit glucosé (1000cc).

Puisque le caractère d'être passager appartient à l'anesthésie, aussitôt l'opération terminée, il paraît avantageux de rendre au patient ses réflexes oculaires, grâce à l'introduction d'oxygène dans les voies aériennes supérieures; cette ventilation pulmonaire hâte l'élimination du narcotique hors du torrent sanguin; l'organisme en demeure moins longtemps imprégné. Cela atténue les vomissements, prévient les complications organiques, permet un réveil plus prompt et plus calme.

Je résume succinctement les accidents de la narcose. Le plus dangereux, c'est la syncope. Quels en sont les prodromes? La pupille se dilate et ne réagit plus à la lumière;

les pulsations sont faibles ou imperceptibles; la respiration devient accélérée et superficielle, puis cesse soudainement.

Je serai bref à propos de la syncope primitive ou blanche, d'origine réflexe. Au seuil de l'anesthésie, une dose paradoxalement infime, surtout de chloroforme, déclenche sans cyanose un arrêt brusque et fatal du cœur par la voie du nerf laryngé dont l'influx va toucher le bulbe qui inhibe le pneumogastrique.

En quoi consiste la syncope secondaire ou automatique? A la fin de la première période, on a intensifié les doses que le courant circulatoire a transportées d'une façon massive jusqu'à la région bulbaire. L'alarme est grave. C'est le cas, par exemple, d'un sujet agité, qui crispe les mâchoires et fait de violents efforts inspiratoires. Il se cyanose; tout à coup, il pâlit et n'a plus aucun mouvement.

Le cœur fléchit parce qu'il est malade, souffrant de myocardite ou de sclérose coronarienne, et que sur le passage du canal respiratoire se rencontre une obstruction partielle due à un trouble fonctionnel ou organique.

Est-il besoin de citer la syncope tertiaire? On l'attribue à une surcharge d'anesthésique amenant l'intoxication graduelle et totale de l'organisme. La teinte bleuâtre, qui s'observe aux lèvres et à la face, montre une insuffisance définitive du ventricule droit.

Quelle est la thérapeutique du collapsus cardiaque? Sous une forme schématique, en voici les points essentiels: suspendre à l'instant toute anesthésie, assurer le libre jeu des voies respiratoires, donner à la tête une position déclive, pratiquer sans délai la respiration artificielle. En même temps, l'on aura recours aux stimulants comme l'huile camphrée, la coramine, la strychnine, l'éphédrine; ces deux dernières substances, associés à l'injection d'un sérum isotonique, possèdent une efficacité parfois étonnante.

Quelques mots seulement de la syncope bleue : un état d'asphyxie non mécanique, appelée anoxémie. Elle désigne une atteinte du centre respiratoire, avec conservation fonctionnelle du centre cardiaque. Encore ici, la respiration artificielle aura tôt fait de rétablir toutes choses dans l'ordre.

Pour clore ce chapitre, je signalerai l'asphyxie mécanique qui peut, au demeurant, avoir des causes multiples. Tantôt, c'est un serrement excessif et prolongé des mâchoires l'une sur l'autre, alors que les fosses nasales offrent un obstacle comme une déviation de la cloison ou des queues de corne. Tantôt c'est un spasme des adducteurs des cordes vocales ; l'un des symptômes révélateurs de ce phénomène, susceptible de gravité, est le « stridor laryngé ». Celui-ci serait la conséquence de mucosités de la bouche ou du pharynx qui, inspirées, vont se loger près de la glotte ; parfois, sans qu'il y ait sécrétions, il résulterait d'une dilatation utérine ou anale ou bien d'une dose intensive de narcotique durant la première phase de l'anesthésie.

Souvent, il arrive, au cours d'une opération dans le nez ou dans la cavité buccale, que le sang est capable de se frayer un chemin jusqu'au larynx ; cela crée une obstruction plus ou moins sérieuse. D'autres fois, quand les muscles masséters sont absolument relâchés, la base de la langue recouvre l'épiglotte ; ce qui n'est pas sans rétrécir le calibre du tractus respiratoire. Enfin, l'on peut avoir affaire à une tumeur, comme un goître plongeant, ou encore à une inflammation profonde du cou, exerçant une pression continue sur la trachée.

En termes de conclusion, l'on peut dire que l'anesthésie est un art autant qu'une science ; elle requiert beaucoup d'étude et un entraînement de chaque jour.

## LA THROMBOSE CORONARIENNE ET SES SYMPTÔMES

Par RODRIGUE LEFEBVRE

Assistant au service de Médecine de l'Hôtel-Dieu

Il y a actuellement une maladie à la mode qui est, plus souvent qu'à son tour, à l'ordre du jour dans les revues médicales et qui n'a pas fini de faire parler d'elle: je veux dire la thrombose coronarienne. Bien qu'il reste encore beaucoup de points obscurs à éclaircir dans cette question, elle ne se classe pas moins — par ce qu'on en connaît maintenant — parmi les plus importantes et les plus intéressantes de la cardiologie moderne.

La symptomatologie de la thrombose coronarienne est parfois d'une richesse extrême, quoique d'autres fois elle se perde dans un syndrome d'insuffisance cardiaque assez banale. On sait même que, si l'obstruction coronarienne et l'infarctus qui en est la conséquence se développent lentement et si le cœur n'a pas à travailler fort, les symptômes peuvent faire complètement défaut, même quand des zones musculaires étendues sont lésées et que les deux coronaires sont bloquées. Ils ne sont pas rares toutefois les cas où l'on peut en faire un diagnostic sûr en se basant sur les seuls symptômes cliniques.

Dans le but de rafraîchir nos souvenirs, nous allons faire la revue des symptômes tant cliniques qu'électrocardiographiques de l'obstruction coronarienne.

Dans une étude sur l'infarctus du myocarde, Donzelot partage en 2 groupes les symptômes cliniques de l'infarctus à type angineux: les *signes essentiels* et les *signes accessoires*. Cette division est commode et, semble-t-il, plus facile à retenir; c'est pour cette raison que nous l'adopterons dans l'exposé qui va suivre. Après quoi nous relaterons l'his-

toire d'une malade qui fut intéressante parce qu'elle présentait tous les signes typiques de l'infarctus myocardique, en plus d'une grande variété de troubles rythmiques que l'électrocardiogramme a mis en évidence.

— Comme signes essentiels, nous devons décrire

- a) *La douleur* : semblable à celle de l'angor pectoris, constrictive ou déchirante, mais souvent persistante, pouvant durer des heures et même des jours. Cette douleur très vive d'ordinaire peut être d'une intensité telle que le malade tombe dans une angoisse extrême et sent sa mort prochaine. Elle siège derrière le sternum ou à l'épigastre et irradie dans les bras, le dos, le cou, les mâchoires, l'abdomen, par conséquent hors des limites habituellement observées dans l'angine de poitrine. Elle survient le jour ou la nuit, soit dans le calme le plus complet, soit à l'effort, soit à la suite d'une surprise, d'une émotion ou d'un excès quelconque.
- b) *L'effondrement de la pression artérielle*, qui survient au début ou quelques heures après le début de la crise et qui porte toujours à la fois sur la maxima et la minima. Il s'accompagne souvent des signes du collapsus cardiovasculaire : pouls rapide et petit, pâleur et cyanose, teint livide, « cendré », sueurs profuses.
- c) *La fièvre*, qui apparaît le lendemain, à 100° ou 101° et qui dure ainsi quelques jours avant de descendre en lysis. Elle va de pair avec une hyperleucocytose de 12000 à 25000 globules blancs et une polynucléose à 80%. Cette élévation de température tient vraisemblablement à la résorption des albumines élaborées au niveau de l'infarctus même.
- d) *Le frottement péricardique*. Celui-ci n'apparaît d'habitude que vers le 3ème ou 4ème jour et seulement dans 12 à 15% des cas ; on l'entend sur une petite étendue de l'aire

précordiale et sa fugacité est caractéristique. Il traduit le développement de l'infarctus au voisinage du péricarde.

— Viennent ensuite les *signes accessoires*:

- a) *Les troubles cardiaques*. Le cœur est rapide et ses bruits sont lointains et assourdis: le 1er bruit à la pointe est souvent extrêmement faible. Le galop est fréquent. On peut constater une arythmie extra-systolique ou une arythmie complète, mais le flutter auriculaire est plutôt rare; parfois il y a tachycardie paroxystique ou bradycardie par dissociation auriculo-ventriculaire. Bref, toutes les sortes d'arythmie peuvent y être observées.
- b) *Les troubles gastro-intestinaux*, avec nausées et vomissements et parfois diarrhée. Il peut arriver que la distension abdominale fasse croire à un ventre chirurgical, à une obstruction intestinale, par exemple, et commande des interventions qui s'avèrent déplorables.
- c) *Les troubles pulmonaires*. La dyspnée peut être brusquement intense et forcer le malade à se tenir assis. La respiration de Cheynes-Stokes n'est pas rare. Quelquefois, on assiste à une véritable crise d'oedème aigu du poumon avec crachats abondants, mousseux et rosés. En général, on constate seulement de la congestion oedémateuse des bases pulmonaires se manifestant par des râles fins disséminés.

Voilà, en résumé, cet ensemble de signes cliniques si importants qui permettent souvent à eux seuls de porter un diagnostic précis de thrombose coronarienne.

Cependant, sans vouloir diminuer la valeur exceptionnelle de la clinique en pareil cas, il faut bien avouer que, dans de nombreuses occasions, l'*électrocardiographie* prend le pas sur elle et se révèle incontestablement supérieure. Il

y en aurait long à dire sur les différentes formes cliniques de l'obstruction coronarienne : car tantôt c'est la crise angineuse qui fait complètement défaut ; tantôt le symptôme dominant est une douleur épigastrique très intense avec vomissements qui fait penser à une cholécystite aiguë, à une perforation duodénale ou gastrique, ou à une pancréatite hémorragique ; tantôt enfin, on est tout simplement en présence d'une complication embolique au cerveau sans qu'il existe le moindre symptôme cardiaque. La clinique est fréquemment impuissante à nous renseigner alors, et ce n'est que par l'électrocardiogramme que nous pouvons être mis sur la piste.

L'examen électrique a pris une importance capitale dans le diagnostic de l'obstruction coronarienne depuis que Herirek, Smith et surtout Pardee ont décrit des signes qui sont, je ne dirais pas pathognomoniques, mais indiscutablement d'une grande valeur. Nous allons les passer rapidement en revue.

La première transformation qui s'opère dans le tracé électrique après l'occlusion d'une coronaire intéresse l'espace ST. Ce segment se déplace au-dessus ou au-dessous de la ligne isoélectrique en partant d'un point quelconque de la branche descendante de R ou de la branche montante de S ; autrement dit, il se fait une dénivellation positive ou négative de ST. Dans l'angor pectoris ou dans la péricardite aiguë, il y a aussi une dénivellation, mais elle est concordante dans les trois dérivations classiques ; tandis que dans la thrombose coronarienne, il y a discordance, c'est-à-dire que la dénivellation n'a pas la même direction dans les trois dérivations. L'apparition de cette modification peut se faire une ou deux heures après l'infarctus ou bien être retardée jusqu'au 3ème jour ; d'autre part, elle peut persister deux ou trois semaines, selon l'étendue plus ou moins considérable de l'infarctus et selon l'habileté des collatérales à rétablir une circulation convenable.

Le second signe, et le plus important, à apparaître est la déformation de l'onde T. Cette onde, qui est normalement positive, s'écrase sur elle-même, s'invagine et se tourne à l'envers, dans les cas où la dénivellation de ST est positive; elle devient profonde et, avec son sommet pointu, elle donne l'aspect d'un V aigu dont les bords sont éversés. Au contraire, quand la dénivellation de ST est négative, il se développe une onde T positive, mais ample et très pointue. L'ensemble de telles modifications de ST et T constitue l'onde coronarienne de Pardee. Celle-ci peut apparaître 24 heures après l'infarctus; mais, d'ordinaire, elle se voit entre le 5ème et le 12ème jour.

Nous passons sous silence l'onde T « en dôme » de Pardee, qui n'est qu'une forte exagération de l'onde coronarienne ci-haut décrite et qui a pour caractère d'englober tout l'espace ST et une grande partie de la branche descendante de R ou de la branche ascendante de S, selon que QRS est positif ou négatif. C'est un signe précoce qui apparaît avant le 3ème jour et qui est remplacé par l'onde coronarienne. Nous croyons que, en réalité, elle n'est pas aussi fréquente qu'on l'a dit ni si facile à saisir au moment propice. Nous passons aussi sous silence les essais de diagnostic de localisation qu'on tente de faire en tenant compte de la dérivation où se trouvent les anomalies combinées de ST et T; ce sont des essais intéressants et souvent utiles, mais l'étude de ces accidents ne doit pas entrer dans cette courte revue. De même, nous négligeons de parler des atypies de QRS qui accompagnent fréquemment les anomalies de T et de ST au cours de l'infarctus du myocarde.

Ces considérations étant faites sur la symptomatologie clinique et électrique de la thrombose coronarienne, nous allons rapporter une observation d'infarctus du coeur dont l'intérêt réside dans la richesse du tableau symptomatologique et dans la labilité des troubles rythmiques associés.

OBSERVATION : Mme O. P. . . . âgée de 65 ans, ordinairement bien portante, a été prise subitement, à son lever, d'une violente douleur précordiale et rétro-sternale, qui irradiait dans le cou, le dos et les épaules. Cette douleur d'une intensité extrême était persistante, tenace et empêchait tout sommeil. Après 2 jours de souffrances, la malade est transportée à l'hôpital où elle reçoit des injections calmantes qui arrêtent la crise pendant de longues heures. En l'interrogeant, on apprend que, en aucun moment depuis le début de sa maladie, elle n'a présenté de nausées ou vomissements. Cependant, elle souligne que, 2 ans auparavant, on aurait observé chez elle une pression artérielle élevée; c'est le seul antécédent pathologique qu'on peut relever. Elle n'accuse pas d'habitude de dyspnée d'effort, ni d'oedème malléolaire, ni de troubles digestifs ou pulmonaires.

A l'examen du coeur, on note des extra-systoles seulement. Il n'y a pas de souffle valvulaire, ni bruit de galop, ni frottement péricardique. Le pouls est à 112 à la minute et la P.A. est de 112/80. Les bases pulmonaires sont le siège de petits râles congestifs et le foie est gros et sensible à la pression.

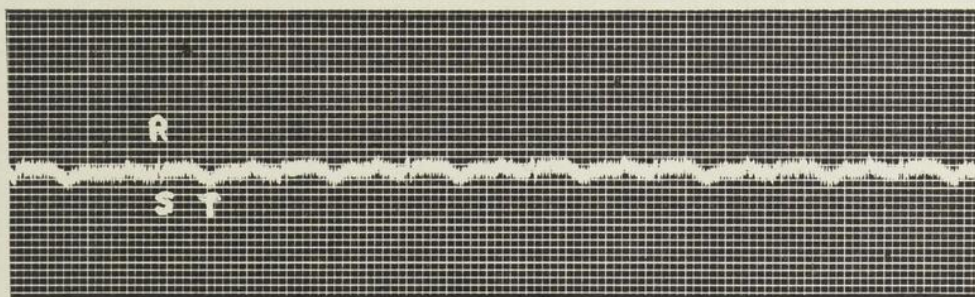
Lors de ce premier séjour de la malade à l'Hôtel-Dieu, il n'a pas été pris d'électrocardiogramme. Une constante d'Ambard faite au bout de 10 jours, alors que la malade allait beaucoup mieux, donna un chiffre de 0.224. Le B. W. était négatif et l'urée sanguine à 0 gr. 50. On porta le diagnostic clinique d'infarctus cardiaque chez une néphritique.

L'évolution vers un état de santé satisfaisant se fit sans incident. Les douleurs thoraciques réapparurent à différents intervalles, mais atténuées, durant les deux premiers jours et un état subfébrile persista durant 4 jours.

*Deuxième séjour à l'hôpital.* Quatre mois plus tard, la même malade nous revient avec des douleurs de même caractère qui irradient surtout dans le dos. Cette fois, son facies est plus pâle et plus angoissé, ses lèvres sont cyanosées.

L'examen du coeur est plus intéressant, car il nous révèle un bruit de galop qu'une tachycardie à 172 ne réussit pas à masquer. La pression est tombée à 100/80. Le foie est toujours augmenté de volume et toujours douloureux à la pression. L'azotémie est d'abord à 1 gr. 45, puis revient à 0 gr. 350 alors que la glycémie est à 1 gr. 44 et la constante à 0.282. Un examen cytologique du sang met en évidence une hyperleucocytose de 13135 globules blancs.

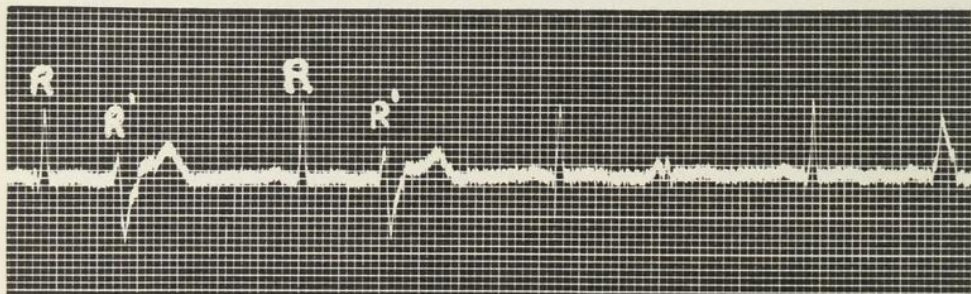
Au bout de trois jours, la malade se sent améliorée; le pouls est revenu à 84, le bruit du galop est moins intense et on entend quelques extra-systoles isolées et d'autres en salves. Un frottement péricardique s'entend assez nettement dans la région infundibulaire. La pression est remontée à 138/86. — Puis, le galop ne devient plus qu'une ébauche de galop pour, enfin, disparaître définitivement. Il ne reste plus que les extra-systoles. L'état de notre malade s'améliore considérablement quand, soudain, un matin, elle présente tous les signes d'un glaucôme aigu de l'oeil droit, pour lequel elle est traitée activement. La veille, un électro a été fait et a montré une onde coronarienne de Pardee assez typique (voir tracé 1); nous soupçonnons un infarctus de la paroi postérieure. Finalement, la malade, se sentant beaucoup mieux, décide de quitter l'hôpital après y avoir passé deux mois.



Tracé 1

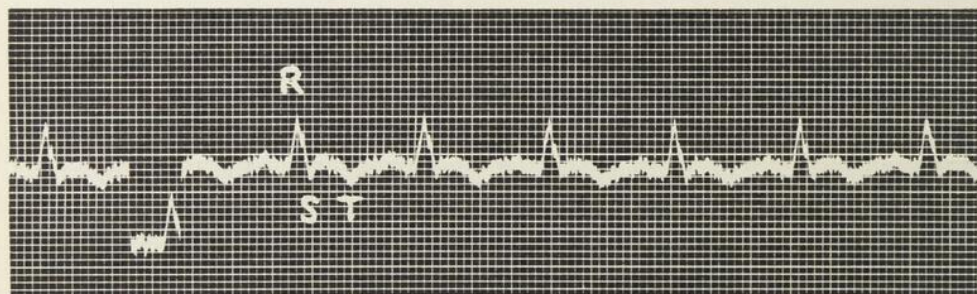
Onde coronarienne de Pardee: T négatif, espace ST dénivélé et incurvé.

Un second tracé (voir tracé 2), pris avant le départ, montre encore l'onde coronarienne de Pardee, mais beaucoup plus typique, et des extra-systoles ventriculaires; les complexes ventriculaires initiaux, qui étaient normaux au 1er tracé, font place à des complexes aberrants.



Tracé 2

En D<sup>1</sup>, complexes ventriculaires normaux dont chacun est suivi d'une extra-systole ventriculaire (bigéminisme). Puis, complexes ventriculaires aberrants, donnant l'aspect d'un bloc intra-ventriculaire.



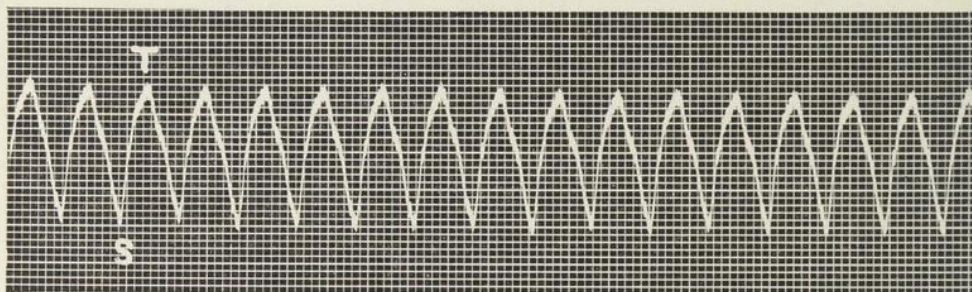
En D<sup>2</sup>, atypie de QRS avec onde coronarienne de Pardee typique.

L'auscultation révèle un souffle systolique net à la pointe, témoin sans doute d'un certain degré de dilatation ventriculaire.

*Troisième séjour à l'hôpital.* — A la fin du même mois, notre malade revient dans le service pour une indigestion aiguë. La veille, elle a ressenti subitement des douleurs au creux épigastrique et au niveau de l'estomac, douleurs accompagnées de vomissements. En même temps, elle s'est sentie très faible, effondrée et son coeur a commencé de battre à vive allure. Les parents, craignant la répétition des crises précédentes, avaient hospitalisé la malade d'urgence.

A l'examen, on la trouve dans l'angoisse; son facies, de teinte jaune cuivré, est abattu. Au coeur, les battements s'inscrivent à près de 215 à la minute; il n'y a pas de souffle, mais on entend un rythme à trois temps au-dessus de la pointe. A la base et dans la région mésocardique, il semble exister un frottement assez rude aux deux temps, mais plus net au moment des systoles. La pression artérielle est difficile à prendre: aux environs de 84 mm., on entend quelques bruits qu'on peut rapporter à la pression maxima, mais il est impossible de percevoir la minima. Les bases pulmonaires sont congestionnées et le foie est un peu douloureux. Les extrémités sont froides et cyanosées.

Connaissant déjà très bien la malade, il nous était facile de diagnostiquer une thrombose coronarienne à symptomatologie gastro-intestinale; en plus, à cause de la tachycardie paroxystique, nous étions naturellement porté à placer le siège de l'infarctus dans le voisinage du septum. L'électroque nous avons fait à ce moment nous indiqua une tachycardie paroxystique ventriculaire, qui avait presque l'aspect du flutter ventriculaire et qui était de très mauvais augure (voir tracé 3).

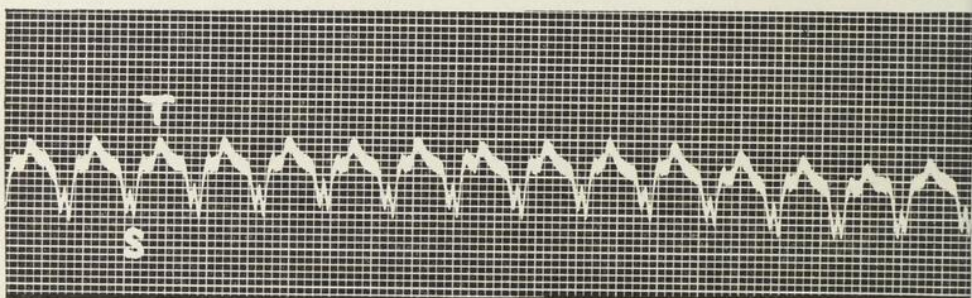


Tracé 3

Tachycardie paroxystique ventriculaire, ayant presque l'aspect d'un flutter ventriculaire.

Quarante-huit heures après son entrée, la malade présentait encore son bruit de galop et son frottement péricardique; celui-ci ne disparut d'ailleurs que la 4ème journée.

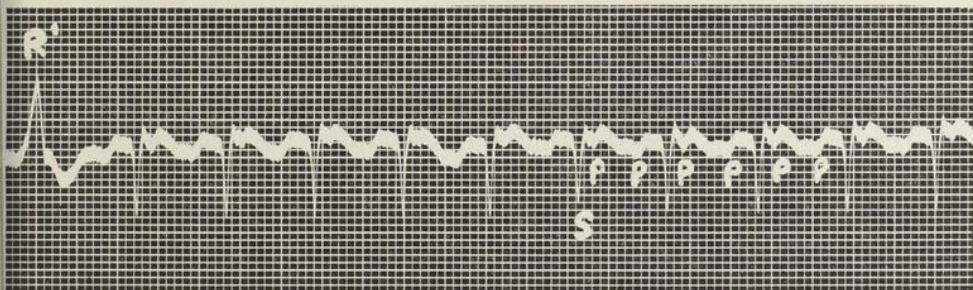
Le 6ème jour, elle est très affaissée et tout à fait inconsciente. Nous faisons un autre électro qui nous donne cette fois un tracé assez difficile à interpréter et qui peut bien représenter une tachycardie paroxystique ventriculaire ou une tachycardie paroxystique infra-nodale à complexes aberrants (voir tracé 4).



Tracé 4

Tachycardie paroxystique ventriculaire ou tachycardie paroxystique infranodale à complexes aberrants.

Le lendemain, elle paraît assez consciente. La tachycardie s'est atténuée, mais le bruit de galop persiste. On remarque des suffusions hémorragiques au menton, une parotidite à droite. L'haleine est fortement acétonique. Nous prenons encore un tracé électrique et nous sommes très surpris de constater que les complexes ventriculaires ont une forme normale; il existe un flutter auriculaire à 2/1 et de nombreuses extra-systoles (voir tracé 5). Il ne fait pas de doute que ce tracé ne rend pas compte de l'état de profonde déchéance où se trouve la malade, car celle-ci ne tarde pas à succomber le même jour, malgré un traitement très actif.



Tracé 5

Flutter auriculaire à 2/1. Complexes ventriculaires initiaux de forme normale. Extra-systole ventriculaire (R').

A l'autopsie, le coeur était augmenté de volume surtout dans sa portion ventriculaire gauche qui apparaissait comme un boudin accolé à la masse cardiaque. Il y avait une symphyse du péricarde sur la face antérieure et 100 c.c. de liquide citrin dans le péricarde. Le rapport de la nécropsie, signé par le Dr J.-L. Riopelle, se lit comme suit :

Début d'ectasie de la pointe du ventriculaire gauche. A ce niveau, grosses lésions de thrombose endocardique en voie d'organisation. Myocarde morcelé et, en grande partie,

détruit par d'innombrables cicatrices stellaires confluentes (en toute vraisemblance, cicatrices d'infarctus multiples de la pointe).

Région postérieure de la cloison interventriculaire et pilier postérieur gauche :

Myocarde morcelé par des travées et des foyers scléreux.

Multiples micro-infarctus anémiques récents.

Autre prélèvement (cloison interventriculaire, région postérieure) :

Etat grillagé en foyers des fibres du myocarde.

COMMENTAIRES. Cet exposé n'a eu pour but que de rappeler modestement la symptomatologie d'un syndrome souvent rencontré aujourd'hui. Comme illustration à cette revue, nous avons rapporté le cas d'une malade qui a présenté tous les signes cliniques, essentiels et accessoires, qu'on voudrait pouvoir observer toujours dans une thrombose coronarienne; le diagnostic clinique a été confirmé à la fois par des tracés électrocardiographiques très variés et par un examen nécropsique qui a mis en évidence des lésions intéressant les coronaires droite et gauche. Cette observation a montré une fois de plus que, s'il existe de nombreux cas d'infarctus du myocarde à formes frustes, il en est d'autres dont le tableau clinique est tellement chargé que toute erreur diagnostique devient pratiquement impossible.



## LE NOUVEAU SERVICE D'ÉLECTRO- RADIOLOGIE

### *Ouverture officielle*

LE 9 MARS 1939

Répondant à l'invitation des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph, du Bureau Médical et des Chefs de Service, des Docteurs C.-A. Langlois et Albert Jutras, un groupe imposant de médecins et d'autres personnalités assistait à l'inauguration officielle du service modernisé de radiologie et d'électricité médicale de l'Hôtel-Dieu de Montréal, le jeudi 9 mars dernier, à 9 heures du soir.

La séance était présidée conjointement par le Docteur Pierre-Paul Gauthier, Président du Bureau Médical et par le Professeur Oscar Mercier, Président du Bureau Exécutif. Les Révérendes Soeurs Rivard, Allard et Robert représentaient les Religieuses Hospitalières; le Professeur et Doyen Albert LeSage, la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal; les échevins Jean-Marie Savignac, Eugène Durocher et le Docteur Zénon LeSage, l'autorité civile.

Le Docteur Gauthier, le premier orateur, prononça l'allocution suivante :

#### TEXTE DU DISCOURS DU DOCTEUR GAUTHIER

L'un des plus vieux hôpitaux d'Amérique est très heureux ce soir de vous souhaiter la plus cordiale bienvenue par ma voix, à titre de président du Bureau Médical, à l'occasion de la réorganisation de notre département de radiographie, dont le directeur vient de prendre sa retraite.

Grâce au dévouement inlassable des dames Religieuses et à la collaboration des médecins, notre hôpital, qui bien-

tôt fêtera son tricentenaire, n'a rien négligé dans le domaine scientifique, tout en traitant ses malades avec la plus grande charité.

Depuis de nombreuses années, notre hôpital possède des laboratoires de chimie, d'anatomie-pathologique et de bactériologie qui n'ont rien à envier aux autres institutions de ce genre.

Les laboratoires de radiothérapie et radiographie sont ensuite apparus et ont brillé, grâce aux activités des docteurs Deslages et Pariseau.

Dans l'histoire de ce département, restera gravé en lettres d'or, le nom du docteur Léo Pariseau, qui hier encore, était avec nous, et que son état de santé oblige à nous quitter.

L'éclat qui entoure son nom, la sympathie qui illumine sa figure, l'enthousiasme qui le caractérise, ont fait rejaillir sur notre institution, des bienfaits et un lustre que nous nous faisons aujourd'hui un devoir de signaler.

Le département va donc continuer de dispenser ses services à notre hôpital, grâce à deux confrères : messieurs les docteurs Langlois et Jutras. Actif, très accueillant, le docteur Langlois, avec son humilité coutumière, nous apporte ses quelque vingt années d'expérience et de travail inlassable, garant d'un avenir prometteur.

Le docteur Jutras, notre nouveau collègue dans cette maison, n'en est pas le moindre : de grande école, puisqu'il nous vient de Paris, de New York, où il a travaillé il n'y a que quelques années. Il nous apporte les données nouvelles de la science qui va à grand pas dans ce domaine. Je lui laisserai le soin de vous dire la valeur et l'application des appareils nouveaux de son département dont il assume toute la responsabilité avec le docteur Langlois.

Monsieur Jutras, je vous cède la parole . . .

## RÉSUMÉ DE LA CONFÉRENCE DU DOCTEUR JUTRAS

Dans l'art sublime de soigner les malades, les continuatrices de l'oeuvre de Jeanne-Mance, n'ont jamais cédé leur priorité. Les Religieuses Hospitalières de l'Hôtel-Dieu de Montréal ont toujours su consentir, en temps opportun, aux sacrifices exigés par le progrès. Aujourd'hui encore, trois siècles de traditions glorieuses ne les empêchent pas de tenir compte des réalités présentes et de voir loin dans l'avenir. Comme chacun sait, le projet d'un pavillon pour commémorer le tricentenaire de l'Hôtel-Dieu et célébrer le nom de sa fondatrice est en pleine gestation. Le Service d'Electro-Radiologie entre dans le plan du nouvel édifice. Néanmoins, avec une admirable générosité et une juste compréhension des besoins immédiats, les Religieuses viennent de rénover le matériel de radiologie et d'électricité médicale de cette institution.

Avant tout, nous devons considérer notre réunion de ce soir comme un témoignage de gratitude à l'adresse de nos Soeurs pour cet effort à maintenir la brillante réputation de l'Hôtel-Dieu en général et du Service d'Electro-Radiologie en particulier.

Il ne s'agit pas, vous pensez bien, de pure vanité. Vous savez l'influence de l'électricité et des radiations dans toutes les branches de la science médicale.

En septembre 1937, quarante-deux ans à peine après la découverte de Roentgen, le grand chirurgien Charles Mayo reconnaissait à la radiologie le droit d'égalité avec la médecine et la chirurgie, formant avec celle-ci le trépied fondamental de notre défense contre la maladie. Chaque fois que les physiciens et les industriels ont apporté des améliorations techniques, les radiologistes ont pu étendre leur puissance de diagnostic et de traitement.

Les progrès les plus notables se sont accomplis au cours des vingt dernières années. Si bien que les appareils, dont

nous venons d'abandonner l'usage, se trouvaient surannés. Ils avaient pourtant représenté, à l'époque, c'est-à-dire vers 1920, le dernier cri du genre. Maniés par le Docteur Léo Pariseau, ils ont rendu célèbre en notre pays et à l'étranger le Service d'Electro-Radiologie de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

*Ici, le Docteur Jutras fait un bel éloge de son prédécesseur. Celui-ci ne veut pas le laisser imprimer.*

*M. Pariseau étant encore l'un des propriétaires du Journal de l'Hôtel-Dieu, ses désirs sont des ordres quand il s'agit de lui. — La Rédaction.*

Dans ses grandes lignes, le plan de modernisation du Service comportait l'acquisition d'un poste de radiothérapie profonde, d'un poste de radiodiagnostic général à grande puissance, d'un appareil de diathermie à ondes courtes, de même que la transformation des postes de radiographie chirurgicale et de stéréographie cardio-pulmonaire.

Les facteurs dominants du choix des appareils furent protection, puissance, précision et rapidité d'exécution.

La protection contre les accidents électriques proprement dits et contre les rayons X eux-mêmes se trouve réalisée d'une façon aussi parfaite que pratique.

Les premières pages de l'histoire de la radiologie resteront à jamais assombries par la mort prématurée de nombreux savants. Les uns furent électrocutés; d'autres succombèrent à des anémies spéciales; d'autres encore durent subir des amputations multiples et mourir quand même du concert des rayons X. Il faut savoir en effet que les rayons qui tuent le cancer peuvent aussi le produire chez les personnes trop longtemps exposées à leur action. Derrière la phalange des pionniers héroïques qui ont perdu leur vie à la tâche, suit la légion non moins tragique et glorieuse des mutilés. Pour citer des exemples tout près de nous, saluons avec respect le nom de nos maîtres Pariseau et Laquerrière.

Sur tous nos appareils, les câbles conducteurs de haute tension électrique sont enveloppés de substance isolante et couverts d'une gaine métallique elle-même reliée à la terre. Non seulement les câbles, mais l'installation entière met les opérateurs et les malades à l'abri de tout danger d'électrocution par la mise à la terre de chaque morceau de métal susceptible d'électrification.

La protection contre les rayons X n'a pas été moins étudiée. Les rayons directs ne sortent jamais que par une petite fenêtre, dans une cupule par ailleurs hermétique et plombée de toutes parts. Au poste de traitement, le manipulateur se trouve en outre protégé par un mur de plomb. Sur les appareils à diagnostic, la protection est forcément moins absolue, mais elle demeure néanmoins très efficace.

Puissance, précision et facilité de manoeuvre, chacun de ces desiderata a été pleinement satisfait aussi bien à l'égard des appareils de diagnostic que pour ceux des traitements.

Le principal poste de diagnostic est alimenté par un générateur à quatre valves rectificatrices (hénotrons) qui peut fournir jusqu'à 500 milliampères sur des tensions variables de 45,000 à 115,000 volts. Ce générateur à grande intensité alimente trois tubes à anode tournante d'une construction robuste et dont l'emploi n'admet aucune restriction contrairement à la plupart des autres ampoules du même genre. Ces tubes à anticathode rotative, possédant la supériorité de soutenir des charges électriques extrêmement élevées sur une surface équivalent à un foyer très fin, permettant ainsi la radiographie des organes internes au quarantième et même ou soixantième de seconde.

Ces expositions brèves sur des viscères animés de mouvements autonomes fournissent des images d'une définition sans pareille et conséquemment d'une haute valeur clinique.

Un des trois tubes à anode tournante se trouve sur l'appareil pour la stéréoradiographie à grande distance des poumons et du cœur. Les autres sont adaptés à la table basculante. Celle-ci réunit trop de qualités pour qu'il soit possible d'insister sur chacune d'elles. Son mérite suprême est d'être munie de l'explorateur du Professeur Albrecht, le *sélecteur idéal de nos temps modernes* pour employer l'expression d'un critique parisien. Il permet avec ou sans grille mobile, les radiographies sélectives et en série de toutes dimensions et selon la compression voulue. Il porte un écran *superastral* carré, lequel mesure 14 pouces de côtés. La luminosité de cet écran est telle qu'avec relativement très peu de rayons, on y voit les organes avec une netteté presque égale à celle des films. Muni d'un tablier de caoutchouc opaque, d'un petit panneau métallique derrière lequel logent toutes les manettes de commande et d'un verre très riche en plomb, il assure une heureuse protection au manipulateur. Qui désire se conformer aux dernières exigences de la radiologie des voies digestives, trouve dans ce dispositif d'un usage universel, les moyens techniques de se tirer d'embarras en toute occasion.

Le pupitre de commande offre lui aussi une série d'avantages exclusifs. Bornons-nous à mentionner le tableau des techniques standardisées grâce auquel, par le simple déplacement d'une fiche, on change le courant et la ventilation d'une ampoule à une autre avec réglage automatique de l'intensité.

Le second poste de radiodiagnostic est constitué de l'un de nos anciens générateurs adapté à un système *Shock-Proof* et *X-Ray-Proof* et à une table métallique plaquée de bois sous laquelle glisse un antidiffuseur à grille plate.

Cette table se prête avec une extrême facilité de manœuvre à toutes les radiographies en position horizontale et pour lesquelles les temps de pose ne descendent pas au-dessous de la demi-seconde. Comme complément aux

deux grands postes de radiodiagnostic, nous avons un fluoroscope orthodiagraphique et un petit appareil transportable entièrement protégé et destiné aux examens dans les chambres des malades et dans les salles d'opération.

Un poste de radiothérapie profonde représente une des plus importantes, sinon la principale des améliorations.

Non seulement les rayons X offrent des moyens d'identifier les maladies, mais peuvent en guérir ou en pallier un bon nombre. Les applications curatives de la radiologie s'étendent de jour en jour. La destruction de certains cancers n'est ni la moindre ni la seule de ses possibilités. Il y a peu de chapitres dans la médecine d'aujourd'hui où les radiations ne soient mentionnées comme agent thérapeutique de valeur. Celles-ci trouvent des indications de plus en plus précises dans beaucoup de maladies de peau, du sang, des glandes à sécrétions internes, du système nerveux, des viscères, etc. . . . Le scepticisme et le mystère qui s'attachaient autrefois à cette méthode de traitement se dissipent avec rapidité.

Les progrès de l'outillage contribuent pour une très large part, à l'expansion de la radiothérapie.

Notre nouvel appareil synthétise en quelque sorte les derniers perfectionnements: il fournit un courant continu et constant qui peut atteindre jusqu'à 230,000 volts et son intensité ordinaire est de 15 milliampères, ce qui représente un débit extraordinaire de radiations; il met le radiologiste et ses aides entièrement à l'abri des accidents électriques et radiologiques; il présente une flexibilité mécanique sans égale et son système de contrôle protège contre les fausses manoeuvres.

La crainte des surdoses et de certaines altérations de la peau poursuit encore une foule de radiologistes et livre des armes aux adversaires de la radiothérapie. Une telle hantise

en incitant à rester du côté sûr, a souvent enlevé aux malades leur dernière chance de vivre.

Nous possédons un instrument de mesure qui indique et totalise avec précision la dose administrée évitant ainsi de donner trop ou trop peu.

Parmi les grandes modes médicales de ces dernières années figurent ce que Monsieur Tout-le-monde appelle les *ondes courtes*. Il s'agit de l'échauffement du corps humain par des ondes en tous points semblables à celles de la radio-phonie. La différence avec l'ancienne diatherme tient au nombre des oscillations. Pour parler d'ondes courtes, il faut que la fréquence des oscillations soit supérieure à 10 millions par seconde, c'est-à-dire d'une longueur d'onde de 30 mètres ou moins. Notre appareil à lampe donne des ondes de 6 mètres avec une puissance de 300 watts, le patient dans le circuit.

Produire de la chaleur dans les profondeurs de l'organisme était un des buts les plus recherchés depuis l'antiquité. Désormais, ceci s'effectue sans risque de brûlure et avec la plus grande facilité technique. Les plus heureux effets se font surtout sentir dans les maladies inflammatoires aiguës ou chroniques de toute région et de tout tissu.

Comme autre addition intéressante, signalons le gastroscopie flexible de Wolf-Schindler. Cet instrument permet de voir directement dans l'estomac en passant pas l'oesophage et sans trop de difficulté.

On s'étonnera sans doute qu'un radiologiste pratique cette forme d'endoscopie. L'idée de m'initier à ce procédé m'était venue pour contrôler personnellement mes constatations radiologiques. On a pensé que mon expérience acquise auprès du Professeur Gendreau dont je me plais à reconnaître l'heureuse influence sur ma carrière, pourrait servir à mes collègues de l'Hôtel-Dieu en attendant que d'autres, après entraînement nécessaire, continuent ce travail.

Ces explications forcément sommaires ne donnent qu'une pâle idée des progrès qui viennent de s'accomplir dans le Service d'électricité et de radiologie de l'Hôtel-Dieu.

La vue des choses peut seule suppléer à l'insuffisance des mots et des images.

Puissiez-vous emporter, en dédommagement de votre bienveillance, la pensée que les Religieuses de cette Maison, après trois siècles de fidélité et selon les rites changeants de la science, répètent sans cesse, et toujours avec la même grâce, le geste de la charité qui éclaire et qui guérit.

*Des nombreuses projections complètent cet exposé lui-même suivi d'une allocution par le Professeur Mercier.* Il insista sur le fait que les hôpitaux d'aujourd'hui ne sont pas ce qu'ils étaient autrefois. La qualité du service médical dépend beaucoup de la coopération des laboratoires. Il appartient aux pouvoirs publics de mettre les secours de la science à la portée de tous sans surcharger le budget des hôpitaux.

Invité à dire quelques mots le Professeur Albert Le-Sage, Doyen de la Faculté de Médecine, exprime des compliments plein d'esprit aux religieuses de l'Hôtel-Dieu sur l'organisation de leur hôpital et de leurs laboratoires. Il souligne la participation de l'Hôtel-Dieu à l'oeuvre universitaire. La modernisation du Service d'Electro-radiologie portera profit à l'Université de Montréal.

M. Eugène Durocher exprima son admiration et celle du public montréalais à l'égard de l'Hôtel-Dieu. Il parla aussi de son amitié pour les docteurs Pariseau et Jutras et dit qu'il contribuerait de son mieux à faire accepter les vues du Docteur Mercier. Sous la conduite des deux chefs de service, on procéda ensuite à la visite du département où fut offert un vin d'honneur.

LA RÉDACTION.

## HONNEUR À L'UN DES NÔTRES

Monsieur le Professeur OSCAR MERCIER, titulaire de la chaire d'Urologie à l'Université de Montréal, ira professer en mai prochain, à l'Université de Philadelphie, à la demande de cette Université.

---

## NOMINATIONS

M. le Docteur GÉRARD GARON a été nommé assistant à titre hospitalier dans le service de médecine.

Monsieur le Docteur ROLLAND PELLERIN a été nommé bénévole dans le service d'oto-rhino-laryngo-ophtalmologie.

Monsieur le Docteur EUGÈNE PELLETIER a été nommé bénévole dans le service de chirurgie dentaire.

---

## CONFÉRENCES PUBLIQUES

Monsieur le Docteur LUCIEN RIOPELLE, sous les auspices de l'Acfas, Société de Biologie, Université de Montréal, le 23 mars 1939 :

*Les bases morphologiques d'une classification physio-pathologique des anémies.*

Monsieur le Docteur GÉRARD GOSSELIN, sous les auspices de l'Acfas, Société de Biologie, Université de Montréal, le 16 mars 1939 :

*La physiologie du sang.*

**THE FOURTH MEETING**

OF THE

**Montreal Ophthalmological Society**

Has been held at the

**HOTEL-DIEU HOSPITAL**

On Thursday, April 13th, at 8.30 p.m.

---

**Contribution****AU CONGRÈS DE LA  
CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION**

Annual meeting — Montreal 19-23 juin 1939

Monsieur le Docteur LÉO PARISEAU :

*Le Docteur Pierre de Sales Laterrière pris à son propre piège.* (Section de l'histoire de la médecine).

Monsieur le Professeur J.-R. PEPIN :

*L'obésité. — Quelques conceptions étiologiques et modalités thérapeutiques.* (Section de la médecine).

Monsieur le Professeur OSCAR MERCIER :

*Surgical treatment of the traumatic structure of the urethra.* (Section d'Urologie).

Monsieur le Professeur Agrégé FRANÇOIS BADEAUX :

*Keratitis bullosa et keratitis vesicularis.* (Section d'ophtalmologie).

## ASSEMBLÉE SCIENTIFIQUE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

TENUE À L'HÔTEL-DIEU LE 18 AVRIL 1939

*Présidence* : Monsieur le Professeur OSCAR MERCIER  
(en remplacement du Docteur Georges Mignault).

BIENVENUE

- offerte par Monsieur le Docteur PIERRE-PAUL GAUTHIER,  
Monsieur le Docteur RODRIGUE LEFEBVRE :  
*A propos d'un cas d'arythmie cardiaque avec bloc total  
transitoire. — Clichés électro-cardiographiques.*
- Monsieur le Docteur PAUL POIRIER :  
*Dermatoses usuelles. — Présentation de trois malades  
avec leur photographie et leur moulage.*
- Monsieur le Docteur GASTON GOSSELIN :  
*L'alimentation et les besoins journaliers en vitamines.*
- Monsieur le Professeur agrégé L. DE G. JOUBERT :  
*Les signes extra-oculaires dans les anomalies de la  
réfraction.*
- Monsieur le Docteur CHARLES NADEAU :  
*L'examen de l'endocrinien. — A propos de deux cas  
d'insuffisance ovarienne et pituitaire. — Présentation  
de malades.*
- Monsieur le Professeur DONALD A. HINGSTON :  
*Considérations sur le diagnostic du cancer par l'exa-  
men du culot de centrifugation.*

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

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

se trouve chez

J. EDDÉ Limitée, Edifice New Birks. — MONTRÉAL

---

---

---

◆

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

●

Dans les  
cas où le médecin jugera  
nécessaire d'administrer l'alcool  
sous forme d'eau-de-vie, le

**COGNAC MONNET**

se recommande particulièrement à  
son choix. Le médecin est assuré  
de prescrire alors un produit  
vraiment supérieur.

▼



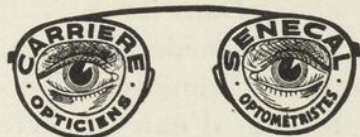
# NOS ANNONCEURS

SOUTIENNENT VOTRE JOURNAL

SOUTENEZ NOS ANNONCEURS



# PAR VOS ACHATS



Emile Carrière, O.D.

LIMITÉE

Adrien Sénécal, O.D.

## CARRIÈRE & SENÉCAL

*Optométristes-Opticiens à l'Hôtel-Dieu*

271 RUE SAINTE-CATHERINE EST, MONTREAL

Tél. LANcaster 2211-2212

*Spécialités:*

*Ajustement des yeux artificiels*

Prescriptions de MM. les Oculistes remplies avec soin.

# PAVERAL

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

## COQUELUCHE

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

Littérature sur demande.

**Agents : LA CIE CANADA DRUG**

PHARMACIENS EN GROS

857, rue Saint-Maurice, - - - Montréal

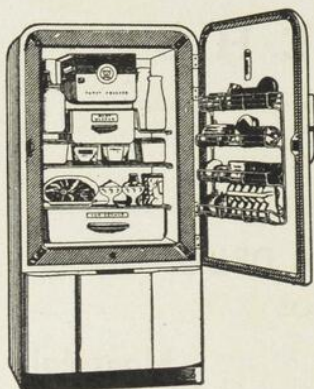
Tout laine ou falsifiée, une étoffe est une étoffe . . .  
POURTANT si l'on compare, l'authentique est  
moins chère. Ainsi du LAIT

*Notre but est d'abaisser le taux de la mortalité infantile  
à Montréal.*

**J. Joubert**  
LIMITÉE

Une réserve de capacité qui assure durée, économie,  
satisfaction.

LE REFRIGÉRATEUR "WESTINGHOUSE"



Prix à partir de \$139.00 à \$319.00

TROIS ANS POUR PAYER

Aussi peu que **\$1.00** par semaine.

*Votre vieille glacière acceptée  
comme premier paiement.*



6541 Blvd St-Laurent - CRescent 4113-4-5

ASSURANCES GÉNÉRALES

*Les Meilleurs Contrats aux Meilleurs Prix*

**Spécialités : Assurances contre les risques  
professionnels**

ACCIDENTS ET MALADIES — AUTOMOBILES

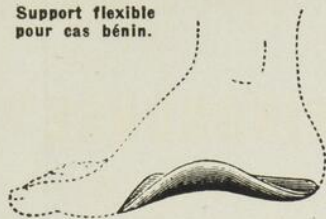
**GASTON RIVET**

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

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

*Demandez notre brochurette « L'INVENTAIRE DE LA MAISON ».  
Elle vous sera envoyée sans frais sur demande.*

Support flexible  
pour cas bénin.



Cas grave où le support  
Whitman est recommandé.



**PES PLANUS — PIED PLAT**

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

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

**J. A. DUCKETT**

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

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

Toutes Grosseurs

D'ANTHRACITES

"WELSH"

"SCOTCH"

et

"SCRANTON"

'bleu'

"Le Marchand Indépendant"

**F. H. Phelan**

"A la Tonne ou au Char"



**MArquette 1 2 7 9**

315, RUE COLBORNE

Charbons

BITUMINEUX

—

HUILE A

CHAUFFAGE

—

COKE

**"VOICI  
*pour votre*  
SANTÉ"**



**NOURRICES**

**CONVALESCENTS**

**PERSONNES  
ÉPUISÉES**

**VICTIMES  
D'INSOMNIE**

**DAWES CREAM  
PORTER**

**CHEZ TOUS LES EPICIERIS LICENCIES**

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**

G. VANDELAC, jr. Fondé en 1890

ALEX. GOUR

DIRECTEURS DE FUNÉRAILLES  
SALONS MORTUAIRES

120 RUE RACHEL EST, - - MONTRÉAL

Tél.: BElair 1717

Pour vos IMPRESSIONS, consultez

**THÉRIEN FRÈRES**

LIMITÉE

IMPRIMEURS - LITHOGRAPHES - GRAVEURS  
PHOTOLITHO

494 OUEST, RUE LAGAUCHETIÈRE - MONTRÉAL

HArbour \* 5288

*Travail bien fait*

*De bon goût*

*Promptitude  
d'exécution*

*Une des plus  
importantes  
maisons d'arts  
graphiques du  
Canada français*



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



## TABLE DES ANNONCEURS

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

# CHRYSLER et PLYMOUTH

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

## MM. les Médecins,

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

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



## GRENIER MOTORS LIMITED

1644.46 OUEST, RUE STE-CATHERINE

FITZROY 6383

CARENES  
PARTIELLES  
OU TOTALES  
DE L'OVAIRE



## DI-FOLLICULINE "MEURICE"

(BENZOATE D'ŒSTRADIOL)

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

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



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

# DI-FOLLICULINE



CALCITHÉRAPIE  
**GLUCOCHAUX "MEURICE"**  
(GLUCONATE CALCIQUE)

TABLETTES — GRANULES SUCRES

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



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

*Glucochaux*

## ***MM. Les Médecins:***

C'est le printemps qui s'amène et il est temps que vous songiez à renouveler certains complets et vêtements.

que chez LECHASSEUR Ltée, ce dont vous avez besoin pour posséder une garde-robe bien garnie. Il vous sera certes très difficile, de trouver mieux

Que ce soient des souliers — bas — chapeaux — chemises — paletôts ou vêtements, LECHASSEUR Limitée saura satisfaire tous vos goûts.



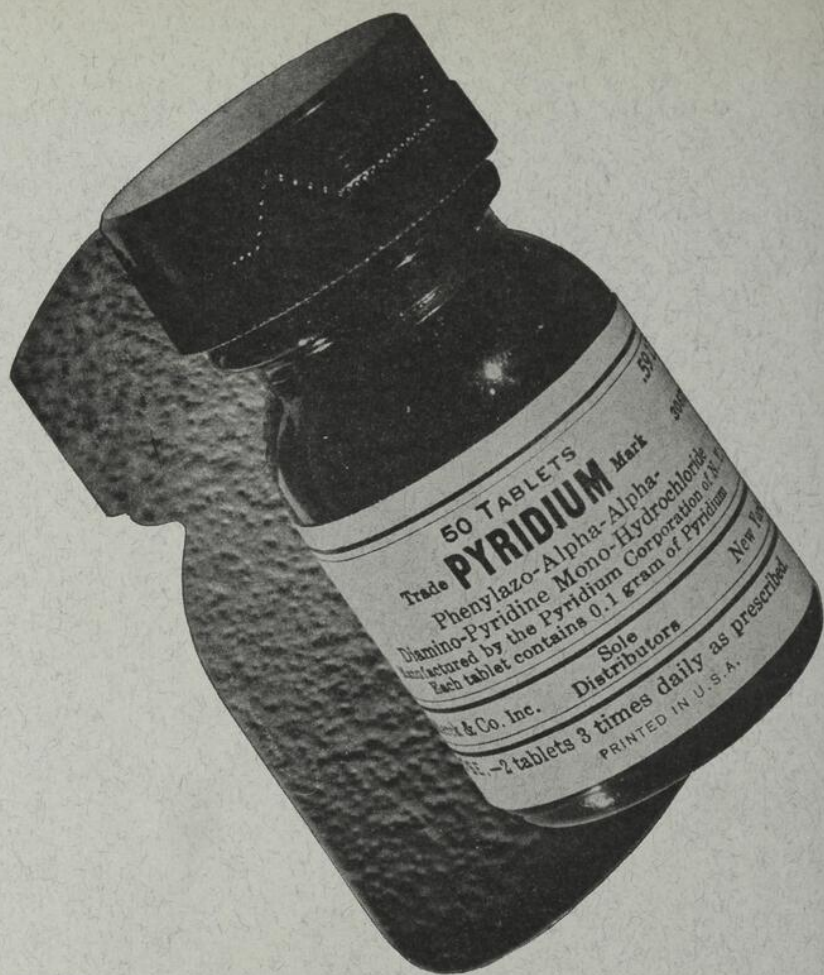
## ***Lechasseur, limitée***

*Concessionnaires des célèbres vêtements*

## ***Fashion-Craft***

*de fabrication canadienne-française.*

NAP. LECHASSEUR, *Président*



**PYRIDIUM** procure un soulagement sûr et rapide dans le traitement des infections génito-urinaires (cystite, pyélite [pyélonéphrite], prostatite et uréthrite), sans

- la surveillance du pH urinaire
- le contrôle du laboratoire pour la toxicité
- régime spécial
- médication adjuvante

pour le résultat de ses effets thérapeutiques.

*Des extraits de la littérature publiée depuis une décade seront envoyés sur demande.*

**PYRIDIUM**

NOM DÉPOSÉ

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

**Une décade de service  
dans les infections  
génito-urinaires**

**MERCK & CO. LTD.** - Fabricants Chimistes - **MONTRÉAL, P. Q.**