

Numéro 2

Première année

LE JOURNAL

... de ...

L'HOTEL-DIEU DE MONTRÉAL



MARS - AVRIL

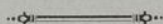
1932

dans la cystite et la pyélite

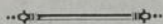
Marque **PYRIDIDIUM** de commerce

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

Fabriqué par la Pyridium Corporation



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



MERCK & CO.
LIMITED

412, rue St-Sulpice - - MONTRÉAL

Seuls dépositaires au Canada

SOMMAIRE du No 2

MARS-AVRIL 1932



LÉO PARISEAU : Un dispositif pour la stéréoradiographie automatique	69
ERNEST TROTTIER : L'évolution du traitement de l'appendicite aiguë	79
PIERRE-PAUL GAUTHIER : Diagnostic des leucémies	87
BERDINO DUMAS : La ligature et section des canaux déférents et l'orchi-épididymite de la prostatectomie	96
ERNEST PRUD'HOMME : La gastrostomie continente	103
LÉO PARISEAU : J.-P. Rottot et l'Union Médicale	117
CHARLES NADEAU : La gangrène des membres	121
LÉO PARISEAU : Miettes gastronomiques de l'histoire du Canada	129

Si vous voulez combattre

Dyspepsie hyposthénique ou hypopeptique — fermentations anormales — hypochlorhydrie — indigestions.

recommandez

des ferments digestifs purs et non altérés dans une eau citro-carbonique et carminative.

Nous vous offrons alors le

DIGESTAN L.N.L.

Pepsine, force protéolytique 3000.

Papaine C.P. force protéolytique 2000

aa 12 grains ou 0.78 cg.

Base effervescente et carminative q.s. 1 oz.

ou 28.3 grammes.

Posologie: Une cuillerée à thé dans un verre d'eau dégourdie, pris immédiatement après effervescence, aux repas.

Sur demande, nous enverrons avec plaisir un échantillon.

LABORATOIRE NADEAU Limitée
LANcaster 2185 - 100 ST-PAUL OUEST, MONTRÉAL.

LE MÉDICAMENT D'URGENCE DANS LES
CRISES CARDIAQUES ET RESPIRATOIRES

CORAMINE « CIBA »



Renforce l'activité du myocarde, régularise le pouls, augmente l'amplitude respiratoire, assure la ventilation pulmonaire, réduit la cyanose. Collapsus. Crises respiratoires au cours de la narcose, troubles cardiovasculaires post-opératoires, dyspnée paroxysmique. Empoisonnements.

COMPAGNIE CIBA LIMITÉE, MONTRÉAL

INGRAM & BELL Limitée

1250, rue Stanley, Montréal

PHARMACIENS EN GROS

La plus importante maison du Canada pour l'installation
et la fourniture des cabinets de médecins,
hôpitalux et laboratoires.

SUCCURSALES :

294, rue Edmonton
WINNIPEG, Man.

256, rue McCaul
TORONTO, Ont.

519, rue Centre
CALGARY, Alta.

Il fait la police de l'intestin



Un dessert délicieux qui flatte le goût
et entretient la santé

Savez-vous qu'en mangeant tous les jours le savoureux dessert qu'est le Yogourt, non seulement vous vous offrez un délicat régal, mais encore vous faites exactement ce qui convient pour vous entretenir en pleine forme et reculer la vieillesse.

Le Yogourt est un produit naturel du lait. C'est le type même de l'aliment complet. Mais ses vertus nutritives ne sont pas les plus précieuses. Le Yogourt contient, en effet, des ferments naturels bienfaisants qui assainissent le tube digestif en détruisant les toxines qui pullulent

toujours dans l'intestin. Le Yogourt aide merveilleusement la digestion, rafraîchit l'organisme et entretient le corps sain et jeune.

C'est à l'usage quotidien du Yogourt que certaines populations orientales doivent de parvenir à un âge très avancé, malgré leur hygiène primitive. En Europe, le Yogourt figure maintenant comme dessert sur toutes les tables. Il se mange nature, salé, sucré ou mélangé de confitures. Essayez dès aujourd'hui le Yogourt Croix-Verte particulièrement fin et riche en ferments bienfaisants.

 **Yogourt**
"CROIX-VERTE"

Régle les gourmands — Entretient la santé

Préparé par J.-D. DELISLE, 916 Duluth Est. Tél. AM. 0434. Montréal

UNE VUE PARFAITE EST UN FACTEUR
DE BONNE SANTÉ



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

271 RUE SAINTE-CATHERINE EST, MONTRÉAL
Tél. LAncaster 7070



Flacons de
24 capsules
de 20 centigs

Un extrait végétal complet agissant directement sur l'utérus et les annexes

L'APIOLINE est le principe actif liquide de l'Apium Petroselinum. Elle donne des résultats excellents et constants dans la Dysménorrhée, l'Aménorrhée et les troubles de la Ménopause. Palliative et curative, elle agit toujours directement sur l'innervation et la fibre musculaire utérine. Sans adjonction d'alcool ou de sédatifs, par un moyen logique, elle supprime la douleur en faisant disparaître la congestion.

Laboratoire de Pharmacologie Générale

Dr. Ph Chapelle, 8 rue Vivienne, Paris.

Distributeurs pour le Canada:

LYMAN AGENCIES, LIMITED, 294 ouest, rue St-Paul, Montréal.

ASTHME CŒUR REINS ARTERIOSCLEROSE ANGINE DE POITRINE etc

ELIXIR EUPNÉIQUE MARTIN-MAZADE

A L'

IODURE DE CAFÉINE

0 GR. 25 PAR CUILLERÉE A CAFÉ

*Remède vraiment héroïque journallement prescrit par toutes les sommités médicales.
Ne provoque ni intolérance ni accidents d'iodisme. — 2 à 4 cuillères à café par jour.*

LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS: LABORATOIRE MARTIN-MAZADE SAINT-RAPHAËL (VAR)

L'EAU PRÉCIEUSE DÉPENSIER

GUERIT RADICALEMENT

MAUX DE JAMBES — MALADIES DE LA PEAU
ULCÈRES — VARICES — ECZÊMAS

Préparation Antiseptique non dangereuse recommandée par un grand nombre de médecins.

*Pilules Dépuratives. — Pilules d'Hyppocastine. — Magnésie Bridou.
Savon Antiseptique. — Pommade Antidartreuse.*

DEPOSITAIRE AU CANADA

AUG. SORIGNET, 511, RACHEL EST, MONTREAL

COMPAGNIE D'OXYGÈNE du CANADA

(Oxygen Co. of Canada)

Etablie en 1895.

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

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

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

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

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

Bureaux et Laboratoires :

1458, rue Mansfield,
MONTRÉAL



Le jour :

Téléphone: HARbour 7370

Le soir :

Téléphone: WALnut 0415M

MEANS

DUCKETT

QUALITY

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

Faits sur commande

MÉCANICIEN ORTHOPÉDIQUE

Attitré auprès des Hôpitaux suivants:

Children's Memorial Hospital

Royal Victoria Hospital

Montreal General Hospital

Shriner's Hospital

Montreal Children's Hospital

Western Hospital

HEURES DU BUREAU

Monsieur DUCKETT (sur rendez-vous seulement)

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

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

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

J. A. DUCKETT

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

MONTRÉAL

Téléphone: HARbour 0630

COQUELUCHE

Traitement efficace de la coqueluche par le

PAVERAL

C'est le traitement le plus efficace qui existe actuellement, il guérit les cas de coqueluche dans l'espace de 5 à 24 jours suivant l'intensité et sans complications.

Littérature sur demande.

Agents : CANADA DRUG COMPANY

PHARMACIENS EN GROS

857, rue Saint-Maurice,

Montréal

LIVRES

UN local moderne aménagé avec grand soin en vue du maximum de confort pour le public, d'innombrables rayons chargés des meilleurs ouvrages connus, l'ensemble des livres français le plus considérable qu'il soit possible de contempler en Amérique, telle est notre installation.

Notre fonds de librairie est constamment augmenté des dernières nouveautés.

La disposition pratique de notre étalage vous permet de « bouquiner » tout à votre aise.

RAYON DES LIVRES FRANÇAIS

Nouveautés, Romans, Littérature, Poésie, Critique, Auteurs classiques, Sciences, Histoire, Géographie, Beaux-Arts, Livres d'utilité pratique, Cartes et Guides pour Automobilistes, Mécanique automobile, Livres spécialement destinés aux bibliothèques paroissiales et scolaires, Albums et livres d'images pour enfants, Grands Ouvrages de bibliothèque, Collections de livres reliés, éditions de luxe, Pièces de théâtre.

RAYON DES LIVRES CANADIENS

Toutes les nouveautés du terroir ainsi que les meilleurs ouvrages de fond.

RAYON DES LIVRES RELIGIEUX

Le plus grand choix de littérature religieuse en Amérique: Philosophie, Théologie, Ecriture sainte, Ascétisme, Hagiographie, Biographie, Liturgie.

Demandez nos catalogues.

GRANGER FRÈRES
Libraires, Papetiers, Importateurs
54 Notre-Dame-Ouest, Montréal

La plus importante librairie et papeterie française au Canada.

INFECTIONS CHRONIQUES
 IODO BENZO METHYL FORMINE

IODOSEPTINE

RHUMATISMES DEFORMANTS
 SYPHILIS
 TUBERCULOSE

CORTIAL

AMPOULES LABORATOIRES CORTIAL - PARIS 15 Boulevard Pasteur COMPRIMÉS

TOUS ETATS INFECTUEUX AIGUS
 • DI- UROTROPINE IODOBENZOMETHYLÉE INJECTABLES

SEPTICEMINE

GRIPPE TUBERCULOSE MÉNINGITE FIÈVRES PUERPÉRALES TABÈS
 PNEUMONIE ENCEPHALITE TYPHOÏDE URO-GYNÉCOLOGIE
 ULCÉRATIONS FURONCULOSE

CORTIAL

AMPOULES LABORATOIRES CORTIAL-PARIS 15 Boulevard PASTEUR

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

Le Laboratoire du Bactériophage

sous le contrôle scientifique du Prof. D'HERELLE.

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

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

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

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

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

Littérature et échantillons de

L'Anglo-French Drug Cie

354, RUE SAINTE-CATHERINE EST,

MONTRÉAL



Méthode de Désensibilisation Polyvalente

DERMATOSES PRURIGINEUSES

Anaphylaxies

(Communication à la Société de Dermatologie de Paris)

3 Cachets par jour

ou

3 Intraveineuses par semaine

combinées à l'Auto-Hémothérapie

L'EUPHORYL

Dépositaire pour le Canada: G. JOUOT, 460 est, ave. Mont-Royal, Montréal.

LA TEINTURE DE METAPHEN

pour la

Stérilisation pré-opératoire

1. Non irritante, non caustique.
2. Non toxique.
3. Pénètre rapidement.
4. Ne précipite pas en présence du sérum sanguin.
5. Ne tache pas.
6. Pouvoir antiseptique de 15% PLUS ÉLEVÉ pour la stérilisation cutanée, de 90% PLUS ÉLEVÉ pour la stérilisation sous-cutanée que celui des meilleurs antiseptiques connus jusqu'ici.
7. Manufacturée au Canada.



ABBOTT LABORATORIES LIMITED
388, rue St-Paul Ouest,
MONTRÉAL

Littérature et échantillons sur demande.

TUSSIVA

Eucalyptus. Tr. Bryonia. Tr. Pulsatilla. Sulfure d'antimoine.

ANTISEPTIQUE ET SÉDATIF D'UNE
PUISSANCE REMARQUABLE.

COQUELUCHE TOUX DES TUBERCULEUX TOUTES LES TOUX

Exempt de tout narcotique, TUSSIVA est donc d'une innocuité absolue. Les observations cliniques les plus rigoureuses, avec contrôle de laboratoire, ont démontré que Tussiva fait disparaître entièrement la coqueluche, en moins de quinze jours.

Mode d'emploi: Une cuillerée à thé, dans un grand verre d'eau. Donner une cuillerée à thé de ce mélange, toutes les heures.

HYPOCARDINE

Médication d'urgence et traitement d'entretien
de toute défaillance cardiaque
et de l'hypotension.

Composition: Carbonate de potassium; Tr. Strophanthus; Tr. Digitale; Chlorure d'or.

Mode d'emploi: Dix gouttes dans une cuillerée à thé d'eau, trois ou quatre fois par jour.

J. A. HARRIS Limitée

506 EST, RUE SAINTE-CATHERINE, - - MONTRÉAL

Le Journal de l'Hôtel-Dieu de Montréal

No 2

Mars-avril 1932

UN DISPOSITIF POUR LA STÉRÉO-RADIOGRAPHIE AUTOMATIQUE

Par Léo-E. PARISEAU, F.R.C.P. (Canada),
Radiologiste de l'Hôtel-Dieu,
Professeur agrégé à l'Université de Montréal.

Dans « Paris Médical » — numéro du 7 février 1931 — le docteur Louis Dioclès a fait paraître, sur nos hôpitaux canadiens-français, un article très documenté dont nous extrayons ce qui suit: « Nous avons eu la surprise heureuse de trouver à l'Hôtel-Dieu notre appareillage de téléstéréoradiographie combiné avec un contact tournant américain Victor. L'adaptation électrique, particulièrement délicate, a été effectuée personnellement par le docteur Léo Pariseau, . . . etc. »

Avant de décrire un dispositif qui a largement fait ses preuves, nous nous permettrons de dire quel concours de circonstances nous a induit à l'imaginer, puis obligé à le construire.

En 1927 nous faisons l'acquisition des châssis stéréoscopiques porte-ampoule et porte-cassettes que la maison Gaiffe-Gallot venait de mettre au point, d'après les indications du distingué radiologiste de l'Hôtel-Dieu de Paris, monsieur Dioclès.

L'outillage présentait sur tous les modèles américains plusieurs avantages incontestables: il permettait d'obtenir les grands déplacements de l'ampoule qui s'imposent en téléradiographie; il utilisait pour les deux poses du couple stéréoscopique le même faisceau de rayons centraux; il était construit de telle façon que l'on pouvait faire une radioscopie préalable, en vue d'orienter le patient et de le « mettre en plaque »; enfin, il substituait à des manoeuvres multiples et fastidieuses l'automatisme le plus absolu.

Malheureusement les constructeurs offraient en vente un ensemble composé de pièces que nous voulions acquérir, et d'autres, plus coûteuses, que nous possédions déjà. Nous n'achetâmes que ce qui nous convenait, renonçant pour l'heure aux bienfaits de l'automatisme.

Après quelques mois, sur notre prière instante, un ingénieur de la maison tenta d'établir une liaison électrique entre nos appareils américains et nos appareils français. Le résultat fut très décevant, et nous fit abandonner la partie pour un temps.

Un peu plus tard, il nous fut donné de prendre contact avec un autre ingénieur de la firme, qui proposa une solution acceptable, encore qu'incomplète. Mais déjà, élargissant nos vues, nous rêvions de mettre au point un petit instrument autonome, dont l'adjonction assurerait les avantages de l'automatisme à TOUS les possesseurs d'appareils de stéréoradiographie.

C'est lui que nous présentons ici, en nous portant garant de sa robustesse et de son infaillibilité. Les spécialistes en électrotechnique n'auront qu'à jeter un coup d'oeil sur le plan ci-joint pour comprendre le rôle du « déclancheur » et le mode de montage électrique établi autour d'un unique bouton de commande. Quelques détails ajoutés à la fin de l'article les renseigneront pleinement.

Mais nous avons pensé que les non-initiés nous sauraient gré de leur offrir un bref catéchisme sur les principes de la stéréoscopie en général, et sur les avantages de la stéréoradiographie automatique. Voici :

Les deux yeux d'un observateur ne voient pas mieux qu'un seul les contours et la couleur des choses. Par contre, deux yeux voient ce qu'un seul ne saurait voir : les *reliefs* d'un objet et les *distances* qui séparent divers objets échelonnés dans l'espace, en profondeur. A la suite d'un véritable raisonnement appliqué à chaque cas particulier, joint à l'expérience, le borgne peut acquérir des notions assez précises de distance et de modelé ; il n'en reste pas moins très loin de l'exquise sensation du relief, du véritable sens stéréoscopique départi à ceux qui ont la vision binoculaire.

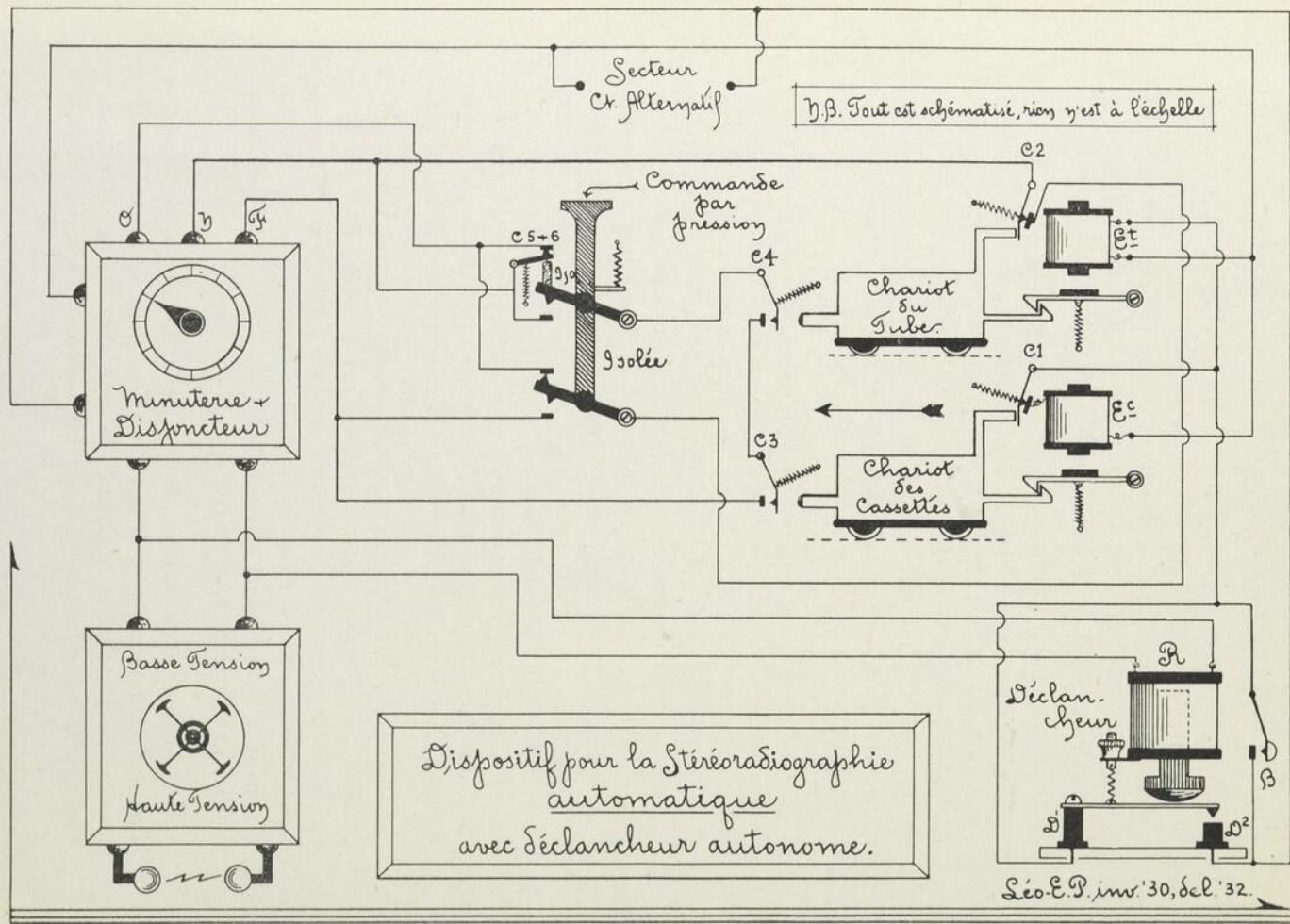
Entendons bien, cependant, que ce n'est pas le fait de transmettre deux images à l'esprit qui constitue l'élément physique de ce sens, mais plutôt le fait de transmettre deux images *différentes*. Ceci posé, passons de la stéréovision à la *stéréophotographie*.

Ici le but visé par l'opérateur sera de reproduire sur des surfaces planes photo-sensibles les deux tableaux qui se projettent, respectivement, sur ses rétines. Il pourra dès lors offrir à quiconque ses deux « photos » *dissemblables*, en ayant soin de présenter à chaque oeil l'image qui lui revient en propre, et n'importe qui retrouvera dans l'espace, par-delà le carton ou la vitre, les reliefs et les perspectives du sujet reproduit.

En somme, la stéréophotographie exige deux chambres noires avoisinantes, de dimensions égales, portant deux objectifs soigneusement appariés, et deux plaques ou films sensibles. Mais il y a, pourrait-on dire, une stéréophotographie du *pauvre*. C'est qu'on obtient d'excellentes images en relief avec un appareil unique si l'on a soin, entre les deux poses du même sujet, de *déplacer* horizontalement l'objectif sur une distance égale à l'écartement interpupillaire moyen. Le résultat peut fort bien être meilleur que celui obtenu avec deux appareils jumelés, puisque c'est la même lentille qui fait les deux photographies; mais il ne faut pas, cela va sans dire, que le sujet à reproduire *se déplace entre les deux prises*. Retenons ce qui précède, et passons à la *stéréoradiographie*.

Cette fois les conditions physiques sont autres. Une radiographie, c'est l'ombre chinoise projetée par un objet dont les parties *intérieures* sont plus ou moins opaques à une radiation pénétrante. On a donc eu raison de donner à l'image obtenue avec les rayons X le nom de skiagramme (de $\sigma\chi\iota\alpha$, ombre). Si l'expression n'a pas fait fortune, ce n'est pas faute d'être juste.

Déplaçons dans l'espace la source de lumière pénétrante — l'ampoule radiogène — et nous obtiendrons *deux skiagrammes dissemblables*. Présentons à chacun de nos yeux l'une de ces silhouettes, et nous aurons du coup l'impression de regarder *dans* le



sujet comme on regarde, dans un bocal, les différentes parties d'un spécimen anatomique. C'est là le principe de la stéréoradiographie. Passons à ses techniques.

L'équivalent radiologique de la stéréophotographie du riche serait: *deux tubes* à rayons X projetant leur faisceau sous des incidences différentes au-travers du sujet, et, à une certaine distance derrière ce sujet, l'un près de l'autre, *deux films* sensibles enregistrant les ombres portées. Alors on obtiendrait *simultanément* les deux skiagrammes. Malheureusement il n'est point possible d'opérer ainsi.

D'abord, le film doit être placé au contact du sujet. Il faut donc remplacer un film par l'autre, et la double pose simultanée s'avère, du fait, impraticable. Une seconde nécessité nous oblige, pour l'heure, à recourir aux expédients: il est pratiquement impossible de se procurer deux tubes absolument comparables sous tous les régimes d'intensité et de tension. C'est donc, règle générale, la même ampoule qui doit se *déplacer* pour faire *successivement* les deux radiographies... Ceci reconnu, voyons en quoi consistera *l'automatisme*, et quels pourront être ses avantages.

Avec un outillage primitif, les mouvements à exécuter pour la prise d'une stéréoradiographie seront les suivants: 1°. prise du premier cliché; 2°, décrochement du chariot porte-tube; 3° décrochement du chariot porte-films; 4°, prise du second cliché. — Ajoutez à cela le voyage aller-retour, quand l'appareil de stéréoradiographie n'est pas installé immédiatement à côté du tableau de commande, ce qui arrive souvent. Soit: six mouvements « conscients et organisés ».

Ces manoeuvres ont enfin été simplifiées, il n'y a pas si longtemps, grâce à l'addition aux chariots porte-films et porte-tube d'électro-aimants de dé clic actionnés par un bouton à portée de la main, près du tableau de contrôle électrique. De 6, les mouvements nécessaires passent à 3; c'est beaucoup moins, mais c'est encore trop. En effet, les modèles du radiographe sont, par essence,

des modèles qui bougent, ou tendent à bouger: malades agités ou pusillanimes, estomacs au péristaltisme intense, poumons incapables de rester en apnée, bassinets du rein en voie d'évacuation, etc.

La stéréoradiographie *automatique* réduit les manipulations, de trois qui subsistaient dans les conditions les plus favorables, à *une seule*. Elle supprime absolument les erreurs et les pertes de temps imputables à l'opérateur; elle réduit au minimum les imperfections découlant du fait que le patient n'est pas absolument immobile. *Elle s'impose donc.*

La stéréoradiographie automatique était complètement réalisée, en 1927, par l'appareillage de Dioclès. Depuis, un fabricant américain est allé plus loin encore: les deux chariots reviennent automatiquement à leur position de départ! (Ce raffinement, bien entendu, n'ajoute rien à la qualité des clichés)

Mais les appareils de Dioclès, de Kelly-Koet, et d'autres que nous passons sous silence, sont de véritables *ensembles*. Or nous estimions depuis longtemps, qu'il fallait considérer le porte-ampoule et le porte-cassette comme un *bloc*; nous nous étonnions de ne pas voir *tous* les chariots munis désormais d'électro-aimants déclencheurs, ainsi que de contacts électriques au départ et en fin de course. Le générateur et ses accessoires constituaient un autre tout complet qu'il fallait juger à ses mérites. Entre ces deux groupes nous imaginions deux petits organes de *liaison*, simples, faciles à construire et peu coûteux.

Nous les avons réalisés, moyennant un déboursé total de quelques dollars. Pour ceux qui voudraient nous imiter, voici des précisions d'ordre purement technique:

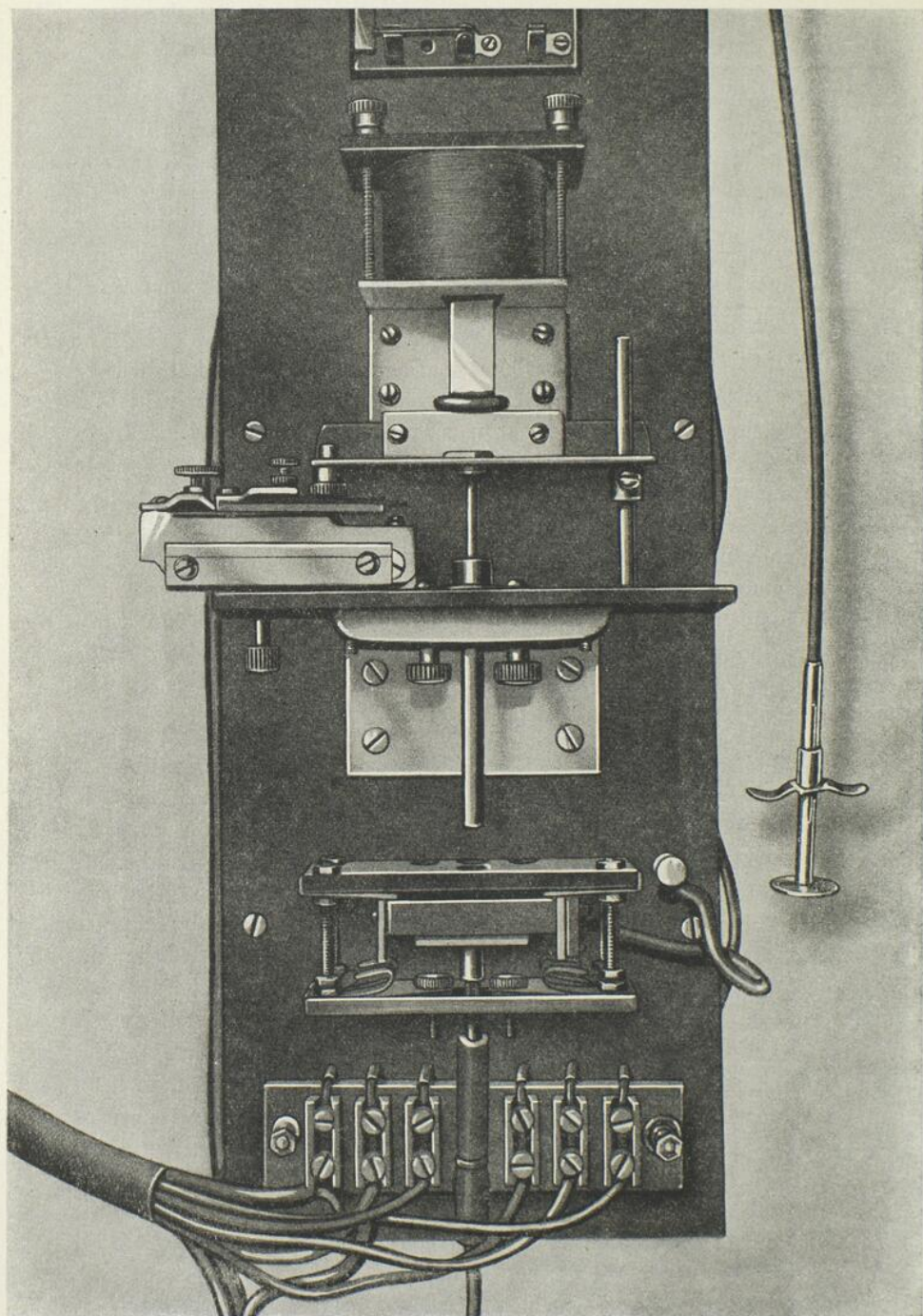
1° *Les chariots porte-tube et porte-cassettes* sont supposés munis d'électro-aimants et de contacts électriques — au départ et à l'arrivée, comme dans le Dioclès. (Voir le plan schématique ci-joint).

2° *L'ensemble minuterie-disjoncteur*, quelle que soit sa provenance, présente toujours trois contacts assurant la fermeture

momentanée du courant, et sa rupture brusque, la pose faite. Ces trois points stratégiques sont indiqués par les lettres O. N. F., sur le plan. Le courant est établi lorsque l'on fait communiquer "N" avec "F"; il est rompu quand "N" est remis dans sa position de repos, en communication avec "O". (A moins, bien entendu, que la minuterie n'intervienne pour interrompre le courant, en faisant elle-même le contact N-O.)

3° *Le déclancheur* est chargé d'assurer sans retard le démarrage des deux chariots, qui doivent passer de la position initiale à la position terminale avant que s'opère la seconde pose. L'ingénieur Guinodéau nous avait suggéré d'adjoindre à l'élément mobile de notre rupteur, (modèle Victor), un ressort dont l'extrémité distale serait coiffée d'une petite masse. L'inertie de cette masse l'entraînerait jusqu'à faire le contact nécessaire pour l'activation passagère des aimants "Et" et "Ec". — L'idée était réalisable, et nous devons remercier celui qui nous aiguilla dans la bonne voie; mais il nous a paru préférable de construire *un déclancheur autonome*, n'ayant avec le reste que *des accointances électriques, et non mécaniques*. En voici la description:

L'électro R est raccordé aux bornes de basse tension du transformateur alimentant l'ampoule à rayons X. Son noyau est mobile et tend à sortir sous l'action de la pesanteur. L'enroulement du solénoïde est prévu de telle façon que le noyau soit infailliblement aspiré, aux plus faibles régimes utilisés en radiographie. Il n'y a pas d'échauffement à craindre quand la tension est poussée, parce qu'il s'agit alors de poses très courtes. De plus, le noyau est fait de tôles laminées afin d'éviter l'échauffement par courants de Foucault. Ce noyau repose sur le ressort "D1" dont la défense est suffisante pour empêcher qu'il n'y ait, au repos, contact entre "D1" et "D2". (Le mode de réglage de la tension du ressort est, tout au plus, *suggéré* sur notre plan schématique.) Quand la première radiographie se fait, "R" happe son noyau et le maintient en l'air. Sitôt qu'elle est finie, le noyau retombe, et, son inertie lui permettant de vaincre pour un instant la résistance de la lame, il s'établit entre D¹ et D² le contact qui active les électros "Ec" et "Et". Il



s'ensuit que les deux chariots, décrochés, sollicités dans le sens de la flèche, passent à leur seconde position. Le reste est l'affaire du contacteur.

4° *Le contacteur.* Un ressort vigoureux le maintient dans sa position de repos, en dépit de l'antagonisme du ressort plus petit qui tend à séparer les contacts "C5" et "C6". En appuyant sur le bouton du contacteur on fait la première pose; immédiatement après, les chariots se mettent en mouvement, et les contacts C1 et C2 se rompent. En fin de course les chariots ferment les contacts C3 et C4, qui commandent la seconde pose; mais celle-ci ne s'établit que lorsque le plus lent des chariots est arrivé à destination. La seconde pose faite, tout meurt sous le doigt qui a maintenu la pression, parce que la minuterie se charge elle-même de rompre le courant du secteur, en faisant communiquer "N" et "O". Dès ce moment, l'on peut abandonner l'appareil. Tout est fini, un seul geste a tout fait.

NOTES SUR UN MONTAGE SEMI-AUTOMATIQUE

Le déclancheur et le contacteur, agissant de concert, assurent l'automatisme intégral; mais on obtient un demi-automatisme très satisfaisant avec le déclancheur seul et la paire d'électro-aimants (Et et Ec) que la plupart des fabricants d'appareils fournissent maintenant sur demande. Il suffit de faire la pose au moyen du bouton adjoint à toutes les minuterics; "R" se charge de la mise-en-branle des chariots, et, dès lors, une nouvelle pression sur le même bouton opère la seconde pose. Il n'y a donc plus à faire la navette entre deux commandes, comme cela se pratique généralement. On peut jouir des avantages du semi-automatisme même en l'absence des contacts C1, C2, C3 et C4. Il suffit d'avoir le déclancheur autonome.

Notre propre modèle, dont nous donnons ici la photographie, bien que construit à la maison et avec des matériaux de

fortune, comporte certains raffinements dont on peut fort bien se passer, v.g.: les vis de réglage de la tension du ressort D1 et de l'écartement entre D1 et D2, ainsi que la commande du contacteur au moyen d'un câble métallique demi-souple du type employé pour actionner les obturateurs photographiques.

Enfin, nous avons fait une coupure sur l'un des fils allant du transformateur à l'électro-aimant "R", en vue de mettre celui-ci au repos. (La coupure ne figure pas sur le plan). Il n'y a pas grand inconvénient à laisser le commutateur fermé tout le temps, l'enroulement de "R" et son noyau ne pouvant s'échauffer dangereusement; mais il va sans dire que les déclics de "Et" et "Ec" claqueront alors à chaque interruption du courant dans le transformateur. Par contre, il y aurait quelque ennui si l'on oubliait de fermer le commutateur avant de faire une stéréoradiographie. Seule la première pose se ferait, et l'on attendrait en vain le reste. C'est alors qu'une pression très courte sur le bouton de secours "B" sauvera la situation, en faisant décrocher les chariots par le courant du secteur.

L'ÉVOLUTION DU TRAITEMENT DE L'APPENDICITE AIGUË

Par ERNEST E. TROTTIER, F.R.C.S. (Canada),
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

On croit généralement que l'appendicite est une maladie dont la découverte remonte à une époque assez récente; cette affection était, en effet, à peine connue il y a une quarantaine d'années, mais elle fut étudiée bien avant cela.

Si l'on s'en rapporte à Castaigne, du moins en France, l'appendicite était déjà connue il y a plus d'un siècle. En 1827, Mélier, membre de l'Académie de Médecine, publiait sur cette question, un travail qui parut dans le « Journal général de médecine ». Il est vrai que « ce travail est basé sur des observations cliniques avec autopsie », mais les constatations, qu'il sut en tirer, n'en sont pas moins vraies et précises: « Si ces affections, dit-il, n'ont pas été plus souvent observées, c'est qu'on n'a pas donné assez d'attention à l'appendice, organe réputé peu important et dont, à l'ouverture des cadavres, on néglige de constater les lésions. « Mélier voyait même plus loin; en décrivant, d'une façon assez complète, les principaux symptômes de l'appendicite, il prévoyait déjà aussi le traitement chirurgical: « S'il était possible, disait-il, d'établir d'une manière certaine le diagnostic de ces affections, on concevrait la possibilité d'en débarrasser le malade au moyen d'une opération; on arrivera peut-être un jour à ce résultat. »

Beaucoup plus tard, en Amérique (1886-1888), Réginald Fitz, de Boston, contribua par ses travaux à démontrer la fréquence de l'appendicite et la nécessité de l'opération. A la suite de ces observations, Talamon en France (1890) publia son livre intitulé « Appendicite et Pérityphlite ».

A partir de ce moment, la question de l'appendicite attira sérieusement l'attention du monde médical. Parmi ceux qui étudièrent cette maladie, Dieulafoy se place au premier rang. Il suffit,

aujourd'hui, de relire ses cliniques, pour se convaincre qu'il y a bien peu à ajouter aux symptômes qu'il a décrits et au traitement qu'il a préconisé. Le premier il affirma: « qu'il n'existe pas de traitement médical de l'appendicite aiguë ». L'essence de son enseignement peut se résumer dans ces lignes qu'il écrivait il y a au-delà de trente ans: « Il y a des appendicites à début bruyant, douloureux, fébrile qui, en peu de temps, en quelques heures, acquièrent une très vive intensité. Ici l'opération précoce, hâtive, est la règle absolue: ces appendicites doivent être opérées dans les vingt-quatre premières heures, aussi rapidement que les circonstances le permettent. C'est en pareil cas que la gangrène de l'appendice et la péritonite sont hâtives; c'est en pareil cas que l'opération, renvoyée au lendemain, peut coûter la vie au malade. En résumé, pour mettre tous les atouts dans son jeu, vingt-quatre heures me paraît un délai maximum pour les appendicites d'apparence grave et trente-six à quarante-huit heures pour les appendicites d'apparence légère. »

Cet enseignement fut loin d'être accepté par tout le monde; il se forma deux écoles: les temporisateurs qui, mettant leur confiance dans le refroidissement, attendaient la disparitions des phénomènes fébriles pour intervenir; et les interventionnistes qui acceptaient la formule de Dieulafoy.

Nous avons assisté, pendant vingt ans, aux disputes des deux camps adverses, mais la lumière finit un jour par jaillir de cette discussion; maintenant l'accord semble être bien fait: les interventionnistes ont triomphé, ou plutôt l'expérience a établi, à l'évidence, la supériorité de leur formule.

Si nous parcourons la littérature médicale d'il y a dix ans, nous trouverons que le refroidissement dans l'appendicite aiguë était encore en grand honneur; nous y trouverons aussi que la mortalité était très élevée.

L'idée nous vint, en 1923, de faire un relevé des cas d'appendicite opérés à l'Hôtel-Dieu durant les trois années précédentes. Il nous fut possible, de la sorte, d'établir une statistique fort intéressante: du nombre de cas opérés, de ceux opérés dès leur arrivée à

l'hôpital, de ceux qui furent refroidis, de la date du début de la crise, du sexe, de l'âge, etc. Ce rapport démontra, d'une façon incontestable, la faillite du refroidissement, et ensuite, que plus l'intervention avait été pratiquée près du début de la crise, moins il y avait eu de mortalité. Ce travail fut soumis au Bureau Médical de l'Hôtel-Dieu, et nos conclusions, en faveur de l'intervention précoce dans l'appendicite aiguë, furent acceptées.

L'année dernière, la Société de chirurgie de Paris mettait de nouveau la question de l'appendicite aiguë à l'ordre du jour. Après avoir suivi avec beaucoup d'intérêt ce débat, dans les Bulletins de la Société, nous avons pensé qu'il pourrait être utile aussi bien qu'intéressant, de connaître l'évolution de notre hôpital sur cette question durant les dix dernières années. Nous avons donc refait, pour les années 1929-1930-1931, le même travail qu'il y a dix ans.

Nous avons la satisfaction de pouvoir présenter aujourd'hui des statistiques très honorables.

En voici le tableau :

MALADES OPÉRÉS

Début de la crise	12hrs	24hrs	36hrs	48hrs	3jrs	4jrs	5jrs	6jrs	7jrs	8jrs	9jrs	10jrs et plus
Année 1929	4	27	2	28	13	9	5	5	1	4	5	11
Année 1930	2	21	3	45	12	10	5	2	0	5	1	12
Année 1931	5	22	8	29	20	15	3	5	0	1	5	24
Total	11	70	13	102	45	34	13	12	1	10	11	47
Morts	0	0	0	1	4	7	2	2	1	2	3	11

Résumons: Cas opérés: 369; guérisons: 336; morts, 33, soit 8.94 pour cent. Ces chiffres comparés à ceux de 1921 montrent un résultat de 75 pour cent meilleur dû surtout à l'intervention précoce.

Pour compléter, nous ajouterons que les sexes sont répartis entre 234 hommes et 135 femmes, et que le plus grand nombre de cas se trouve entre l'âge de dix ans et de trente ans.

Si nous analysons ce tableau, nous constatons d'abord que la majorité des malades furent opérés pendant les trois premiers jours de la maladie; savoir 241 cas donnant seulement 5 morts, soit 2.07 pour cent. Ceci démontre bien que les médecins savent faire un diagnostic précoce de l'appendicite, et qu'ils savent surtout convaincre les malades de se faire opérer de bonne heure. Le corps médical, pour employer une expression populaire, est donc à « la page », mais le public . . . nous y reviendrons.

Un mot de la purgation; il est à remarquer que sur les 33 morts dix-huit furent purgés avant de voir le médecin, ils furent tous opérés en pleine évolution de péritonite; il nous semble donc inutile d'insister plus longuement sur cette pratique condamnable.

Nous avons fait quelques recherches, afin de nous rendre compte de ce qui se faisait ailleurs. En 1929, le Dr Cairns, directeur de la Santé Publique de la ville de Philadelphie, voulant découvrir la cause de la haute mortalité par l'appendicite aiguë, fit instituer une enquête dans les hôpitaux de Philadelphie. Le taux de la mortalité entre 1913 et 1923 était de 22.3 pour cent pour tous les Etats-Unis et de 18 pour cent pour la ville de Philadelphie.

Nous résumons aussi fidèlement que possible quelques aperçus de ce rapport: « On prétend, en certains milieux, que les statistiques peuvent tout aussi bien servir à réfuter un argument qu'à le défendre, suivant l'interprétation qu'on veut bien en faire. Tout de même, beaucoup d'entreprises sérieuses se basent sur elles. Nos statistiques portent sur deux séries opératoires, étudiées le plus honnêtement possible, dans 27 hôpitaux de Philadelphie. La première série comprend 5121 cas opérés durant les années 1928 et 1929 avec une mortalité de 5.97 pour cent. La deuxième série est pour l'année 1931, avec 1002 cas et une mortalité de 8.70 pour cent. »

Il faut bien admettre que le taux de la mortalité, dans un hôpital, ne rend justice, ni à l'hôpital, ni aux chirurgiens; car

beaucoup de causes morbides existent déjà avant l'entrée du malade à l'hôpital: tel que le mauvais état général, l'effet d'une purgation, la péritonite, etc. Ces éléments enlevés, la mortalité à l'hôpital ne devrait pas dépasser 1 à 2 pour cent. Le rapport s'étend aussi longuement sur l'abus des purgatifs: sans leur attribuer tout le mal, ils contribuent dans une large part à la haute mortalité.

Le 25 mars 1931, Pierre Duval et Ameline présentaient, devant la Société de Chirurgie de Paris, une série de 752 cas d'appendicite aiguë opérés d'urgence chez les adultes. Duval exige, dans son service, une discipline très rigoureuse au sujet des cas d'appendicite aiguë; voici la règle strictement observée: « 1° Toute appendicite aiguë doit être opérée aussitôt son entrée à l'hôpital, quel que soit le temps écoulé depuis le début de la crise;

2° L'appendice doit être systématiquement recherché et tous les efforts doivent tendre à l'enlever;

3° La question du drainage doit être résolue de la façon suivante: pas de drainage, c'est-à-dire fermeture complète de la séreuse, des muscles et de la peau, lorsque l'appendice ne présente pas de sphacèle et que le péritoine ne contient que de la sérosité; dans tous les autres cas, drainage aux tubes de caoutchouc uniques ou multiples; jamais de Mikulicz;

4° Sérothérapie antigangréneuse immédiate et intensive, s'il y a indication.

Les 752 cas dont nous parlons ont été opérés suivant cette doctrine.

Voici les résultats: 752 cas, 67 morts.

Mortalité générale: 8.9 pour cent. »

Ce résultat, dit Duval, peut être tenu pour honorable, mais non satisfaisant. « L'étude de notre statistique, dit-il, nous montre de la façon la plus évidente que, dans notre milieu hospitalier, la crise d'appendicite aiguë vient régulièrement trop tard au traitement chirurgical. »

Maintenant, à quelles conclusions faut-il s'arrêter ? Qu'y a-t-il à faire pour diminuer la mortalité dans l'appendicite aiguë ? Il semble superflu d'insister sur la nécessité absolue de l'intervention précoce, tous les médecins reconnaissent aujourd'hui l'excellence de cette pratique. Comment alors expliquer une mortalité de 5 à 8 pour cent ? Il a fallu trente ans pour convaincre les médecins que la seule thérapeutique de l'appendicite aiguë c'était l'opération et surtout l'opération faite dès le début de la crise. Combien faudrait-il de temps pour faire l'éducation du public et l'amener à accepter entièrement cette précieuse formule: appendicite aiguë: opération être qu'aléatoires.

Comment faire cette éducation ? Si dans les Sociétés médicales, dans les hôpitaux et dans les milieux où on est chargé de veiller sur la santé publique, on s'est alarmé des ravages causés par cette maladie, il nous semble que le temps est venu d'inviter le public à considérer la question et de prendre ses responsabilités.

Il y a encore trop de gens qui meurent de l'appendicite; comme autrefois il y en avait trop qui mouraient de la « picotte », ou du « mauvais mal de gorge ». Cependant, la variole est disparue, et la diphtérie est presque une chose du passé. Ceci ne s'est pas fait tout seul; il se peut qu'il soit plus facile de convertir les gens en temps d'épidémie, mais les moyens qui réussirent dans le passé sont encore à notre disposition.

On peut attirer l'attention populaire par des procédés divers: aux économistes on peut exposer la valeur du capital humain, comme le fit le Dr Cairns dans son rapport. « Des 5121 patients qui furent opérés, dit-il, les cas bénins représentent 34,726 jours d'hospitalisation et les cas graves 57,049 jours, ce qui donne une différence de 22,324 jours. Si on admet une dépense moyenne de trois dollars par jour par patient, ceci représente une perte de \$66,972. Maintenant, si nous considérons les 306 cas de mort, au point de vue économique, nous trouvons que 73.2 pour cent ou 224 moururent de péritonite, dont 98.4 pour cent furent purgés. Les compagnies d'assurance évaluant chaque vie humaine à environ \$5,000 ceci représente une perte approximative de \$1,060,00. »

On peut aussi atteindre le public par l'intermédiaire du médecin de famille, dans les revues populaires, les Conférences d'hygiène, les Unités sanitaires, etc. A notre sens, il faudrait commencer par faire l'éducation de la jeunesse, et ici il ne s'agit pas seulement de l'appendicite. Que de déboires seraient évités, si nos jeunes gens possédaient les notions essentielles d'hygiène et de prophylaxie.

Ne serait-il pas possible, dans nos maisons d'éducation, de consacrer une « petite heure » par semaine à l'enseignement d'une science nécessaire, alors qu'on en consacre beaucoup d'autres à des choses pas plus importantes. Souhaitons donc que ceux qui ont charge d'instruire nos enfants contribuent aussi quelque peu à leur faire apprécier le plus grand des biens: la Santé.

Nous ne saurions mieux terminer ce travail, qu'en citant quelques extraits du rapport de Pierre Duval à la Société de Chirurgie de Paris.

« Nous avons cru devoir reprendre la campagne en faveur de l'opération précoce dans la crise d'appendicite aiguë puisque malheureusement des hommes comme Dieulafoy, Routier, Témoin, n'ont pu, en France, créer la conviction entière.

Il y a là une oeuvre salutaire à reprendre et nous désirons voir la Société Nationale de Chirurgie en prendre la direction.

Son opinion est formelle et unanime. En manière d'appendicite aiguë, le salut dépend uniquement de la précocité de l'intervention. Ne conviendrait-il pas de rappeler à tous ce fait incontestable ?

Et par tous, nous entendons: les chirurgiens, s'il en est encore qui ne sont pas persuadés; les médecins qui pratiquent encore le traitement d'attente, n'étant pas convaincus de la nécessité impérieuse de recourir le plus tôt possible au traitement chirurgical; le public, enfin, dont l'ignorance n'accorde pas une suffisante importance aux « maux de ventre », les traite à la légère par l'abominable purgation, et s'oppose parfois encore au conseil chirurgical.

Loin de moi la pensée de vouloir standardiser le traitement de l'appendicite aiguë, méconnaissant la variété des cas cliniques, et refusant toute initiative professionnelle.

Mais la vérité scientifique est là, indiscutable, et doit s'imposer à tous :

« L'opération précoce dans la crise d'appendicite aiguë est le traitement qui donne de beaucoup le plus grand nombre de guérisons. »

Voici les conclusions qui furent adoptées à l'unanimité par la Société de Chirurgie :

« Toute colique abdominale peut être le début d'une appendicite foudroyante, et doit donc sans retard, et sans aucun traitement personnel préalable, être soumise à l'examen médical.

Toute crise d'appendicite, si bénin qu'en paraisse le début, peut soudain se transformer en la plus grave des appendicites.

Toute crise d'appendicite aiguë, quelle qu'en soit la gravité initiale apparente, doit être opérée aussi près qu'il est possible du début de la crise.

Il n'existe pas de traitement médical de l'appendicite aiguë. Le meilleur traitement de la crise d'appendicite aiguë est l'opération dans les vingt-quatre premières heures de la crise. »

Ces conclusions exposent, d'une façon claire et précise, toute la question du traitement de la crise d'appendicite aiguë; elles indiquent sans ambiguïté la ligne de conduite à suivre.

Nous avons eu recours, dans ce travail, à de nombreuses citations, sachant que des témoignages autorisés sont capables d'impressionner plus fortement.

Enfin, si nous avons pu juger du grand progrès réalisé depuis vingt ans dans le traitement de l'appendicite aiguë, il reste, cependant, encore beaucoup à accomplir, souhaitons donc d'avancer toute immédiate. Sans la collaboration du public les résultats ne peuvent jours plus loin dans cette voie.

DIAGNOSTIC DES LEUCÉMIES

Par PIERRE-PAUL GAUTHIER,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Bactériologiste de l'Hôtel-Dieu.

Les examens du sang sont d'une importance indiscutable, aujourd'hui; en effet, qui niera la valeur de l'hyperleucocytose dans le diagnostic d'une appendicite aiguë en voie de suppuration et d'une leucopénie dans un cas de fièvre typhoïde.

Dans les leucémies, les symptômes cliniques entraînent une forte présomption en faveur du diagnostic; mais l'analyse du sang, seule, permettra d'affirmer l'existence d'une leucémie avec les caractères différentiels que nous connaissons. Les affections leucémiques ont été observées pour la première fois en 1884 par Bennett, qui, en constatant la pâleur du sang, donna à cette maladie le nom de *Leucocytémie*. En 1885, Virchow substitua à leucocytémie le nom de *Leucémie*, nom qui a été adopté par tous les auteurs jusqu'à nos jours.

A cette époque, beaucoup d'auteurs, avec Bard, en observant le grand nombre de cellules jeunes dans le torrent circulaire, comparèrent cet état à celui des tumeurs cancéreuses et regardèrent les leucémies comme un cancer du sang; cette idée était partagée par notre regretté maître le Professeur Latreille.

Les deux principales variétés de leucémies ont été mises en évidence grâce aux travaux d'Ehrlich. En effet, Ehrlich, avec ses recherches sur le fonctionnement des organes hématopoétiques et sur l'évolution des cellules sanguines, nous a ouvert des horizons nouveaux, en permettant de classer les états leucémiques suivant la prédominance des éléments trouvés dans la formule leucocytaire; avec cette formule leucocytaire, nous arrivons, aujourd'hui, à établir le diagnostic précis et incontesté de leucémie lymphoïde ou myéloïde.

A la période d'état de la maladie, nous pouvons observer les symptômes suivants: splénomégalie, hypertrophie ganglionnaire, lésion de la moëlle osseuse et un désordre du tissu sanguin.

L'amaigrissement, la perte de forces et la pâleur marquent l'anémie progressive qui s'installe, et, bien vite, la dyspnée d'effort complète le tableau. Cette maladie atteint surtout les adultes entre 30 et 50 ans; la leucémie aiguë s'attaque très souvent aux adolescents de 10 à 20 ans.

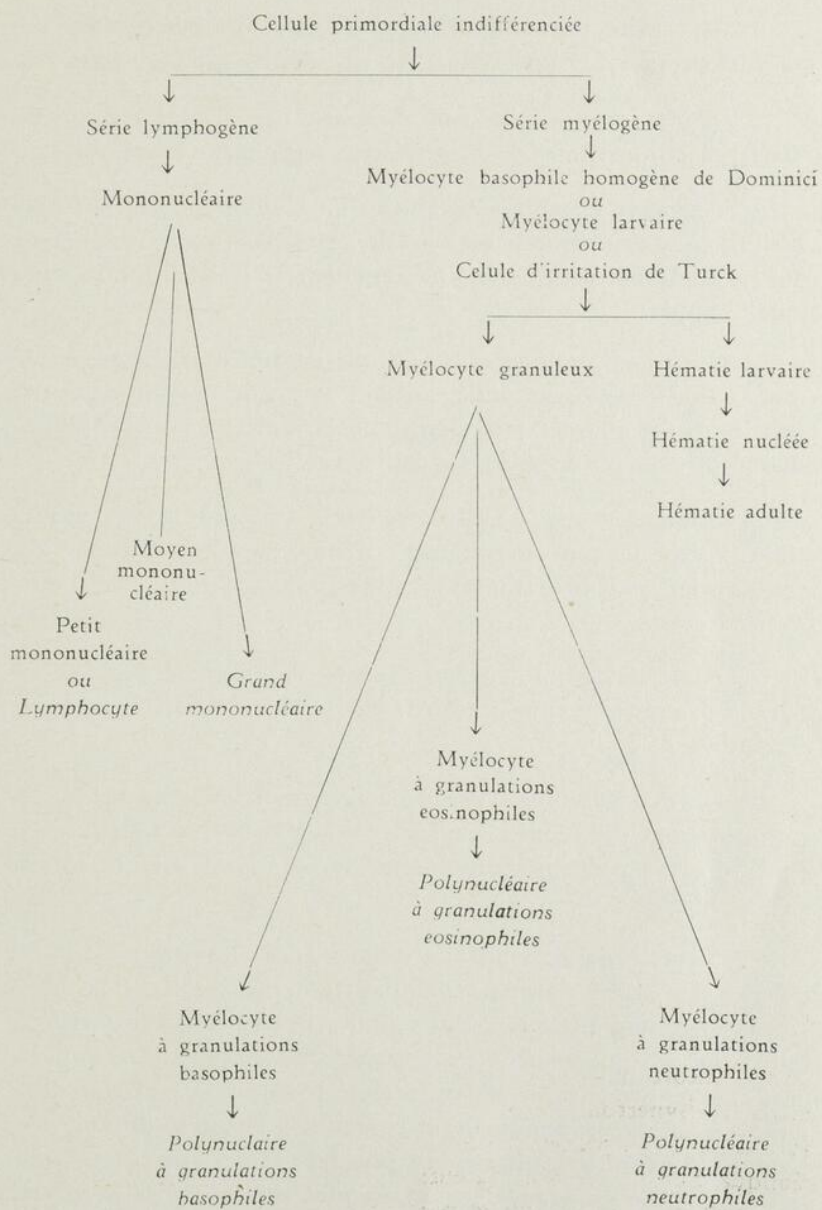
Les symptômes, que nous avons esquissés rapidement, ne permettent pas de poser le diagnostic de leucémie sans l'aide de la formule sanguine.

A cette période de la maladie, l'analyse cytologique du sang sera, croyons-nous, l'élément essentiel pour établir d'une manière certaine le diagnostic de leucémie avec les caractères différentiels intéressant chaque cas en particulier.

Avant d'entreprendre l'étude de l'état pathologique des sangs leucémiques, passons rapidement en revue l'origine des différentes cellules sanguines.

Nous savons tous que les éléments du sang viennent, sans exception, d'une même cellule qui est la cellule *primordiale indifférentiée*; cette cellule peut donner naissance aux cellules de la série myélogène ou aux cellules de la série lymphogène, elle est, même, la cellule donnant naissance aux globules rouges.

Comme il serait trop long et fastidieux de donner ici tous les détails concernant les différents stades d'évolution de la cellule mère et des cellules filles, nous avons cru bon de mettre sous les yeux du lecteur un tableau de Guy Laroche, tableau, qui permettra dans l'espace d'un instant de comprendre la genèse des cellules sanguines avec l'évolution de chaque cellule, évolution qu'il est nécessaire de connaître pour lire une formule sanguine de leucémie.



Faisant suite à ce tableau, nous donnons les descriptions ou caractères propres à chaque cellule tels que décrits par Guy Laroche.

« *Cellules primordiales indifférenciées.* — Cellules à noyau « clair peu chromatinien, à protoplasma légèrement basophile.

« *Myélocyte basophile homogène de Dominici (état larvaire.*
« Cellule à noyau arrondi ou ovalaire, très pâle, contrastant avec
« un protoplasma plus ou moins abondant et très basophile, plus
« que le noyau.

« *Myélocyte granuleux.* — Cellule de dimension assez varia-
« ble (8 à 20^u). Noyau étalé, arrondi ou ovale, pauvre en chro-
« matine. Protoplasma très chargé de granulations neutrophiles,
« basophiles ou eosinophiles suivant le cas.

« *Polynucléaire.* — Cellule de 10 à 12^u. Noyau très multi-
« lobé, formé de plusieurs segments réunis par des filaments, ces
« polynucléaires sont basophiles, neutrophiles ou eosinophiles sui-
« vant le cas.

« *Mononucléaires.* — *Les Grands mononucléaires* sont de
« grandes cellules volumineuses de 10 à 25^u. Noyau arrondi ou
« ovalaire.

« *Les Petits mononucléaires ou lymphocytes* de même que les
« *moyens* sont des cellules rondes de 6 à 10^u. Noyau volumineux,
« protoplasma peu abondant ou même paraissant presque absent
« (lymphocyte)».

A l'état normal, seules les cellules à développement complet quittent les organes hématopoétiques pour arriver dans la circulation sanguine à l'état de cellules adultes; mais, sous l'influence de causes encore inconnues, ces organes hématopoétiques peuvent entrer en hyperfonction et lancer dans le torrent circulatoire sanguin des cellules jeunes que nous trouvons à l'analyse du sang leucémique. Suivant certains auteurs, plus les cellules sont jeunes, plus la perturbation est grande et partant plus sombre est le pronostic.

Les symptômes cliniques des leucémies sont tellement variés et tellement peu pathognomoniques, qu'il est, croyons-nous, très difficile pour le médecin de faire un diagnostic précis de leucémie sans l'aide d'une recherche hématologique.

Certains prétendent, peut-être, que les cas de leucémies sont plutôt rares; pour notre part, nous croyons le contraire et, sans exagérer les chiffres, nous pouvons affirmer que dans la clientèle de notre laboratoire, nous avons l'occasion de poser le diagnostic de leucémies entre 25 et 30 fois l'an.

Examen du sang:

a) *Caractères macroscopiques.* — Le sang est pâle; cette pâleur est causé par la présence de nombreux globules blancs, par la diminution de l'hémoglobine. Le sang coule facilement; cette fluidité vient du fait que la coagulabilité est diminuée.

b) La numération renseignera l'hématologiste sur la quantité des éléments. L'hyperleucocytose est de règle et peut atteindre jusqu'à 300,000, 400,000 et 800,000 globules blancs par m.m. c. Les cellules jeunes deviennent visibles sur les frotis et la formule leucocytaire laisse voir une diminution des polynucléaires adultes, des mononucléaires normaux et une augmentation notable de myélocytes granuleux basophiles, eosinophiles ou neutrophiles.

c) La numération renseignera, de même, sur le nombre et la valeur des globules rouges. Généralement, les globules rouges sont diminués en nombre; à un stade plus avancé de la maladie, le syndrome de l'anémie pernicieuse prendra sa place dans le tableau et nous constaterons de l'anisocytose et de la poïklocytose avec de nombreuses hématies énucléées.

Les quelques tableaux ci-dessous donneront une idée de l'utilité des recherches hématologiques.

Observation 1.

Mlle M.-A. B., 19 ans, se présente pour douleur dans le côté gauche.

Examen subjectif: céphalée fréquente, dyspnée, faiblesse.

Examen objectif: aspect général assez bon, tumeur dans le flanc gauche, température.

1928									
Date	Globules Rouges	Globules Blancs	Polynucléaires	Lymphocytes	Gds monos.	Poly. eosinophiles	Myélocytes neutrophiles	Myélocytes eosinophiles	Hématies nucléées
28-4	3,450,000	655,000	57	10	2	2	23	4	2
14-5	2,985,000	640,000	72	6	1	1	13	5	3
1-6	3,910,000	290,000	63	12	2	2	11	6	1

Cette malade quitte l'hôpital améliorée avec état général meilleur, les céphalalgies ont cessé, elle se sent assez forte pour reprendre son travail, elle suit ses traitements régulièrement et, sous l'effet des rayons X, la formule leucocytaire est devenue presque normale. Arrive une grippe, la formule est de nouveau bouleversée, la malade perd rapidement ses forces et un matin ses parents la trouvent morte; elle avait fait une hémorragie foudroyante durant la nuit.

Observation II.

Mme P. S., le 3 octobre 1929, se présente dans le service pour asthénie, cachexie et une tumeur dans le côté gauche de l'abdomen.

1929									
Date	G. Rouges	G. Blancs	Poly-nucléaires	Lymphocytes	Gds monos.	Eosinophiles	Myélocytes neutrophiles	Myélocytes eosinophiles	Hématies nucléées
28-10	2,480,000	100,000	72	7	1	1	8	7	4
2-12	1,375,000	397,000	24	47	1	1	12	3	12

Malgré les rayons X, ce cas de leucémie aiguë évolue rapidement et la malade rentre dans son foyer pour mourir.

Observation III.

J. T. se présente pour douleur dans la région abdominale gauche.

Date	G. Rouges	G. Blancs	Polynucléaires	Lymphocytes	Eosinophiles	Myélocytes neutrophiles	Myélocytes eosinophiles	Hématies nucléées
9-5	2,500,000	675,000	44	5	3	35	8	4
23-5	2,250,000	427,000						
12-6	2,507,000	642,000						

Le malade venu pour observation quitte le service non amélioré malgré les traitements aux rayons X.

Observation IV.

Mme D., le 23 octobre 1923, se présente pour faiblesse avec tumeur dans la région gauche de l'abdomen. Chez cette malade, l'analyse cystologique du sang nous donne la certitude de leucémie aiguë.

G. Rouges	2,750,000
G. Blancs	650,000
Myélocytes neutrophiles	14%
Myélocytes eosinophiles	11%
Hématies nucléées	4%
Anisocytose	marquée.
Poïklocytose	marquée.

Observation V.

M. T., 18 ans, se présente, le 6 avril 1923, pour faiblesse. Son médecin l'envoie consulter pour une tumeur dans le flanc gauche. La cytologie du sang donne:

G. Rouges	2,200,000
G. Blancs	850,000
Myélocytes Neutrophiles	21%
Myélocytes eosinophiles	15%
Poïklocytose marquée.	
Anisocytose marquée.	
Hématies nucléées	3%

A peine le diagnostic fait, le malade quitte l'hôpital, mais revient pour ses traitements aux rayons X.

Après un mois de traitement nous trouvons la formule suivante:

G. Rouges	3,678,333
G. Blancs	630,000
Myélocytes Neutrophiles	28%
Myélocytes Eosinophiles	17%
Hématies nucléées	4%
Déformation globulaire marquée.	

Le malade quitte le service et meurt deux mois après, d'hémorragie.

Observation VI.

M. W. O. se présente, le 17 mars 1923 pour faiblesse et douleur au côté gauche; à l'examen objectif, nous trouvons une masse dans la région gauche de l'abdomen.

Date	G. Rouges	G. Blancs	Poly. neutrophiles	Lymphocytes	Gds monos	Poly. eos.	Myélocytes neutrophiles	Myélocytes eosinophiles	Hématies nucléées
12-3	3,711,000	163,750	81	3	2	3	5	5	1
24-3	5,057,000	175,150	69	10	3	4	8	5	1
2-4	4,079,000	95,625	54	4	10	2	21	7	1
12-4	4,300,000	121,666	49	1	12	2	28	6	2
18-4	4,850,000	115,853	59	5	10	5	23	3	2

Observation VII.

Le 5 février 1923 je suis appelé auprès d'un malade en état fébrile, le sero-diagnostic de Widal est négatif, l'analyse cytologique du sang nous donne des renseignements précieux, voici d'ailleurs la série d'analyses faites chez lui.

Date	G. Rouges	G. Blancs	Poly. neutrophiles	Lymphocytes	Gds monos.	Eosinophiles	Hématies nucléées
5-2	4,650,000	86,500	9	87	3	1	0
14-2	3,960,000	110,000	11	86	2	1	0
20-2	3,998,000	11,250	23	74	2	1	0
24-2	4,736,000	9,219	34	63	2	1	0
5-3	4,900,000	5,312	61	31	7	1	0
12-3	3,277,000	7,968	45	51	3	1	0
20-3	2,503,000	4,470	29	66	4	1	2
28-3	2,945,000	4,531	32	64	3	1	0
4-4	3,869,000	4,531	48	49	2	1	0
13-4	3,842,000	7,187	46	44	9	1	1
30-4	3,500,000	7,500	38	56	5	1	0

Le 30 avril, le malade quitte l'hôpital pour consulter ailleurs et nous savons qu'il mourait quelques semaines après son départ.

Nous publions ce court travail à la demande de confrères qui nous avaient priés de faire un résumé de la question.

Profitant de notre expérience de quelques douze ans sur l'évolution de la maladie chez les cas que nous avons observés, nous pouvons affirmer, en toute sécurité, que le meilleur traitement pour les leucémiques est sans contredit le traitement aux rayons X et aux arsénicaux. Les traitements sont toujours utilisés à titre palliatifs pour prolonger de quelques mois, peut-être, la vie du malade; en effet, jamais, nous n'avons constaté de guérison réelle et nous croyons que, malgré une amélioration, même notable, le pronostic reste sombre, car, rarement, les survies dépassent dix-huit à vingt mois.

La ligature et section des canaux déférents et l'orchi-épididymite de la prostatectomie.¹

Par BERDINO DUMAS,

Assistant à la Clinique d'Urologie à l'Hôtel-Dieu,
Chirurgien à l'Hôtel-Dieu.

Le chirurgien qui vient de faire une prostatectomie et qui visite quotidiennement son malade, le trouvera, peut-être, un bon matin, dans un état de profond découragement. La fistule sus-pubienne, fermée depuis quelques heures ou même quelques jours, s'est malheureusement ouverte; « ça crevé », le mot est bien connu. Toutefois, l'incident n'a pas de graves conséquences; le plus souvent, le temps de guérison n'en sera même pas modifié.

Mais, si le patient montre un état d'abattement beaucoup plus grand encore, un visage qui porte la marque de la plus profonde déception, s'il présente un air souffrant et malade, un état général qui semble même assez atteint, et que, sur la feuille de température une pointe se dessine vers 102°, 103° et jusqu'à 104°, le chirurgien devient alors soucieux: avant de procéder à aucun examen, il a déjà fait le diagnostic d'orchi-épididymite.

C'est que de toutes les complications qui peuvent survenir au cours de la prostatectomie, — si l'on excepte celles qui concernent immédiatement l'acte opératoire, — l'orchi-épididymite est la plus fréquente et celle qui comporte le plus d'ennuis et de soucis.

* * *

Les statistiques recueillies dans diverses publications en prouvent assez la fréquence. Elles varient suivant les milieux de 20 à 80%.

White, de Londres, s'est donné la peine d'examiner très attentivement les épидидymes de toute une série de ses prostatecto-

¹ Nous remercions vivement M. le Professeur agrégé Mercier qui nous a permis d'effectuer ce travail dans son service de l'Hôtel-Dieu, et qui nous en a grandement facilité l'exécution.

misés, et, à sa grande surprise, il a découvert que 82% de ses malades faisaient de l'épididymite. Il est vrai que dans son calcul il fait passer ainsi tous les cas où il a perçu la plus légère tuméfaction de l'épididyme et son moindre épaissement. S'il ne compte que les épидидymites confirmées avec tout le cortège symptomatique, il en arrive à une moyenne de 35%.

Parmi beaucoup d'autres, McKay, de Charlotte, N. C., rapporte 30% d'épididymites sur une série d'opérés du 1er janvier au 1er juin 1928; Randall donne un chiffre de 23%. Dans une étude très sérieuse, Alyea, de Baltimore, déclare un pourcentage de 39%. Les autres cliniques admettent généralement une moyenne de 20 à 40%.

En certains milieux, on considère cette complication comme tellement régulière, qu'on affecte à ce sujet une singulière indifférence; vu qu'elle augmente peu la mortalité, on la cite, même dans l'enseignement, comme une chose habituelle qu'on n'évite pas et qu'on doit toujours s'attendre à trouver.

* * *

On sait pourtant la douleur et les malaises qu'elle occasionne, les frissons qui l'annoncent, la fièvre qui l'accompagne. Dans certains cas, elle a entraîné la perte du testicule, et dans plusieurs, elle a causé une septicémie grave, fatale. Toujours, elle a placé ces vieillards faibles dans un état de moindre résistance d'où ils ont plus facilement contracté, qui, une congestion pulmonaire, qui, une pyélonéphrite avec de pénibles résultats.

De plus, chaque fois que cette complication survient avant une opération, celle-ci est retardée de 10 à 15 jours; il en est, de même, lorsqu'il s'agit de mettre en place la sonde à demeure pour fermer la fistule sus-pubienne, éloignant ainsi le temps de fermeture et le temps des mictions, et prolongeant parfois de deux à trois semaines le séjour à l'hôpital avec perte d'argent appréciable.

Mais, l'influence que l'épididymite exerce sur le moral dépasse, peut-être, encore de beaucoup son action sur le physique. Nous avons dit, plus haut, le découragement qu'éprouvent ces vieillards

qui ne souhaitent rien tant que de retourner dans leur milieu. Une fois guéris, ils ne manquent pas de raconter qu'ils n'ont jamais de leur vie subi de déception aussi vive.

Ce facteur moral n'est pourtant pas à dédaigner. Il entre pour une large part dans le succès du chirurgien. Le malade dont le moral s'est conservé intact, guérit mieux et plus tôt, il évite plus facilement les autres complications, ses tissus semblent garder plus de vigueur; il exige des soins plus faciles, et il conserve un meilleur souvenir de toute cette aventure qu'est la cure de l'hypertrophie de la prostate.

* * *

Quelles voies suit l'infection dans sa propagation à l'épididyme ?

Presque tous les auteurs reconnaissent que les prostatiques ont des urines infectées. A la Clinique de Baltimore, l'on en a trouvé 89%, et l'on prétend que la proportion augmente encore au cours de l'intervention.

Il s'ensuit que, de la vessie, l'infection a trois chemins tracés pour se rendre à l'épididyme :

1. La voie sanguine suivant laquelle une septicémie passagère va se résoudre en se localisant. Cette voie, si naturelle d'apparence, est à coup sûr celle qui est le plus rarement suivie; c'est du moins ce qui ressort de nos observations personnelles, — comme nous le verrons plus loin.

2. La voie lymphatique est plus généralement admise. C'est en suivant les vaisseaux lymphatiques qui cheminent au voisinage immédiat du canal déférent que l'infection se propagerait à l'épididyme. Cette théorie est fort plausible, et ne rencontre pas beaucoup de négateurs absolus.

3. La voie déférentielle porte directement l'infection par la lumière même du canal déférent. Cette dernière théorie semble réunir tous les suffrages, et c'est d'elle que s'inspirent ceux qui ont cherché à prévenir l'orchi-épididymite chez les prostatectomisés.

* * *

Y a-t-il en effet un moyen d'éviter cette complication? Quand elle est d'origine sanguine, il n'y a rien à faire. Mais, nous répétons que cette voie est tout à fait exceptionnelle, comme le font voir plus loin nos résultats.

Pour les autres orchio-épididymites, on a tenté (Young de Baltimore) la ligature des canaux éjaculateurs à leurs orifices, opération difficile, toujours douteuse, irréalisable souvent, et par suite inefficace. Mais, il existe un moyen bien simple, et qui a fait ses preuves, c'est la « *ligature et section* » des canaux déférents. C'est la méthode de Colston et Frontz; c'est aussi celle de Marion.

Chez les Américains, la ligature seule a eu de la vogue depuis deux ou trois ans. Et, cependant, on relève quelques épididymites chez ceux qui pratiquent cette méthode. Il n'en est pas de même chez les autres qui font la « *ligature et section* » des canaux déférents.

Cette technique doit être exécutée avec beaucoup de soins : Le canal déférent est repéré à travers la peau du scrotum, à la racine des bourses, entre le pouce et les deux premiers doigts de la main gauche; une incision d'un demi-pouce au bistouri est faite sur la peau en travers du canal déférent; une aiguille Reverdin passe sous celui-ci et ramène deux chefs de catgut qu'on attache séparément à un demi-pouce d'intervalle; et on sectionne entre les deux ligatures. La brèche cutanée est fermée par un point de catgut qu'on n'a plus la peine de toucher. Dans certains cas, le canal déférent s'isole très difficilement; la plus grande attention doit présider à ce temps opératoire. Marion n'hésite pas à dire que, dans de nombreux cas, la « *ligature et section* » des canaux déférents est plus difficile que la cystostomie ou la prostatectomie elle-même. On cite plaisamment la réponse qu'il faisait en pleine Société d'Urologie à un confrère qui prétendait avoir encore des orchio-épididymites, tout en faisant la « *ligature et section* » des canaux déférents. « C'était, disait-il, parce qu'on la faisait mal et qu'on ne savait pas la faire. »

Dans le Service d'Urologie de l'Hôtel-Dieu, sur une série de 169 prostatectomies, 10.6% seulement des opérés ne subirent pas la « ligature et section » des canaux déférents. *Sur ce nombre, soit 18, il y eut 6 cas d'orchi-épididymite, soit 33 $\frac{1}{3}$ %.* Il est résulté de tout cela que depuis 1929 la « ligature et section » des canaux déférents, au cours de la prostatectomie, se fait d'une façon systématique dans le Service, à l'instar de certaines grandes Cliniques européennes ou américaines, et c'est ce qui explique le petit nombre de cas non-ligaturés.

Dans les 151 cas restants qui subirent la « ligature et section » des canaux déférents, *il n'y eut pas un seul cas d'orchi-épididymite.* Et l'on peut dire maintenant que cette complication est inconnue dans le Service.

Cependant, nous avons observé 6 cas de funiculite, soit 3.9%. Mais, nous nous hâtons de dire que cette complication, exceptionnelle comme on le voit, est un accident infiniment moins important que l'orchi-épididymite. Dans un seul de ces cas, la température s'est élevée à 100 $\frac{2}{5}$ °. Un sac de glace sur le canal inguinal, et 24 heures après, 48 heures tout au plus, tout est disparu. Rien ne fut modifié dans la durée ou l'évolution de la maladie; c'est à peine, si trois de ces malades éprouvèrent un léger malaise, les autres ne s'aperçurent de rien.

De plus, et ceci nous fait croire que chez ces patients nous avons évité l'orchite, nous avons clairement constaté que l'inflammation et la tuméfaction du cordon se sont précisément arrêtées au niveau même de section du canal déférent.

Ces chiffres sont assez éloquents pour prouver l'excellence de la méthode. Nous avons la ferme conviction que par elle nous avons épargné aux malades une somme considérable de malaises et de douleurs, et économisé un montant appréciable de temps, d'argent et peut-être un certain nombre de vies.

* * *

La grande objection soulevée contre cette pratique de la « ligature et section » des canaux déférents repose sur le fait que les patients soumis à cette thérapeutique sont définitivement rendus stériles.

Nous n'entreprendrons point de faire l'exposition de tout ce qui a été dit ou écrit à ce sujet: hypothèses nombreuses plus ou moins fondées pour la défense ou la condamnation de la méthode. Disons de suite que pour plusieurs de ces opérés, vieillards débiles, la question de stérilité est hors de propos. Pour les autres, nous nous bornerons à exposer très brièvement les observations que nous avons faites chez nos patients.

D'abord, il ne s'agit pas d'impuissance. Nous ne sommes pas entrés dans le détail de la statistique; mais nous avons pu constater que la puissance était restituée chez les patients ayant subi la « ligature et section » des canaux déférents à un degré beaucoup plus marqué d'intensité et de durée que chez les autres opérés. Ce fait, d'ailleurs, est bien connu en dehors de la prostatectomie; les revues médicales, surtout américaines, abondent de publications où leurs auteurs démontrent la restauration de la puissance par la ligature et la section des canaux déférents. Il n'y a donc rien de changé au point de vue génital, et les sensations sont les mêmes durant tout l'acte du coit. On comprend que l'éjaculation fasse défaut, bien que par la sensation elle paraisse se produire.

Au point de vue anatomique, les canaux éjaculateurs s'ouvrent de chaque côté du veru montanum entre les deux sphincters de l'urètre. Le physiologiste nous enseigne qu'au moment de l'éjaculation le sphincter externe se dilate d'une façon spasmodique, pendant qu'il existe une contraction ferme du sphincter interne.

Or que se passe-t-il chez le prostatectomisé ? On sait, maintenant, que ce qu'on appelle hypertrophie de la prostate, n'est en réalité que l'hypertrophie ou la transformation néoplastique des glandes périurétrales situées à l'intérieur du sphincter vésical ou sphincter interne de l'urètre. Au cours de leur développement, ces masses néoplasiques repoussent en dehors, en les comprimant, les lobes prostatiques vrais, qui sont parfois écrasés au point de ne présenter que quelques millimètres d'épaisseur. Et, dans ce processus de refoulement, les fibres du sphincter interne, situées entre ces masses et la prostate même, sont toutes dissociées ou détruites; ce

qui en reste saute avec l'adénome, comme on peut le voir au microscope; de telle sorte que le sphincter interne est tout à fait anéanti après la prostatectomie.

On comprend, alors, que l'éjaculation du prostatectomisé n'attende pas l'ouverture spasmodique du sphincter externe, mais qu'elle projette le sperme, à l'instant, dans la vessie, qui s'ouvre au voisinage immédiat des orifices des canaux éjaculateurs par la cavité prostatique.

De plus, interrogés dans ce sens, nos patients non-ligaturés ont noté sans exception que la première miction qui suit le coit, émet des urines chargées d'une substance qui ressemble absolument au liquide spermatique.

Cette brève exposition anatomo-physiologique et ces faits cliniques prouvent assez l'inanité de l'objection qu'on a faite; puisque, de toute façon, et quelle que soit la technique usitée, le résultat reste finalement le même.

* * *

En concluant nous retiendrons:

1. Que l'orchi-épididymite est une complication importante et très fréquente de la prostatectomie;
2. Que la « ligature et section » des canaux déférents est le moyen par excellence pour l'éviter;
3. Que par ce moyen le pourcentage d'orchi-épididymites post-opératoires est tombé de $33\frac{1}{3}\%$ à 0 dans le Service d'Urologie de l'Hôtel-Dieu;
4. Que cette méthode n'empêche pas la funiculite, affection rare et peu importante;
5. Que l'objection de stérilité chez les prostatectomisés est vaine et non avenue;
6. Que tout ce qui est dit plus haut, a été démontré dans plusieurs Cliniques européennes ou américaines et dans le Service d'Urologie de l'Hôtel-Dieu.

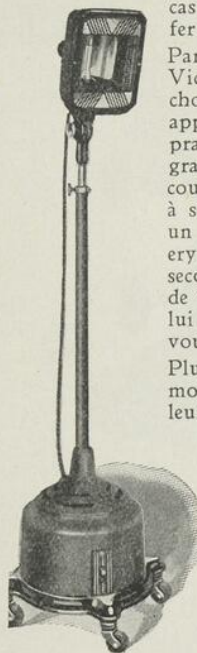
DU CHOIX DE L'OUTILLAGE EN ACTINOTHÉRAPIE

RAPPELEZ-VOUS que la lampe à vapeur de mercure constitue la source d'énergie ultra-violette la plus riche qui soit. Aucun autre émetteur d'ultra-violet n'est aussi peu contaminé de rayonnement calorifique (infra-rouge). De là vient que la lampe quartz-mercure est l'instrument de choix dans tous les cas où l'on désire irradier avec de l'ultra-violet pur, c'est-à-dire dans les cas où l'on doit éviter d'échauffer le champ opératoire.

Parmi les quatorze modèles que Victor vous offre, vous pourrez choisir celui qui est le plus approprié aux besoins de votre pratique. S'agit-il d'irradier un grand nombre de patients au cours de la journée ? il y aura avantage à se munir de la lampe intensive. Sur un sujet moyen elle peut produire un erythème du premier degré en 30 à 45 secondes, avec une distance brûleur-peau de 40 pouces. Au besoin, vous pouvez lui demander davantage et, d'autre part, vous pouvez diminuer son débit.

Plusieurs médecins ont constaté que le modèle "D" répondait amplement à leurs demandes. Son rayonnement, de même qualité que celui dégagé par le modèle intensif, n'en diffère que par la quantité. Il ne coûte guère et peut faire des merveilles.


Réclamez nos prospectus: ils contiennent des données sérieuses sur l'actinothérapie et des descriptions détaillées des lampes Victor à brûleur quart-mercure. Deux modes de refroidissement: air et eau. Ecrivez, ça ne vous engage à rien.



GENERAL ELECTRIC X-RAY CORPORATION

2012 Jackson Boulevard

Chicago, Ill., U. S. A.

FORMERLY VICTOR  X-RAY CORPORATION

EDMONTON
Tegler Building

TORONTO
1221 Bay St., Toronto 5, Ont.

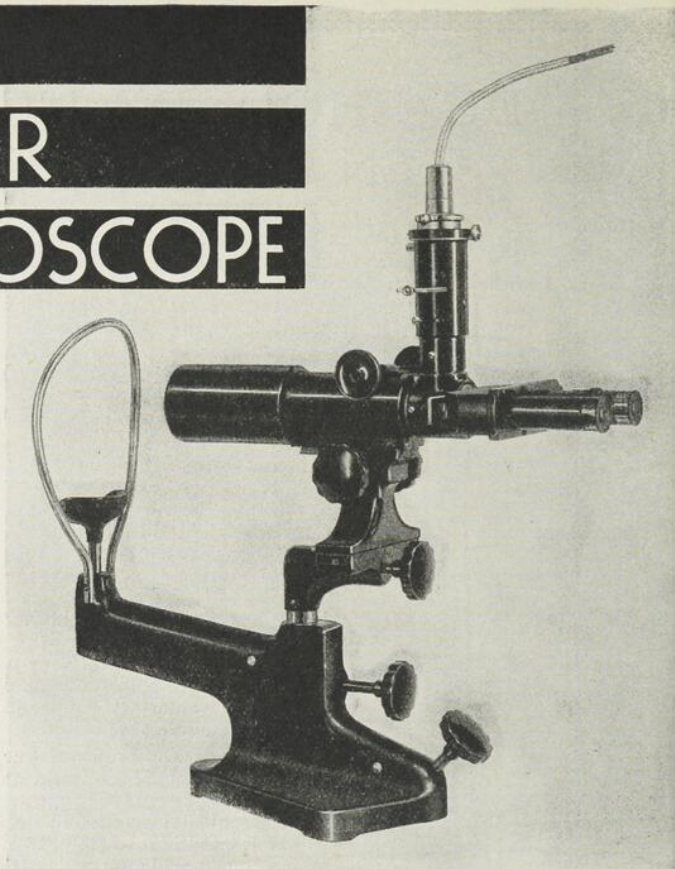
MONTREAL
524 Medical Arts Bldg.

VANCOUVER
Motor Transportation Bldg., 570 Dunmuir St.

WINNIPEG
Medical Arts Building.

THE NEW BINOCULAR OPHTHALMOSCOPE

PRICE
\$ 300⁰⁰
F.O.B.
ROCHESTER



Cet appareil nouveau et perfectionné réalise enfin le rêve des ophtalmologistes: la vision en relief du fond de l'oeil.

SES CARACTÉRISTIQUES :

- 1° Il permet d'avoir une vue stéréoscopique à travers une pupille non-dilatée dont le diamètre peut n'être que de 3 millimètres.
- 2° Tout le champ rétinien, du centre à l'extrême périphérie, se voit aussi bien qu'avec le classique ophtalmoscope monoculaire.
- 3° L'image n'est pas renversée, ce qu'on aperçoit avec l'ophtalmoscope classique peut être très vite retrouvé par notre ophtalmoscope binoculaire.
- 4° La source éclairante est une simple ampoule de 6 volts, telle qu'employée dans les phares d'autos.

BAUSCH & LOMB OPTICAL CO.
ROCHESTER, N. Y.

Distributeurs exclusifs :

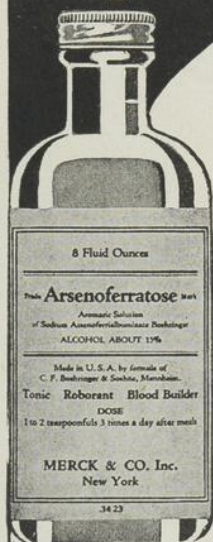
NATIONAL OPTICAL Co. Ltd., 463, rue Ste-Catherine Ouest

Fabricants et Opticiens en Gros

Arsenoferratose

TRADE-MARK

tonique reconstituant



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

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

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

Ecrire pour la littérature

VERODIGEN

(la fraction gitalinique des feuilles de digitale)

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

Autres avantages:

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

Emballage: tubes de 12 comprimés

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

MERCK & CO. Ltd.
MONTREAL

plus
économique
et pratique

LES
COMPRIMÉS
DE
QUE LES PRÉPARA-
TIONS LIQUIDES

Codoforme

BOTTU

CALMENT LES TOUX REBELLES ET
RESPECTENT L'ESTOMAC

Laboratoires
BOTTU
35 rue Pergolèse
PARIS

HEMORRAGIES

l'Arhemapedol

GALLIER

SOLUTION ISOTONIQUE STÉRILE en
en MÉDECINE CHIRURGIE

NOUVEL
HEMOSTATIQUE
Préventif et curatif
NON TOXIQUE
Sans contre-indications
Par voie buccale
Agit uniquement par
Augmentation de la
Coagulabilité du sang

LABORATOIRES
38 Boulevard

R. GALLIER
du Montparnasse

CURES TONICARDIAQUES PROLONGÉES
CARDIOPATHIES VALVULAIRES
MYOCARDITES TOXIQUES ET
INFECTIEUSES
INSUFFISANCE CARDIAQUE
DROITE ET GAUCHE

**TONIQUE
CARDIAQUE**

DIGIBAÏNE



ASSOCIATION :
**DIGITALINE
of
OUABAÏNE**

GOUTTES

Laboratoires Deglaude

préparation exclusive de médicaments cardiaques

Dr L. DEGLAUDE

Docteur en Médecine — Licencié en Sciences
Pharmacien de 1ère classe

SOLUCAMPBRE

DE LALANDE

**CAMPBRE SOLUBLE
DANS L'EAU**

AMPOULES
GOUTTES
COMPRIMÉS

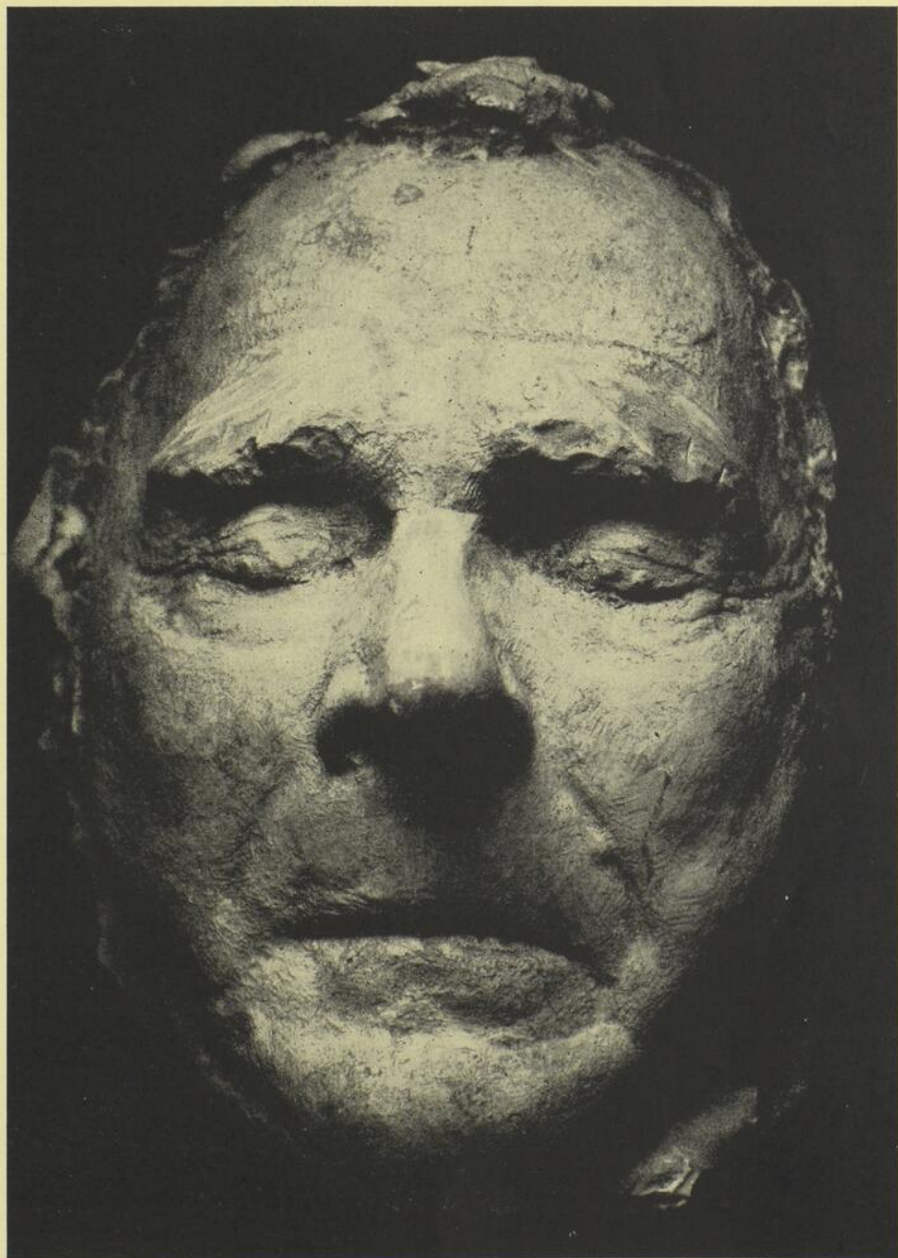
Laboratoires
Michel Delalande
COURBEVOIE
(Seine)

L'ANCIENNE
MÉTHODE
(huile
campbrée)

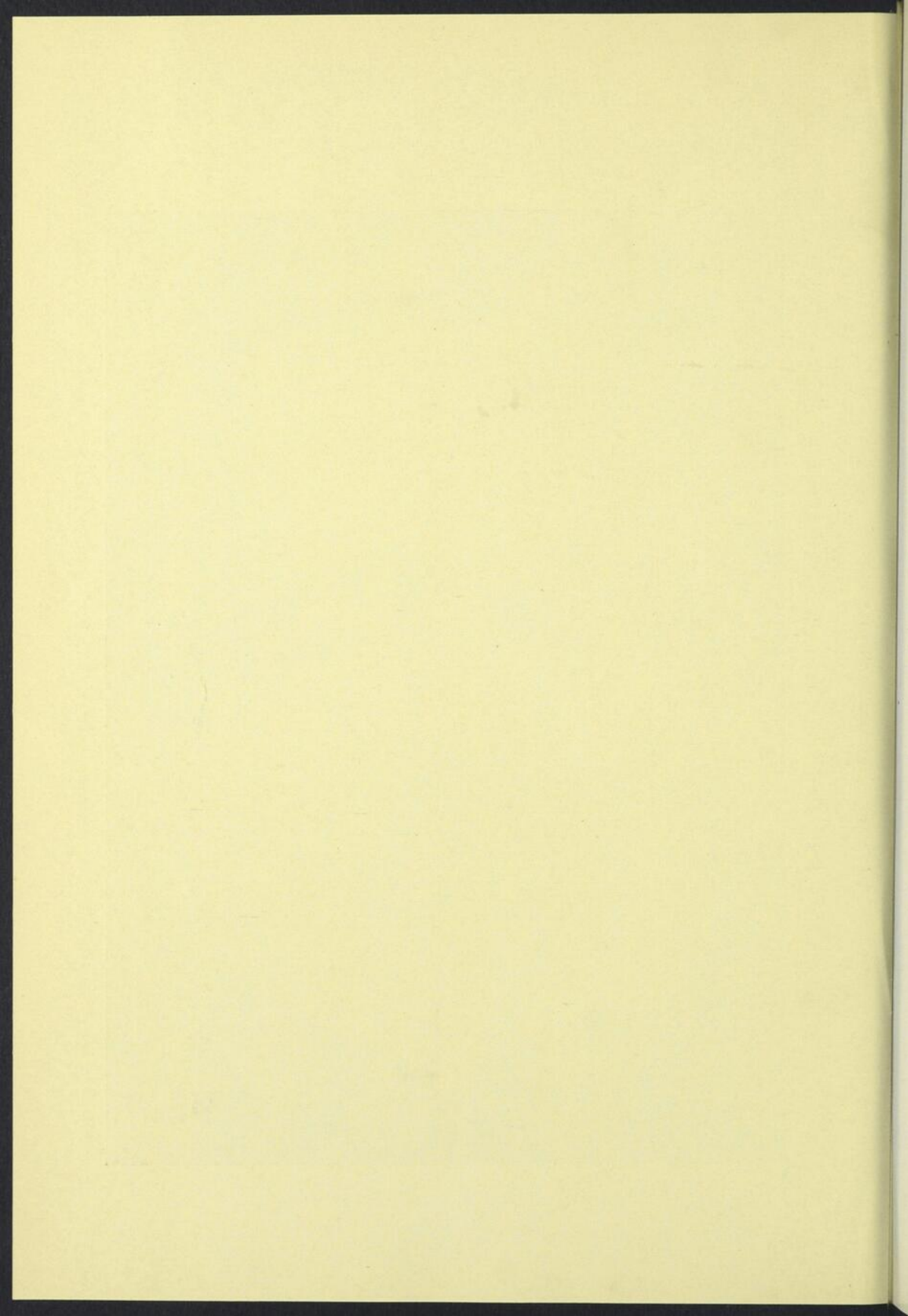
LA NOUVELLE
MÉTHODE
(campbre
soluble)

EN INJECTION SOUS-CUTANÉE PROFONDE
INTRAMUSCULAIRE OU INTRAVEINEUSE
OU PER OS

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



Masque mortuaire de Jean-Philippe Rottot.



PRODUITS GLANDULAIRES C. & C.

HORMOCRINE "F" C. & C.

Chaque comprimé représente en glandes fraîches:

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

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

Conditionné en bouteilles de 50 et 100 comprimés.

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

OVACRINE C. & C.

Chaque comprimé représente en glandes fraîches:

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

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

Conditionné en bouteilles de 50 et 100 comprimés.

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

NEUROCRINE C. & C.

Chaque comprimé représente en glandes fraîches:

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

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

Conditionné en bouteilles de 50 et 100 comprimés.

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

ÉCHANTILLON SUR DEMANDE.

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée

PHARMACIENS EN GROS

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

28-30 EST, RUE ST-PAUL, - - - MONTRÉAL

Téléphone LAncaster 3292

COLI VACLVDUN

Lysat vaccin anticolibacillaire du Dr. L. Duchon

*Formule: colibacilles 10 milliards
lysés par c/c.*

Pyélonéphrites et infections à colibacilles.

THALASSOL

ampoules

<i>Nucléinate de soude</i>	0.01
<i>Glycérophosphate de soude</i>	0.09
<i>Cacodylate de soude</i>	0.05
<i>Sulfate de strychnine</i>	0.001
<i>Eau de mer isotonique</i>	5 c.c.

Boîte de 10 ampoules

“ “ 50 “

Neurasthénie, Déficiences cellulaires, Atonies.

HERDT & CHARTON, INC.

207 AVENUE DU COLLÈGE MCGILL, - MONTRÉAL

NOVARSENOBENZOL-BILLON

Traitement d'assaut de la syphilis par voie veineuse

Le "Billon" canadien offre l'avantage additionnel d'une préparation récente et d'un contrôle direct.

PRODUITS DES
LABORATOIRES POULENC FRERES
DU CANADA, LIMITEE

Spécialités anti-luétiques



Distributeurs:
ROUGIER FRERES
350, rue LE MOYNE
Montréal.

SULFARSENOBENZOL-BILLON

En injections sous-cutanées

Spécialement indiqué chez les enfants; chez les adultes lorsque l'injection intraveineuse est impraticable. D'une technique simplifiée.

Cherchez-vous le tonique ou l'altérant sans égal dans les cas d'anémie, de chlorose, de rhumatisme chronique ou de débilité ? Désirez-vous hâter une convalescence ?

Souhaitez-vous trouver dans un produit les vertus de l'iode et de l'huile de foie de morue sans y rencontrer leur goût désagréable ? Alors . . .

Ioduol

Chaque cuillerée à thé contient :

- Iode organique . . . 0.5 c.g.
- Morrhuol, l'équivalent d'une demi-cuillerée à thé d'huile de foie de morue.
- Glycérophosphates de chaux et de soude 0.32 c.g.
- Glycérophosphate de strychnine 0.325 m.g.

Echantillon sur demande.

S
P
É
C
I
F
I
E
Z

H
O
R
N
E
R

S.
V.
P.

S'agit-il de faire « passer » des drogues mal tolérées par les voies digestives, comme, par exemple, les salicylates ?

S'agit-il de camoufler dans un véhicule agréable au goût et de bel aspect un médicament qui répugne aux adultes exigeants et aux enfants capricieux ? Alors . . .

Fermentol

Cette préparation à base de ferments digestifs est d'une présentation très attrayante.

De plus, prise à la dose d'une ou deux cuillerées à soupe, elle procure un soulagement rapide dans les cas d'indigestion aiguë.

Echantillon sur demande.

FRANK W. HORNER Limited

MONTREAL

LA GASTROSTOMIE CONTINENTE

Par le docteur ERNEST PRUD'HOMME,

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

(suite et fin)

DISCUSSION. — D'après la méthode de Terrier, il est impossible d'obtenir une continence satisfaisante, même avec les modifications proposées — Hahn, Ssabanajew, etc.

Il est prouvé que les torsions et les élongations de la fistule se réduisent rapidement pour ne former bientôt qu'une ouverture directe de l'estomac, ce qui serait plutôt propice à un drainage stomacal qu'à un moyen de contention des liquides.

Fontan, Senn et les autres nous présentent un trajet fistuleux, dont la surface interne est constituée par des cellules tout autres que celles de la muqueuse gastrique, dont la surface par conséquent, se laisse excorier ou digérer par le suc gastrique *invariablement rejeté à l'extérieur.*

Dans le *Witzel*, si d'après *Gernez* et *Ho-dac-di*, la continence est parfaite à cause de l'ouverture de l'estomac, au niveau de la poche à air, il n'est pas moins vrai que le trajet fistuleux reste susceptible d'être attaqué par quelques sécrétions gastriques, — dans tous les cas, a une *tendance invincible à se fermer* par granulation, et exige, pour son maintien, le passage souvent répété de la sonde, — ce qui, avouons-le, est un désavantage considérable.

Tout en accordant à ce dernier procédé une *supériorité marquée sur tous les autres*, que nous venons de décrire, — nous avons la prétention d'affirmer qu'il ne peut subir avec avantage la comparaison avec la technique opératoire que, depuis trois ans, nous employons personnellement dans notre service à l'Hôtel-Dieu.

A lui seul, ce procédé comporte à la fois toutes les conditions de la gastrostomie idéale que nous avons énumérées plus haut, — 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.

Le procédé opératoire que nous préconisons est celui du « Gooseneck », décrit il y a trois ans par Quick et Martin de New York.

C'est à Depage (1901) qu'est due l'idée de cette opération.

Depage faisait son incision à travers le grand droit du côté gauche, et, au moyen d'un lambeau prélevé sur la face antérieure de l'estomac, construisait un trajet fistuleux qui, dans toute sa longueur, présentait une muqueuse identiquement la même que la muqueuse gastrique. Le lambeau avait sa base près de la petite courbure de l'estomac, et le canal fistuleux venait s'ouvrir à l'angle supérieur de l'incision cutanée. Dès lors, cependant, Depage suggérait de fixer l'orifice externe du canal dans une ouverture spéciale en dehors de la ligne d'incision ou à la pointe de l'appendice xyphoïde.

En 1914, H. Janeway rapportait cinq cas de gastrostomie opérés d'après une technique analogue à celle de Depage.

Janeway employait lui aussi une incision faite à travers le muscle grand droit. Cette technique fut bientôt modifiée et perfectionnée. C'est celle employée aujourd'hui au Memorial Hospital de New York, où de 1914 à 1928, il fut opéré 172 cas de gastrostomie.

PROCÉDÉ DU GOOSENECK. (Surgery, Gynecology and Obstetrics, mars 1928). — L'incision est faite sur la ligne médiane, à mi-chemin entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde.

Aussitôt l'abdomen ouvert, la face antérieure de l'estomac est attirée dans la plaie abdominale et l'on choisit le plus près possible du cardia, l'endroit où sera pratiquée la brèche stomacale. Avec tous les soins aseptiques possibles l'on fait alors une incision en U de 2.5 cm. de largeur par 5 cm. de longueur. La base de cette incision doit être près de la grande courbure de l'estomac tandis

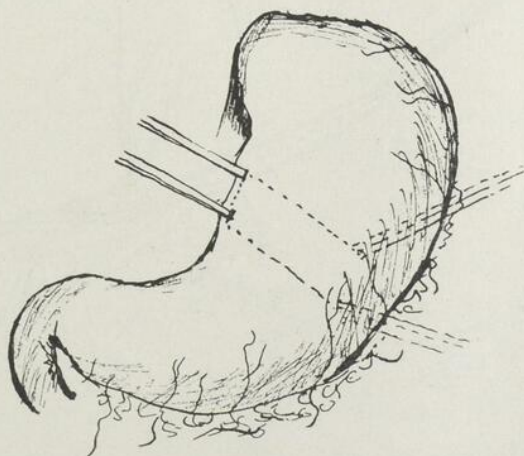
que le sommet doit regarder vers la petite courbure, c'est-à-dire, que le lambeau sera à angle droit avec les courbures et aura son extrémité libre du côté de la petite courbure. L'on délimite le lambeau de la façon suivante: « Deux pinces à dents de souris, A et B, sont placées sur la face antérieure de l'estomac, à un peu moins de 2.5 cm, l'une de l'autre, aussi près que possible de la petite courbure (ligament gastro-hépatique), et, parallèle à celle-ci. Ce sera la marque d'incision du bout libre du lambeau.

Directement opposées à ces deux pinces A et B, et à 6 cm. de celles-ci, deux autres pinces, C et D, sont placées du côté de la grande courbure de l'estomac, indiquant la base du lambeau.

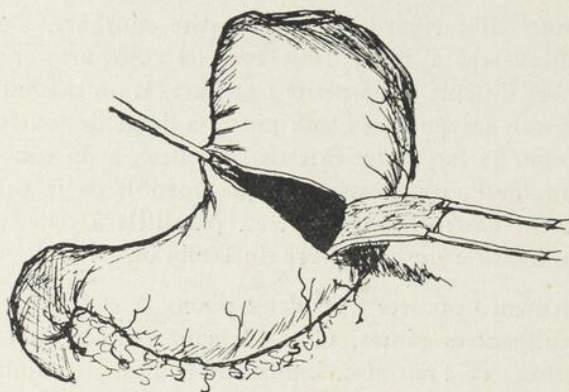
Après avoir pincé les vaisseaux superficiels apparents autour de ce rectangle, une incision est faite entre la petite courbure et les deux premières pinces A et B, en longeant celles-ci, et, en pénétrant directement dans la cavité stomacale.

PROCÉDÉ DU « GOOSENECK »

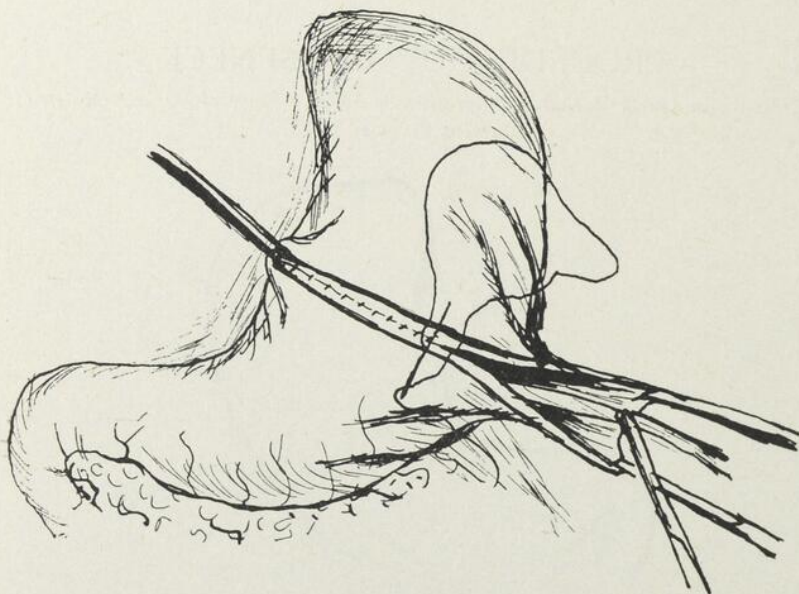
Dessins de Quick & Martin empruntés de *Surgery Gynecology and Obstetrics*, numéro de mars 1928.



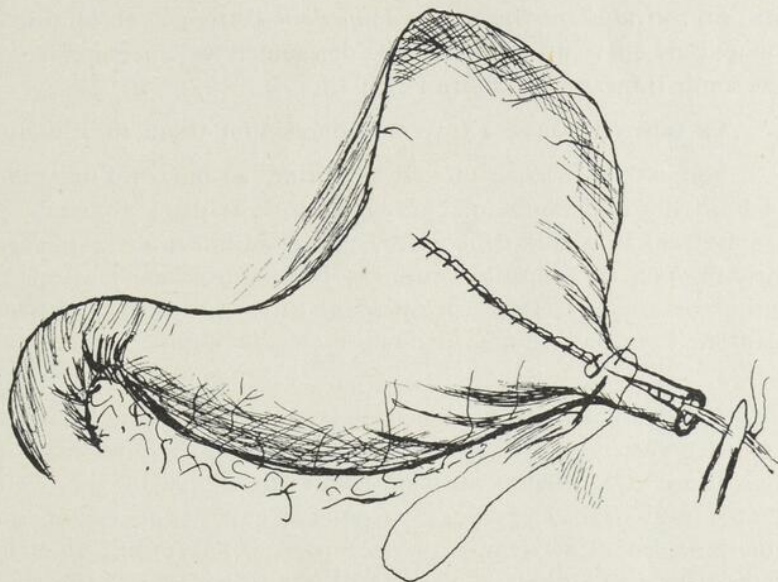
Première incision pour prélever le lambeau.



Les pinces saisissent le lambeau dans toute son épaisseur et servent à le déverser.



Le tube est pincé en même temps que l'extrémité libre du lambeau et la suture de la muqueuse partiellement complétée.



La suture de la muqueuse est complétée, et les bouts des catguts pincés en même temps que le tube. La suture de la séreuse est partiellement complétée.

N. B. — Toutefois nous conseillons de n'inciser d'abord que la séreuse, de saisir ensuite la muqueuse et de la ponctionner au bistouri. L'on se servira alors de ciseaux pour compléter l'incision, afin d'éviter le glissement de la muqueuse.

Les deux premières pinces A et B sont alors enlevées puis remplacées de façon à saisir toute l'épaisseur du lambeau. A l'aide d'une cinquième pince E, l'on saisit le bord supérieur de l'estomac, au milieu de l'incision. Cette pince E devra marquer le point où commencera la suture de la brèche quand le lambeau aura été relevé.

A chaque bout de cette première incision, l'on fait, à angle droit, une incision vers chacune des deux pinces C et D, placées près de la grande courbure. Le lambeau est immédiatement rabattu, l'hémostase faite rapidement. C'est le moment de faire, du côté du cardia, toute exploration et toute tentative de dilatation s'il y a

lieu. *En introduisant ensuite un doigt dans l'estomac*, on localise le pylore puis on y introduit un tube de caoutchouc correspondant à une sonde française du calibre 12 ou 14.

Ce tube est poussé à travers le duodénum jusqu'au jéjunum.

Son extrémité supérieure est alors fixée au moyen d'une pince au bord libre du lambeau. Nous refermons la plaie stomacale en commençant au niveau de la pince E placée au milieu de la première incision, près de la petite courbure. Nous enroulons le lambeau autour du tube de façon à former une gaine à ce dernier, ressemblant de beaucoup à un cou d'oie, d'où son nom « The Goose-neck ».

L'on fait d'abord un surjet à la *Lambert* sur la muqueuse gastrique avec un catgut 00, puis, un second plan comprenant la musculuse et la séreuse avec un catgut chromique 00. — Cette double suture étant terminée, l'on conserve les bouts des catguts que l'on pince en même temps que le tube. L'on introduit alors un doigt dans l'abdomen, en l'appuyant sur le péritoine pariétal de façon à faire bomber la paroi abdominale. L'on pratique vers le bord externe du grand droit, et au niveau supérieur de la première incision, une seconde incision de 2 ou 3 cm. de longueur, ouvrant ainsi la peau et le feuillet antérieur de la gaine du grand droit. On dissocie les fibres musculaires en zigzaguant, et l'on pénètre jusque dans la cavité abdominale. A l'aide de deux pinces l'on saisit les bords du feuillet antérieur de la gaine du droit. Une pince courbe assez longue est introduite dans cette nouvelle ouverture et va saisir les bouts des catguts ainsi que le tube intra-stomacal. Avec précaution, l'extrémité du gooseneck est attirée facilement à travers la paroi et *apparaît alors au niveau de la peau*. A l'aide d'un catgut chromique No 1 l'on assujettit la séreuse et la musculuse de ce canal à l'aponévrose antérieure, en faisant un point de chaque côté, et un autre point à chaque bout de l'incision. Quatre points à la soie viennent alors fixer la muqueuse à la peau.

L'on s'assure que tout est parfait, tant du côté du « goose-neck » que du côté abdominal, puis l'on referme l'abdomen avec ou sans drainage selon son habitude personnelle.

Le pansement doit être fait de façon à ce que le tube de caoutchouc puisse permettre l'alimentation sans que l'on ait à enlever les compresses. Pour empêcher les liquides de s'écouler à travers la lumière du tube, l'on pourrait utiliser un fosset ou simplement replier le tube sur lui-même.

Nous inspirant des modifications apportées à la méthode de Witzel par Gernez et Ho-Dac-Di, nous avons pensé que le « *goose-neck* » lui-même bénéficierait de la localisation de l'orifice gastrique au niveau de la grosse tubérosité de l'estomac, c'est-à-dire de la poche à air. Au lieu de chercher, pour découper le lambeau, un endroit indifférent sur la face antérieure de l'estomac ou plutôt du côté du cardia, — nous avons l'intention à l'avenir de prélever ce lambeau au niveau de la grosse tubérosité de l'estomac.

Dans ce procédé, il est très important que le lambeau soit juste assez large pour permettre son enroulement autour d'une sonde No 12. La valeur du « *gooseneck* », au point de vue continence, dépend des facteurs suivants: 1° l'étroitesse du canal, qui permet à la muqueuse de s'accoler parfaitement; 2° l'action constrictrice des fibres du grand droit sur la paroi du canal. 3° Nous ajoutons la localisation de l'orifice gastrique au niveau de la poche à air. 4° La réplétion même de l'estomac qui accole la paroi stomacale sur la paroi abdominale.

Aucun autre procédé ne peut nous garantir une continence plus parfaite.

Quick et Martin rapportent que sur 174 cas, cinq seulement ont présenté de l'incontinence de la fistule, et, dans chacun de ces cas, ils ont attribué la cause de cet inconvénient au fait que le lambeau avait été taillé trop large et que le tube stomacal employé était trop gros. Ceux de nos cas personnels qui ont survécu ne nous ont donné aucun ennui de ce côté. Le petit nombre d'opérations que nous avons pratiquées, ne nous permet pas évidemment d'établir une statistique.

INDICATIONS. — Tout cas de dysphagie rebelle, quelle qu'en soit la cause, est susceptible d'une gastrostomie.

1° Il faut intervenir dès qu'est porté le diagnostic de cancer de l'œsophage ou du cardia et dès que le patient commence à restreindre son alimentation soit à cause de douleurs, de phénomènes spasmodiques, de régurgitations, etc. La gastrostomie est alors *préventive* et *définitive*.

2° La gastrostomie *définitive* est souvent employée dans certains rétrécissements cicatriciels de l'œsophage, où l'on considère la dysphagie incurable. (Voir Observation No. 2, Mlle A. V.).

3° L'on a en outre recours à la gastrostomie: a) pour faciliter la cicatrisation d'une plaie de l'œsophage, b) pour permettre la dilatation rétrograde de l'œsophage, ou c) pratiquer par voie buccale ou cervicale, des interventions appropriées sur un rétrécissement cicatriciel de ce conduit.

La gastrostomie peut n'être *alors* qu'une simple opération *préliminaire*, et, la fistulisation de l'estomac n'être que *temporaire*.

4° La gastrostomie peut être indiquée dans certains cas de spasme du cardia, dont la ténacité peut être de nature à causer une dilatation de l'œsophage. (Lenormant, Miculicz, p. 899, P.M.C. T.V.).

SOINS PRÉ-OPÉRATOIRES. — « L'on ne peut pas toujours choisir le moment le plus favorable pour intervenir. Il y a des cas, où l'on a la main forcée, et où l'on doit opérer dans des conditions souvent fort déplorables. Tantôt ce sera un malade miné par la cachexie cancéreuse ou par l'inanition; tantôt, ce même malade sera atteint de lésions chroniques du poumon, du système cardio-vasculaire, ou se sera décidé à l'opération après avoir eu des hémorragies plus ou moins abondantes. Il est évident que ce sont les cas dans lesquels le résultat opératoire est le plus mauvais.

Quand la gastrostomie n'est pas urgente, il importe de préparer le malade le mieux possible. (Pauchet et Bérard) « On pourra instituer pendant une ou deux semaines une alimentation riche et faire absorber des liquides en quantité suffisante pour provoquer la diurèse.

Des injections rectales de sérum glucosé ou de sérum artificiel, l'administration de digitale, d'huile camphrée etc., rendront au patient quelque résistance et lui permettront d'affronter avec plus de chance l'épreuve opératoire. La toilette de la bouche et des dents sera particulièrement surveillée.

ANESTHÉSIE. — Les premières gastrostomies étaient faites sous anesthésie générale, et l'issue fatale de toutes les interventions n'était certainement pas indépendante de ce facteur. La plupart des auteurs sont d'opinion qu'il vaut mieux opérer à l'anesthésie locale, (Gosset, Bérard, Pauchet, Lejars, Gernez, Quick et Martin). C'est d'ailleurs notre avis que dans tous les cas où l'état général n'est pas *au moins bon*, il vaut mieux ne pas endormir le malade. Nous nous servons d'une solution de percaïne à 1/2000 ou de novocaïne à 1 pour 200, et nous procédons de la façon suivante:

1° Sur la ligne médiane de l'ombilic à l'appendice xyphoïde, nous injectons de 10 à 30 cc. de la solution.

2° Aussitôt l'abdomen ouvert, nous injectons de chaque côté de l'incision, à travers les droits, encore autant de solution, de façon à infiltrer les bords de la plaie jusqu'à deux pouces de la ligne médiane, et nous insistons davantage du côté gauche où se fera l'abouchement de la fistule.

3° Immédiatement après avoir découvert l'estomac, il faut en plus injecter environ 5 cc. de novocaïne dans l'épiploon gastro-hépatique, de façon à faciliter les manipulations sur l'estomac.

Chez certains patients trop craintifs et chez d'autres dont l'état général est *meilleur*, nous employons volontiers l'anesthésie générale au protoxide d'azote. Nous avons alors l'avantage d'opérer plus rapidement. Le choc opératoire est à peu près nul et la guérison de l'incision médiane se fait plus sûrement. Ici, comme dans tous les cas de chirurgie où nous pouvons le faire, notre préférence se porte vers l'anesthésie au protoxide d'azote.

SOINS POST-OPÉRATOIRES. — L'alimentation commence aussitôt que le malade est de retour à son lit. Le premier jour, l'on donne toutes les trois heures, trois onces de lait peptonisé. Chaque

jour voit augmenter la ration d'une once par repas, jusqu'à ce que le malade reçoive à la fois 12 ou 13 onces, ou jusqu'à ce qu'il éprouve un malaise après l'introduction du liquide. L'on peut alors mettre un intervalle de quatre heures entre les repas.

N. B. — L'on ne négligera pas de faire absorber au malade, par voie rectale ou sous-cutanée, une quantité de sérum artificiel ou glucosé, qui sera proportionnelle au degré de déshydratation du malade.

Le tube stomacal est raccourci d'environ un pouce chaque jour, de sorte que, vers le cinquième ou sixième jour, la nourriture arrive directement dans l'estomac. L'on peut alors enlever le tube complètement, pour l'introduire seulement à l'heure des repas. A ce moment, (6^e jour), l'on peut ajouter au lait peptonisé, des oeufs, du beurre, du sucre, de façon à ce que le malade puisse absorber au moins 2500 calories par 24 heures.

Pour injecter la nourriture, on utilise un entonnoir en verre, ou ce qui est préférable, une seringue à bulbe que les malades manipulent beaucoup plus facilement.

Dès que la plaie abdominale est cicatrisée, le malade peut se lever et circuler.

RÉSULTATS DE LA GASTROSTOMIE. — Aujourd'hui, quelle que soit la méthode employée, le taux de la mortalité est inversement proportionnel à la résistance du malade. Le choc opératoire n'est évidemment pas toujours le même, quoique nous puissions affirmer qu'il est généralement minime. La mort dans les premières heures est une exception.

Même dans les cas de cancer très avancé, le malade a généralement le temps de guérir sa plaie et de se remettre de son opération avant que survienne la mort. Celle-ci n'a alors aucun rapport avec l'opération et peut être due: a) à une hémorragie, b) à la propagation du cancer au médiastin, c) ou à des accidents pulmonaires, quand elle n'est pas tout simplement due d) à la cachexie concréreuse.

Dans les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage ou les cardio-spasmes, les suites opératoires sont beaucoup plus simples et toujours favorables. Ce sont les cas qui bénéficient davantage de la gastrostomie en leur permettant de suivre les traitements : cathétérisme rétrograde, dilatation de l'œsophage, gastroscopie, etc.

Il ne faut pas refuser une gastrostomie aux porteurs de néoplasme, car si nous sommes assurés d'avance de l'issue fatale de la maladie, nous sommes convaincus que l'opération évitera à ces malheureux les spasmes, les douleurs insupportables, et, ce qui n'est pas le moindre avantage à considérer, leur donnera souvent l'illusion de la guérison, et les empêchera toujours de mourir de soif et de faim.

OBSERVATION NO 1. — Le 17 janvier 1929, monsieur D... R..., 69 ans, journalier, se présente dans le service de monsieur le professeur Bruneau avec un cancer de l'œsophage. Le malade s'est amaigri beaucoup surtout depuis quatre mois. Son poids est de 113 lbs, sa P. A. 145/100. Les symptômes cliniques sont ceux habituellement rapportés: douleurs rétro-sternales avec rejet des aliments même liquides. Le Wasserman est négatif. La radiographie nous montre une énorme dilatation œsophagienne à environ 2 pouces du cardia. Il passe un très léger filet de baryum à travers le cardia.

Le professeur Rhéaume, alors mon chef, consulté, décide d'intervenir.

Le 11 février, nous opérons le malade. Nous faisons un « gooseneck » selon la technique décrite. Anesthésie générale au protoxyde d'azote. Durée de l'opération, 45 minutes.

Suites opératoires. — Le 1er et le 2e jour, la température s'élève à 100° et 101°. Le 3e jour, la température redevient normale et se maintient telle.

Le malade reçoit vingt gouttes d'adrénaline et 5 cc. d'huile camphrée par jour, durant 16 jours. Il peut alors se lever et circuler dans la salle. Le 4 mars, son poids est de 113½ lbs et augmente graduellement jusqu'à 120 lbs (8 avril).

A partir de ce moment, le malade commence à décliner; il se sent faible, tousse beaucoup et perd l'appétit. Il meurt le 7 mai, 84 jours après son opération.

L'autopsie pratiquée par monsieur le professeur Masson nous donne le rapport suivant: « épanchement péricardique. Endo-cardite chronique et athérome de l'aorte. Pleurésie séro-fibrineuse bi-latérale. Pneumonie du lobe supérieur gauche et broncho-pneumonie du lobe inférieur droit. Epithélioma spino-cellulaire trabéculaire de l'œsophage à sa partie moyenne. Gastrostomie et abouchement à la paroi abdominale, « gooseneck » (cette pièce est conservée en entier au Laboratoire de l'Hôtel-Dieu). — Péricholécystite. Congestion du foie et des reins.»

OBSERVATION NO 2. — Mlle A... V..., 21 ans. Le 16 septembre 1929, cette malade est admise dans le service de monsieur le professeur Rhéaume. Elle présente, au niveau de l'estomac, une fistule qui lui permet de s'alimenter, mais qui n'est *pas continente*. Cette malade est prête à subir n'importe quelle intervention pour se débarrasser de cet inconvénient.

Histoire de la maladie. — Au mois de juillet 1928, la malade a absorbé, par la bouche, un liquide caustique. La dysphagie a augmenté graduellement à un tel point qu'à la fin de décembre, cette patiente ne pouvait même plus avaler de l'eau. Le 31 décembre 1928, à Québec, on pratique une gastrostomie simple. (Terrier ou Fontan). Comme complication post-opératoire, la malade fait une pleurésie. Elle peut alors s'alimenter et reprend rapidement ses forces.

À son entrée à l'Hôpital, la malade présente un très bon état général, elle n'a d'ennui que son incontinence stomacale. La radiographie nous montre une occlusion totale de l'œsophage au tiers moyen. Pour des raisons personnelles, la malade quitte le service le 3 octobre pour y revenir le 14. L'on institue alors un régime reconstituant. Le 29 octobre 1930, on pratique une *gastrostomie*.

Nous explorons la région du cardia et tentons à maintes reprises d'introduire un cathéter dans l'œsophage, mais ce dernier est hermétiquement fermé. Nous complétons alors l'opération par un « gooseneck ».

Le 21 novembre, c'est-à-dire 23 jours après l'opération, la malade quittait l'Hôpital parfaitement guérie, et, à sa très grande satisfaction, avec une fistule tout à fait continente. Elle parvient à introduire dans sa fistule, une sonde No 16 et peut injecter dans son estomac même de la viande hachée.

Nous revoyons cette malade périodiquement et sa condition est toujours excellente.

P. S. — Cette patiente qui s'est mariée depuis, est maintenant la mère d'un beau bébé qui est âgé de six mois. La grossesse a évolué d'une façon tout à fait normale et l'accouchement fut des plus faciles.

La mère a pu allaiter son bébé durant six semaines, et ce n'est que sur le conseil de son médecin, qu'elle a cessé l'allaitement au sein.

OBSERVATION NO 3. — Le 7 janvier 1930, Monsieur A . . . C . . . , 52 ans, médecin se présente à nous dans un état de cachexie avancée. Depuis huit mois, le malade a maigri de 60 livres. Il vomit et ne peut avaler que des liquides. Il y a quatre ans, il a été traité par radiothérapie pour un cancer de l'aile du nez. (Guérison). A la radiographie, nous constatons une poche œsophagienne de grandeur suffisante pour contenir 250 cc. de bouillie barytée. Aucun filet ne parvient jusqu'à l'estomac. Nous décidons immédiatement d'intervenir.

Le 10 janvier 1930, sous anesthésie générale au protoxyde d'azote, (le malade qui est médecin, a refusé l'anesthésie locale), nous pratiquons un « gooseneck ». Les suites opératoires sont normales. Le malade nous donne de précieux renseignements sur les sensations de chaleur et de bien-être qu'il éprouve au moment de l'injection d'aliments à travers son tube. Le 20 janvier, le malade commence à se lever et désire retourner dans sa famille. Le 22 janvier, le malade a craché un peu de sang durant la nuit, et expectore en abondance un pus fétide. Le 24 janvier, vers minuit, le malade fait une hémorragie par la bouche. On réussit à le ranimer, mais deux heures après, une nouvelle hémorragie se produit et le malade succombe.

CONCLUSIONS. — 1° La gastrostomie est en soi, une opération bénigne, dont le taux de mortalité est relativement bas. 2° La cause de la mort est imputable à la nature de la maladie plutôt qu'à l'opération. 3° La gastrostomie idéale doit être : a) *continente*, b) *permanente*, c) *inaltérable* par les sécrétions. 4° Nous sommes d'opinion que le « gooseneck », tel que modifié par nous, est présentement la méthode de choix pour la gastrostomie.

BIBLIOGRAPHIE

- BÉGOUIN, BOURGEOIS, PIERRE DUVAL, GOSSET, JEANBRAU, LECÈNE, LE-NORMAND, PROUST, TIXIER : Précis de Pathologie chirurgicale, Tome II, p. 790.
- BALTHAZARD-CLAUDE : Précis de Pathologie interne, T. III, p. 92.
- BÉRARD, L. : Gastrostomie sous-costale pour cancer de l'œsophage. Pauchet. Fas. XI, p. 19.
- DECHAMBRE : Dictionnaire encyclopédique des Sciences Médicales, T. VII, p. 45.
- GERNEZ et HO-DAC-DI : Nouvelle Technique de Gastrostomie. La Presse Médicale, 5 février 1930.
- GOSSET : Gastrostomie, P.M.C., T. III, p. 948.
- LECÈNE et LERICHE : Thérapeutique Chirurgicale, T. II, p. 233.
- LEJARS : Chirurgie d'urgence, T. I, p. 395.
- LENORMANT : Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage, P.M.C., T. V, p. 915.
- THOMSON & MILES : Operative Surgery, 3rd Ed., p. 296.
- QUICK, DOUGLAS & MARTIN, HAYES E. : The most common methods of Gastrostomy with the report of a modified technique of the Janeway method. — Surgery, Gynecology and Obstetrics. Vol. XLVI, March 1928, No. 3, 6. 426.
- RHÉAUME, P.-Z. : Film sur la gastrostomie, présenté à Montréal, lors du Congrès des médecins de langue française (sept. 1930) ; à Paris, Congrès de Chirurgie (oct. 1930) ; à Bruxelles, Société Belge de Chirurgie (oct. 1930).
- PRUD'HOMME, ERNEST : Thèse d'agrégation, Université de Montréal (mars 1931).

J.-P. ROTTOT ET L'UNION MÉDICALE

À l'occasion du soixantième anniversaire de la naissance de l'« Union Médicale », ses rédacteurs actuels ont fait paraître un numéro de luxe qui comprend près de cinq cents pages. Ainsi qu'il convenait, la majeure partie du volume est consacrée à des notes historiques ou à des réminiscences.

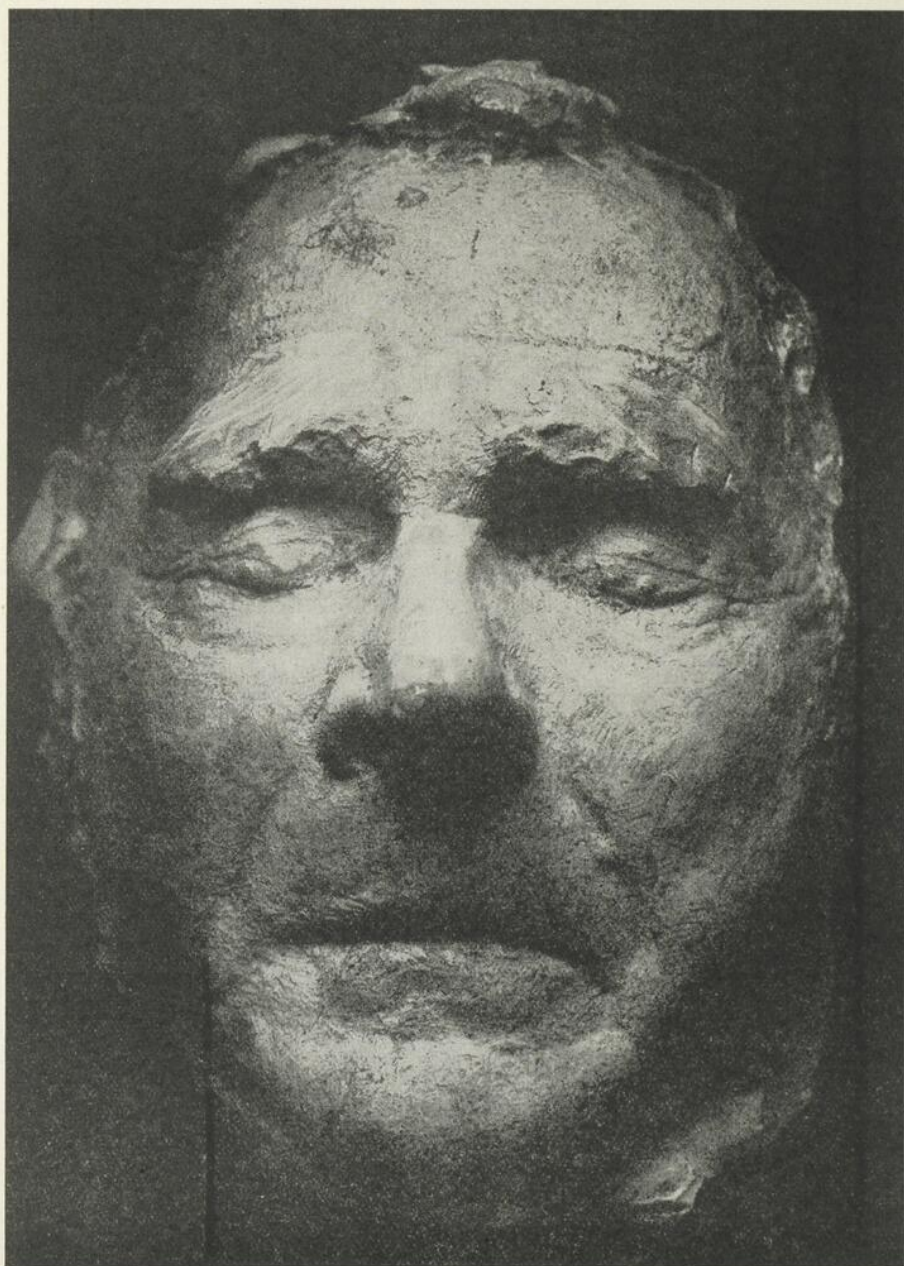
Par deux fois les fondateurs de la revue jubilaire sont nommés et salués; mais il va sans dire que le principal héros de la fête est le docteur Rottot, animateur du groupe.

Les articles publiés par MM. LeSage, Benoit et Gauvreau regorgent de détails sur la personne et les hauts-faits du vieux maître. Ceux qui ne l'ont pas connu pourront se le représenter tel qu'il était physiquement, grâce à une excellente photographie et au portrait tracé par la plume alerte du présent directeur de la rédaction, monsieur LeSage.

Sur un point, cependant, les renseignements sont un peu maigres. On a eu soin de nous dire que Rottot devint professeur de clinique à Notre-Dame et que son collègue Brosseau était... « futur chirurgien de Notre-Dame »; on nous a fourni vingt autres choses non moins intéressantes sur le compte des plus connus parmi les créateurs du journal...

Mais il n'est dit clairement nulle part que Jean-Philippe Rottot fonda l'Union Médicale alors qu'il était médecin de l'Hôtel-Dieu. Il n'est pas dit, non plus, que ses principaux lieutenants exerçaient dans le même hôpital.

L'affection que j'ai pour la maison qui m'abrite depuis treize ans m'a fait assumer le rôle ingrat du correcteur avant que de faire les compliments d'usage. Ce premier devoir accompli, j'ai beaucoup de plaisir à féliciter le professeur LeSage et ses acolytes pour l'excellente tenue du numéro-souvenir qu'ils n'ont pas craint d'éditer à grands frais, confiants dans une Providence qui ne laisse jamais se vider la cassette des optimistes.



Masque mortuaire de Jean-Philippe Rottot.

J'aurais été plus heureux encore si j'avais pu ajouter quelque chose d'inédit à la riche documentation offerte par la doyenne de nos revues médicales au sujet de son premier directeur. Malheureusement, mes notes sur Rottot se résument à quelques souvenirs d'étudiant ou de jeune interne.

Tout-de-même, voici une pièce qui n'est pas sans valeur : c'est la photographie du masque que le sculpteur Philippe Hébert moula sur la face de son illustre compatriote, quelques heures après la mort.

Penché sur le cadavre d'un homme qu'il admirait beaucoup, Hébert éprouva le double chagrin de l'artiste et de l'ami.

L'artiste avait caressé le projet de faire revivre un jour, par la magie de ses mains expertes, les traits d'un homme voué à l'immortalité. L'ami avait escompté le plaisir d'interrompre vingt fois l'artiste et de prolonger les séances de pose.

Hélas ! Celui qui gisait là, modèle d'une suprême sérénité, était le modèle qui ne peut poser qu'une très courte fois. Hébert fit tout ce qu'il pouvait faire en l'occurrence : un geste humble et pieux qui rappelle celui de sainte Véronique.

La précieuse empreinte m'a été donnée par Henri Hébert, fils de Philippe et non moins grand artiste que lui. Je l'ai photographiée sous un jour soigneusement choisi, et suis assez fier du résultat. Plâtre ou chair ? Chair morte ou chair endormie ?

« Chair vivante qui va se réveiller » répondront ceux qui ont bien connu le maître. Le charme étrange de sa figure magnifiquement laide a persisté par-delà la vie, jusque dans les affaissements qui préludent à la dissolution finale, jusque dans le moulage, jusque dans la photographie du moulage, et même jusque dans l'image imprimée.

On a rappelé ailleurs que Rottot fut président de notre Collège des Médecins, et doyen de la Faculté de Médecine de notre Université. On a dit qu'il se fit, en des jours très critiques, le défen-

seur habile et courageux de la médecine canadienne-française. On a salué en lui le fondateur d'un journal et d'une société qui durent encore et n'ont point démerité.

Apprenez aussi, chers lecteurs, que cet homme éminent fut médecin de l'Hôtel-Dieu depuis 1860 jusqu'en 1878. Apprenez qu'il accomplit quelques-uns de ses plus beaux exploits alors qu'il était dans notre maison. Apprenez que, l'heure venue, il remit la direction de l'« Union Médicale », qu'il avait fondée, aux mains de son collègue Grenier, lui aussi médecin de l'Hôtel-Dieu.

Bien entendu, Rottot nous appartient beaucoup moins qu'à Notre-Dame. Nous savons qu'à l'occasion de la fameuse querelle entre l'école naissante de l'Université Laval et la déjà vénérable École Victoria, Rottot eut à opter entre l'honneur de demeurer médecin de l'Hôtel-Dieu et celui de devenir doyen d'une faculté. C'est à ce moment qu'il nous quitta pour ne plus revenir, mais il avait fondé l'Union Médicale six ans auparavant. Le présent article n'a d'autre but que de rappeler ce qu'on avait oublié de dire.

LÉO-E. PARISEAU, M.D.

LA GANGRÈNE DES MEMBRES

Par CHARLES NADEAU

Médecin de l'Hôtel-Dieu.

On appelle *gangrène* la mort locale des tissus chez l'être vivant. La *gangrène* des membres inférieurs peut se rencontrer pratiquement à tout âge, mais exceptionnellement chez l'enfant.

Si nous nous reportons aux données anciennes, nous remarquons que deux classes de *gangrène* étaient reconnues: la *gangrène sèche* et la *gangrène humide*. Ces caractères de la *gangrène* résident dans l'évolution de chacun des cas, et ceci en rapport direct avec l'oblitération artérielle et l'association microbienne intéressant le membre affecté. A telles enseignes que nous pouvons dire que la *gangrène sèche* est celle qui évolue pratiquement sans infection secondaire ni réaction lymphatique. Dans ce type particulier de *gangrène* on observe différents stades. D'abord le membre ou son extrémité devient livide, sans vie, se dessèche et, finalement, noircit. C'est la mortification complète du segment intéressé. Un deuxième stade apparaît alors, présentant des phénomènes particuliers. Entre les tissus cadavérisés et les tissus vivants se fait une délimitation du segment intéressé, sans extension probable. Si nous supposons que la délimitation se soit faite d'une façon aseptique, du moins apparemment, la guérison sera complète, le chirurgien aidant.

La *gangrène humide* est celle qui se complique d'infection secondaire; elle provoque une mortification intense des tissus, accompagnée de phénomènes inflammatoires, s'étendant rapidement, non seulement à la section du membre intéressé, mais au membre complet. Des phénomènes de résorption toxique apparaissent rapidement, et plongent le malade dans un état de demi-conscience inquiétant. Au niveau du membre gangrené se produit, à la faveur de la mortification des tissus, une résorption de produits toxiques résultant de l'autolyse des tissus malades. Cette intoxication revêt un caractère de gravité des plus considérables, appelé à modifier d'une façon complète le traitement du malade.

Pouvons-nous dire qu'entre ces deux types de gangrène il existe une ligne de démarcation nette et précise? Non. Dans la gangrène sèche comme dans la gangrène humide, la cause principale est l'obstruction artérielle, ou pour mieux dire, l'ischémie du membre en rapport avec l'évolution subséquente, aseptique ou septique.

Ces notions étant établies, il nous reste à étudier: 1. les causes; 2. le genre d'évolution des états pathologiques favorisants; 3. l'âge auquel apparaissent ces gangrènes des membres inférieurs.

MALADIE DE BUERGER. — Nous parlerons d'abord du type de gangrène particulier à l'âge adulte. Dans cette catégorie, on peut classer tout genre d'artérite causale de nature variable et indéterminée. Dans ce type particulier, Buerger a décrit ce qu'on appelle le thrombo-angéite oblitérante. Cette maladie est caractérisée par une atteinte inflammatoire d'un vaisseau, laquelle est probablement d'origine microbienne. Les lésions intéressent à la fois toutes les tuniques des artères et des veines. La maladie apparaît de préférence chez les jeunes sujets dont l'âge varie entre 30 et 40 ans. Au début, on croyait que cette maladie était propre aux Juifs; on sait maintenant qu'elle est aussi l'apanage des races les plus diverses.

Une des premières manifestation consiste en une douleur dans le pied ou le mollet, douleur qui survient au cours de la marche ou de la station debout. Le pied prend une coloration violacée qui diminue quand la jambe est dans la position horizontale. La maladie évolue progressivement, et bientôt apparaissent de signes de gangrène; gangrène sèche qui débute par le gros orteil et s'étend graduellement. Malgré toute la thérapeutique mise en oeuvre: ligature de la fémorale, anastomose artério-veineuse, injection sous-cutanée de la solution de Ringer, ou encore injection intra-veineuse de citrate de soude à deux pour cent, l'évolution de la maladie est fatalement progressive.

Nous avons eu dans le service de l'Hôtel-Dieu, M. C. E. L. dont l'histoire remonte à 1922. Agé de 28 ans, il commença, à cette époque, à se plaindre de douleurs et d'une sensation de froid dans le pied gauche; ceci sans altération apparente autre qu'une coloration violacée, augmentant à la station debout. Quatre à cinq mois plus tard apparut sur un des orteils une petite vésicule.

d'aspect rougeâtre, qui s'ouvrit et laissa couler un liquide séro-sanguinolent. Alors survinrent les premiers signes de gangrène, laquelle, trois mois après, intéressait déjà tous les autres orteils du pied gauche. L'amputation fut pratiquée au tiers supérieur, en juin 1923. Avant et après l'intervention le malade fut soumis à des injections intra-veineuses de citrate de soude. En juin 1925, le pied droit fut pris à son tour. On enleva successivement tous les orteils et malgré cela il fallut amputer la jambe, en janvier 1928. En décembre 1930, amputation du moignon gauche. On note alors des troubles circulatoires du côté de la main droite. En septembre 1931, désarticulation du médius et désarticulation de deux phalanges de l'index. On pratiqua, en même temps, une nouvelle amputation du moignon droit.

Nous avons revu dernièrement ce malade; la cicatrisation des plaies opératoires s'est faite normalement. Il refuse maintenant de se soumettre à tout traitement préventif: diathermie, injections de citrate de soude ou d'Acécholone.

GANGRÈNE PAR EMBOLIE

Ce deuxième type de gangrène que l'on rencontre dans l'âge adulte est, en général, peu fréquent. L'embolus a ordinairement son point de départ au coeur gauche, et la cause est rattachable à une endocardite chronique des valvules mitrale et aortique. Il peut également venir de l'aorte, se détachant d'une plaque d'athérome, ou d'un sac anévrysmal des artères du bassin ou des membres. Il s'arrête presque toujours dans la bifurcation iliaque ou dans la fémorale. Son début est brusque, et caractérisé par une douleur très vive dans le membre. Dans les instants qui suivent, le membre devient pâle, froid, et l'impotence s'installe d'emblée. L'épreuve de Moskowitz peut, alors, donner des renseignements assez précis. L'oscillométrie pratiquée à l'aide du Pachon ne révèle aucune oscillation. Quelquefois, ces signes brusques du début sont précédés de petites attaques similaires, accompagnées d'engourdissement, de refroidissement et d'anesthésie du pied.

Dans les jours qui suivent ce début dramatique, la mortification du membre apparaît, et des placards marbrés s'étendent rapidement de l'extrémité à la racine du membre.

Le traitement de choix serait la possibilité du rétablissement de la circulation par l'artériotomie après localisation du caillot.

Mais ce traitement, malheureusement, a peu de chance de réussite, parce qu'il doit être pratiqué dans les cinq premières heures qui suivent l'accident.

La gangrène étant constituée, le traitement réside dans l'amputation rapide, en rapport avec l'état général du malade et l'étendue des lésions. Tout au plus nous sera-t-il permis de temporiser, dans les gangrènes circonscrites des extrémités, lorsque l'état général reste bon et que n'apparaît aucun des symptômes de résorption toxique.

Nous relevons un cas de ce genre de gangrène que nous avons eu l'occasion d'observer dans le service. Monsieur O. L., âgé de 47 ans, est pris soudainement à son travail d'une douleur intense dans le membre inférieur droit, douleur qui l'oblige à se coucher. Un médecin, appelé, calme la douleur et applique sur le membre un large pansement humide. Cinq jours plus tard, le malade est transporté à l'hôpital souffrant atrocement. À l'examen, on trouve le membre cyanosé, froid; par places on remarque déjà un épiderme ramolli et facilement détachable. L'oscillométrie est négative. Température 97.1; pouls à 100; P. A. 135/70. Analyse des urines: sucre, absence; albumine, absence; acétone, absence; acide diacétique, fortes traces. Le malade est à demi-conscient.

Devant ces phénomènes, dénotant une intoxication profonde en rapport avec la résorption des toxines, on décida d'intervenir. On pratiqua l'amputation de la cuisse au tiers supérieur. Dès le lendemain, l'état général s'était amélioré et la guérison s'effectua normalement. Dans les antécédents du malade on notait une fièvre typhoïde, en 1908, et quelques poussées rhumatismales. Seize jours après l'opération, le patient quittait l'hôpital. Actuellement, à l'aide d'un appareil de prothèse, il accomplit son travail journalier sans trop de difficulté.

GANGRÈNE SÉNILE

Elle apparaît presque toujours au membre inférieur; cependant, on peut la voir évoluer au doigt, au nez, aux oreilles. Les hommes en sont atteints dans de plus grandes proportions, et l'âge varie entre 50 et 80 ans. Ses causes en sont très peu connues. Tour à tour, on a incriminé les intoxications les plus diverses, de même que, dans certains cas, l'infection semble avoir joué un rôle. Elle atteint de préférence les gros troncs qui sont obstrués et calcifiés. L'oblitération est, dans la plupart des cas, bilatérale, et on peut voir

apparaître la gangrène sur un membre ou sur les deux à la fois. En fouillant l'histoire d'un malade qui présente de la gangrène sénile, on trouve toujours des signes précurseurs ou prégangréneux, signes qui dénoncent l'artérite chronique. Le symptôme le plus fréquemment observé est la claudication intermittente. Au cours de la marche, au bout d'un temps plus ou moins long, le malade est arrêté par une crampe douloureuse qui siège dans le mollet, la cheville, ou le pied. Sous l'influence du repos imposé par cette crampe, la douleur disparaît et le malade peut continuer sa route.

Dans d'autres cas, c'est le froid qui provoque des phénomènes inquiétants; le pied est douloureux, pâle et froid. C'est un phénomène de vaso-constriction, qui peut durer de quelques heures à quelques jours. Dans d'autres cas, c'est une sensation continuelle, de froid et d'engourdissement, de picotement et de fourmillement, qui attire l'attention du malade sur son membre. Ces signes traduisent une irrigation insuffisante.

A un stade plus avancé, la douleur, qui apparaissait au cours de la marche et de l'effort, persiste même au repos. A ce moment, la gangrène est imminente. La douleur s'intensifie au point d'enlever tout sommeil, et finalement apparaît le placard de sphacèle qui peut intéresser un des orteils, ou le pied entier. Ici, c'est une phlyctène lie-de-vin, laissant couler un liquide roussâtre mettant le derme à nu. Là, c'est une tache brune du bout d'un orteil ou une suppuration discrète au bout d'un ongle. Plus tard les orteils sèchent, la douleur est calmée et le sillon d'élimination d'apparaître. Dans d'autres cas, la gangrène revêt une allure franchement aiguë à envahissement considérable. Son début rappelle la gangrène par embolie et s'accompagne de douleurs très vives. Le membre est en état d'asphyxie, livide, froid et insensible. On observe une mortification rapide des masses musculaires intoxiquant le malade. Elle s'accompagne de fièvre, délire, albuminurie, diarrhée.

Entre ces deux formes décrites, on peut observer différents degrés de la gangrène sénile, qui sont en rapport avec l'infection secondaire. et quelquefois on peut voir apparaître de véritables phlegmons gangréneux.

TRAITEMENTS

Chez tout malade atteint d'artério-sclérose, un des premiers devoirs du médecin traitant est de lui enseigner la pratique de l'hygiène des pieds. Il faut que les pieds soient tenus propres, secs et chauds. On lui recommandera d'éviter le refroidissement des extrémités, de même que l'application de caustiques sur les cors ou les durillons.

Au début des accidents, certains médicaments ont une action quelquefois efficace, tel que l'acécholine, qu'on doit injecter à des doses suffisamment élevées et pendant une période de temps assez longue. A l'apparition de la gangrène, l'effort du médecin tendra à prévenir l'infection secondaire. On doit se méfier des pansements humides et l'on fera de préférence des pansements secs *rares*, ou encore, des pansements au baume du Pérou. Si tout va bien, on attendra l'apparition du sillon d'élimination, alors qu'il sera possible de faire une amputation économique. Si, au contraire, la gangrène est humide, une intervention d'urgence s'impose.

GANGRÈNE DIABÉTIQUE

Chez le diabétique, on peut voir apparaître deux sortes d'accidents gangréneux: la gangrène infectieuse accidentelle et la gangrène par athérome.

a) *Gangrène infectieuse*. — La présence du sucre dans les tissus du diabétique est une condition qui favorise d'une façon redoutable l'apparition de la gangrène à la suite des plaies accidentelles les plus banales. Cet état tien au développement microbien rapide, et la gangrène doit être considérée dans le cas présent comme une complication de la lésion inflammatoire initiale.

Les diabétiques, non traités ou glycosuriques, sont toujours exposés à ces genres d'accident. Quelque temps après le début de l'infection apparaissent des complications qui révèlent l'acidose et la toxi-infection. Il faut intervenir rapidement sans attendre

que le malade soit aglycosurique; amputer largement et n'avoir crainte de sacrifier un tronçon de membre à la vie du malade. Au moment même de l'intervention, il faut administrer de l'insuline au malade, les doses d'insuline variant avec le poids du malade, et le taux de sa glycémie. Dans les heures qui suivent l'intervention un traitement insulinique énergique doit être institué, si nous ne voulons pas voir succomber le malade à l'acidose.

GANGRÈNE PAR ATHÉROME CHEZ UN DIABÉTIQUE

La gangrène par athérome est d'une fréquence reconnue chez les diabétiques. Les artères d'un diabétique, même jeune, sont très souvent athéromateuses et oblitérées, à un tel point que l'on voit très souvent apparaître des accidents d'ischémie. Cet état particulier des artères est sous la dépendance d'un trouble profond du métabolisme de la cholestérine. En effet, souvent on constate chez ces malades une hyper-cholestérimie marquée. La gangrène peut rester sèche comme dans la gangrène sénile; mais, malheureusement, tel n'est pas toujours le cas chez ces malades.

Plus souvent, elle se complique d'infection à la faveur de l'hyper-glycémie et on assiste alors à l'apparition de phénomènes toxoinfectieux exigeant un traitement rapide, c'est-à-dire: amputation et insulinothérapie.

Au cours de ces dernières années, dans le service de monsieur le professeur Dubé, nous avons eu l'avantage d'observer 48 cas de gangrène diabétique opérés. De ces quelques observations nous en rapportons une.

Madame A. C., âgée de 54 ans, se présente à l'hôpital pour gangrène du gros orteil gauche. La lésion est apparue à la suite d'un cor rogné avec une lame de rasoir. Dès le lendemain de cette auto-opération apparaît, autour de l'orteil, de la rougeur, et dans les heures qui suivent le pied devient gonflé, rouge et très douloureux. Deux jours plus tard, survient sur la face dorsale du pied, un placard bleuté, en même temps la douleur s'intensifie. Transportée d'urgence à l'hôpital, quatre jours après le début de l'infection, la malade est dans un état voisin du coma.

L'analyse des urines révèle une glycosurie de 54 grammes, avec présence d'acétone et d'acide diacétique. La glycémie est de 4.12. Le pouls est à 128 et la température à 99.

À l'examen du membre, en plus de la gangrène, on note des trainées de lymphangite qui remontent jusqu'au tiers supérieur de la jambe. La recherche oscillométrique ne donne que des très petites oscillations sur le membre malade. De l'autre côté, les oscillations sont assez bonnes.

Devant l'apparition rapide des accidents acidotiques et l'envahissement complet du pied, d'urgence on ampute au tiers moyen de la cuisse. Au moment de l'opération, 35 unités d'insuline furent injectées à la malade. Trois heures après, la glycémie tombait à 2.10, en même temps que la glycosurie s'abaissait à 23 grammes et que persistaient l'acétone et l'acide diacétique. On injecta à la malade 500 c. c. de sérum glucosé à 10% et, de plus, 60 unités d'insuline. Trois heures plus tard, la glycosurie était descendue à 12 grammes, traces d'acide diacétique, mais pas d'acétone. Glycémie 2. grammes. Dans les heures qui suivirent, nouvelle injection de 500 c. c. de sérum glucosé et 50 unités d'insuline. Douze heures après l'intervention, sous l'influence de ce traitement, la malade avait repris conscience, et le sucre, l'acétone, l'acide diacétique avaient disparu des urines. Dès le lendemain, la malade était soumise à un régime qui comportait: albumines 20 grammes, hydrates de carbone 60 grammes, graisses 40 grammes. En même temps, elle recevait 60 unités d'insuline réparties en trois injections. Graduellement, la diète fut augmentée, et la patiente quittait l'hôpital 35 jours après son entrée, avec un moignon en bonne voie de cicatrisation. Son régime était devenu: albumines 65 grammes, hydrates de carbone 90 grammes, graisses 140 grammes. La malade, revue depuis, a continué son traitement à l'insuline et la glycosurie n'apparaît qu'à de très rares intervalles.

Comme traitement préventif, il faut conseiller à tout diabétique âgé de ne porter que des chaussures s'adaptant parfaitement à son pied, ni trop serrées ni trop lâches. Lui enseigner l'hygiène des pieds et lui faire professer à l'égard de ses cors et de ses ampoules, etc., un respect plein de crainte. L'observance de ces quelques conseils, associée à un traitement anti-diabétique adéquat, peut prévenir, dans une large mesure, cette complication terrible qu'est la gangrène diabétique.

MIETTES GASTRONOMIQUES DE L'HISTOIRE DU CANADA

Par LEO-E. PARISEAU, F.R.C.P. (Canada),

Chef du Service de la Radiologie à l'Hôtel-Dieu,

Membre de la Société Historique de Montréal.

« Les animaux se repaissent; l'homme mange; l'homme d'esprit seul sait manger », a dit Brillat-Savarin.

Tout comme le savoir-vivre, le savoir-manger a ses règles, auxquelles il n'est point permis de se soustraire, sous peine de passer pour un sot.

Le camembert pourrait-il précéder le vol-au-vent ? Le filet de hareng fumé pourrait-il succéder à la confiture ? Oui, peut-être, chez des naufragés qui songeaient déjà à s'entre-dévorer; assurément non chez des gens d'esprit attablés pour le plaisir.

Déguster un repas à plusieurs services, c'est éprouver des sensations extrêmement variées. Le plaisir que ces sensations procurent peut n'être pas égal chez tous les convives; parfois même tel consommateur éprouvera devant tel plat un dégoût insurmontable. Celui-là n'a pas à s'en expliquer avec nous; il peut exciper du « de gustibus non est disputandum ».

Cependant, il semble bien y avoir, chez tous les peuples civilisés, unanimité complète pour louer ou condamner certaines pratiques gastronomiques, certaines combinaisons d'aliments. Tel qui met des cubes de glace dans son vin de Bourgogne au lieu de le boire chambré, fera tout de même la grimace si vous lui servez du vin rouge avec la morue salée.

Le jour où nous saurons pourquoi certains goûts ne se marient point et pourquoi certains aromes s'allient mal, il y aura un grand pas de fait dans la physiologie des sensations.

Les préceptes fondamentaux de la gastronomie tiennent-ils encore lorsqu'il s'agit d'un banquet servi sur le papier, à des

invités qui vont le consommer en pensée ? J'espère bien que non, car le menu que voici n'aurait point trouvé grâce devant Brillat-Savarin :

Iroquois Rôti

Laits d'Huronne, d'Anesse et de Chèvre.
 Pieds de Porc — Mufle d'Original — Patte d'Ours.
 Queue de Castor — Cuisses de Ououarons.
 Anguille dans sa graisse — Perdrix au chou.
 Bière d'épinette — Sirop d'érable.

Amis lecteurs, puisse la curiosité vous avoir aiguisé l'appétit, et puissent mes commentaires être assez piquants pour jouer le rôle du traditionnel « ketchup » qui vous cache l'écoeuvante médiocrité de la plupart des plats servis en Amérique. Si, par malheur, mes « Miettes » ne trouvaient point grâce devant vous, il ne me resterait qu'à imiter le geste désespéré du grand Vatel et à m'enfoncer ma « Waterman » dans le ventre. Tout tremblant d'appréhension je sers le premier plat :

L'IROQUOIS RÔTI

Vous n'êtes pas plus tenus d'en manger que vos ancêtres . . . Dans sa « Relation » de 1635, le Jésuite LeJeune raconte que les Hurons, ayant fait prisonnier un Iroquois, se mirent à le torturer, suivant la coutume du pays. Pour reconnaître le précieux concours apporté par leurs alliés blancs, « ils osèrent », dit le narrateur, « demander à quelques-uns de nos François s'ils n'en mangeroient pas bien leur part, puisqu'ils avaient tué de nos compatriotes. On leur répartit que ces cruautéz nous déplaisoient et que nous n'estions point des anthropophages ». (Réf. No 1.)

Le texte est clair: c'est à quelques-uns des compagnons du bon Père que le plat macabre fut offert. Aussi ai-je été un peu surpris de trouver dans l'ouvrage intitulé « Les origines religieuses du Canada » la phrase suivante qui se donne des airs d'être textuelle: « N'en mangez-vous pas votre morceau, disait l'un d'eux à LeJeune, puisque les Iroquois ont tué des Français ? » (Réf. 2.)

L'auteur nous renvoie à l'édition de Thwaites. Or, si l'on s'y reporte, l'on se rend compte que monsieur Goyau, sans doute inconsciemment, a remanié le passage original de manière à mettre à l'avant-plan le missionnaire en personne.

Ne chicanons pas, pour si peu, un très grand ami des Canadiens, qui vit encore. Recherchons plutôt les commentaires plus ou moins funambulesques que l'on a pu faire sur l'anthropophagie canadienne, au cours des trois siècles qui nous séparent des premières tentatives de colonisation et d'évangélisation.

Au seizième siècle l'on ne parlait guère, en France, que des cannibales caraïbes ou brésiliens. Les récits de Jacques Cartier présentaient nos propres aborigènes sous un jour assez rassurant, alors que le Voyage au Brésil de Jean de Léry offrait, sur les moeurs des sauvages de la France dite « antarctique », des détails terrifiants. (Réf. 3.)

Il en fut autrement à l'aube du dix-septième, quand parurent les fameuses « Relations » des Jésuites missionnaires au Canada. S'il est vrai qu'elles stimulèrent les esprits aventureux et qu'elles ravirent les âmes mystiques, l'effet paraît avoir été très différent sur l'imagination de certains bourgeois de France et de Navarre. Ils en frémissaient d'épouvante et de dégoût.

Aussi bien, dans les « Lettres » de mon grincheux confrère Guy Patin (lettres dont M. André Thérive a pu dire qu'elles avaient reçu l'empreinte profonde des passions de l'époque) ai-je trouvé plusieurs allusions péjoratives à l'Amérique. Le 30 novembre 1655, Patin écrit à un ami que « la cour est le País des Anthropophages aussi bien que la Scythie Septentrionale des Anciens et l'Amérique des Modernes. S'en garde qui pourra ». (Ref. 4.)

Au dix-huitième siècle, l'anthropophagie est devenue un thème favori des philosophes. Elle leur sert de prétexte à de nombreuses gloses, toutes débordantes d'humour et d'ironie. A titre d'exemple citons les « Lettres Iroquoises » publiées en 1752 à Irocoopolis (sic). C'est là une oeuvre de pure fantaisie, dépourvue de tout support historique. On peut la considérer comme étant la contre-partie du

« Candide » de Voltaire, puisque le héros, Igli, est un Iroquois qui visite la France et qui transmet ses impressions aux sauvages d'Amérique, ses frères.

Dans sa cinquième lettre, Igli raconte comment les Parisiens se scandalisent d'apprendre que les Peaux-Rouges dévorent leurs parents. « Ah ! » s'écrie-t-il, étouffé par l'indignation, « ils rient, les insensés qu'ils sont, des mystères redoutables de nos banquets où nos mains sont armées par le respect et l'amour; s'ils savaient la vertu secrète et divine qui nous y est communiquée. » (Réf. 5.)

Igli se demande pourquoi la plupart des grands hommes blancs ont des enfants indignes d'eux. C'est, pense-t-il, parce que les jeunes gens ne mangent point leurs aînés. La tirade finit par ce cri désolé, du plus haut effet comique: « Je ne vois ici que des enfants, qui n'ont point mangé leur père ! » (Réf. 6.)

Tout cela est très amusant, mais rien de cela n'est vrai. N'en déplaise à Maubert de Gouvest, l'auteur des « Lettres Iroquoises », nos indiens n'ont jamais dévoré les dépouilles de leurs parents ou de leurs amis. Bien au contraire, ils ont toujours eu, pour les restes de leurs proches, des égards qui dépassaient souvent ceux de nos ancêtres en pareille occurrence. Lorsqu'ils dévoraient de la chair humaine dans le but de s'incorporer « une vertu secrète et divine », le donneur (comme on dit entre médecins) était toujours un ennemi qui avait fait preuve de fortitude au milieu des tourments.

Il est vrai que l'on achevait parfois les vieillards décrépits, les malades incurables ou les grands perclus, mais cela se faisait presque toujours dans le seul but de leur éviter des souffrances inutiles ou de soulager la tribu en mauvaise posture. Un fils, alors, n'hésitait pas à tuer son père.

Certes, de telles coutumes sont répréhensibles. Cependant, elles répugnent si peu aux modernes que l'on en entend froidement discuter l'opportunité, de nos jours, dans des pays soi-disant civilisés (les Etats-Unis par exemple). Ce que nous appelons l'euthanasie, notre Champlain lui-même avoue l'avoir pratiqué.

par pitié, sur la personne d'un prisonnier torturé devant lui. (Réf. 8.) Et qui dira combien de coups-de-grâce furent assénés pendant la Grande Guerre ?

Bref, on achevait ses vieux parents et ses camarades invalides, mais on eût été saisi d'horreur à la seule pensée d'avoir à les manger.

Nous venons de trouver la mémoire de monsieur Goyau un peu en défaut et l'esprit de Maubert de Gouvest fort à côté de la question . . . Quel plaisir il y aurait à mettre Voltaire dans le même sac !

Au cours de sa très longue vie le cher homme a parlé plus d'une fois de l'anthropophagie. Voyons ce qu'il a bien pu dire là-dessus.

Dans une lettre écrite en 1737 à celui qui devait devenir Frédéric-le-Grand, Voltaire s'exprime ainsi : « J'ai vu quatre sauvages de la Louisiane qu'on amena en France, en 1723. Il y avait parmi eux une femme d'une humeur fort douce. Je lui demandai, par interprète, si elle avait mangé quelquefois la chair de ses ennemis et si elle y avait pris goût; elle me répondit que oui; je lui demandai si elle aurait volontiers tué ou fait tuer un de ses compatriotes pour le manger; elle me répondit en frémissant et avec une horreur visible pour ce crime ». (Réf. 9.)

Environ un quart de siècle s'écoule et Voltaire nous parle de sa louisianaise, qu'il dénomme plaisamment: une dame du pays de Mississipi. Elle avoue toujours avoir mangé des prisonniers de guerre et s'en excuse fort bien; mais Voltaire ne souligne plus sa vertueuse indignation lorsqu'on la jugeait capable de consommer ses proches. La « dame » est déjà un peu moins sympathique, peut-être parce que son impresario, pour les besoins de la thèse qu'il développe, tient à la montrer sous un jour plus sinistre. (Réf. 10.)

Douze autres années passent, et Voltaire se trouve aux prises avec le fameux abbé Guénée, qui lui apporte, sur le sujet de l'anthropophagie, un renfort inespéré. « Vous rapportez vous-même »,

écrit Voltaire, « que mon ami vit à Fontainebleau une belle sauvage du Mississipi qui avoua avoir dîné quelquefois de chair humaine. Cela est vrai et j'y étais, non pas au dîner de la sauvage mais à Fontainebleau. » (Ref. 10.).

Elle a quelque peu changé, notre « sauvagesse », en 40 ans. La voilà devenue belle alors qu'elle était douce; et la voilà qui dîne de chair humaine sans demander la provenance de ce qu'on lui sert, pour le plaisir d'être cannibale, semble-t-il.

De sorte que le lecteur de Voltaire acquerra, sur les caractéristiques du cannibalisme louisianais, des notions assez différentes selon qu'il aura parcouru la « Correspondance avec les Souverains » ou l'essai « Un chrétien contre six Juifs ».

Le sage de Ferney n'eut pas « l'honneur d'entretenir » nos sauvages canadiens. Ce qu'il en connaît lui vient des écrits du Père Charlevoix, ou des racontars d'un parent du Père Brébeuf. Ici encore la confrontation des textes est révélatrice.

Dans le « Dictionnaire philosophique » on trouve ceci: « Le Jésuite Charlevoix que j'ai fort connu et qui était un homme très véridique, fait assez entendre dans son histoire du Canada, pays où il a vécu trente années, que tous les peuples de l'Amérique septentrionale étaient anthropophages, puisqu'il remarque comme une chose fort extraordinaire, que les Acadiens ne mangeaient point d'hommes en 1711. » (Réf. 11.)

Avant de partir à la découverte d'autres textes relatifs à l'anthropophagie, cherchons la petite bête dans celui-ci.

D'abord, il n'est pas exact de dire que Charlevoix a vécu trente années au Canada. Il y est venu deux fois, il y a passé moins de cinq ans en tout. Et puis, Voltaire n'a pas « fort connu » l'érudit historien et son jugement sur lui, fût-il favorable, ne saurait avoir grand poids, puisqu'il écrit ailleurs: « Le révérend Père Charlevoix, qui fut mon préfet, il y a 75 ans au Collège Louis-le-Grand et qui était un peu bavard . . . etc. » (Réf. 12.)

La vérité c'est que Charlevoix professa dans le fameux collège de 1705 à 1709, et que Voltaire y étudia de 1704 à 1711. Voltaire étant né en 1694, son jugement le plus mûr sur son maître est celui d'un potache de quinze ans. Notre jugement à nous, basé sur les écrits laissés par Charlevoix, serait sans doute moins sujet à caution, mais il y a mieux à faire que d'enquêter sur le degré de véracité et de loquacité de l'écrivain jésuite. Parlons des Acadiens à qui il décerne un si beau diplôme.

Est-il avéré qu'ils « ne mangeaient point d'hommes en 1711 » ? Oui. On peut même affirmer, sauf erreur, qu'ils furent parmi les premiers des aborigènes nord-américains à renoncer au cannibalisme. Le récollet Chrétien Le Clercq, qui fit paraître en 1691, à Paris, une « Nouvelle Relation de la Gaspésie », rappelle que les premiers Français à débarquer dans la péninsule firent grand scandale lorsqu'ils burent du vin devant les naturels et leur en offrirent. Ceux-ci, croyant que c'était du sang, furent quelque temps sans en boire et même « sans vouloir en aucune façon familiariser et commercer avec une nation accoutumée au sang et au carnage ». (Réf. 13.)

Puisqu'il paraît bien établi, d'après ce témoignages et d'autres, que les Micmacs (les « Acadiens » des premiers chroniqueurs) avaient des moeurs plus douces, ou moins féroces, que les autres aborigènes de la Nouvelle-France, pouvons-nous, sans plus, nous écrier : « Honneur aux Micmacs ! honnis soient les autres sauvages » ?

Non. Réserveons jugement et renseignons-nous d'abord sur les causes assez nombreuses et très diverses du cannibalisme. L'Encyclopédie Britannique contient, sur le sujet, un article suffisamment documenté ; mais nous aurons bien plus de plaisir à feuilleter le petit livre que j'ai là, intitulé : « De natura et moribus Anthropophagorum, dissertatio » (Utrecht, 1688).

L'auteur, un certain Pierre Petit, philosophe et docteur en médecine, groupe sous les chefs suivants tous les cas qu'il rapporte et discute :

1° Rabida famas in summa omnium aliorum alimentorum penuria.

2° Insania ex morbo.

3° Odii et iræ implacabilis furor.

4° Amoris vehementia.

5° Superstitio et magicorum rituum insanda propudia.

6° Quorundam medicorum imposturae et fraudes.

7° (Quibusque addi potest) testamenti tabulæ a quibusdam in acerbissimam captatorum irrisionem et contumeliam compositæ. (Ref. 14.)

Soit, pour tout dire en sept mots : la *faim*, la *folie*, la *haine*, la *gloutonnerie*, la *superstition*, le *charlatanisme*, le *mépris*. Adop-
tons cette classification qui en vaut bien une autre, et faisons le
catalogue raisonné des cas de cannibalisme épars dans les anciennes
chroniques du Canada.

ANTHROPOPHAGIE SOUS L'EMPIRE DE LA FAIM

La Faim est une mauvaise conseillère qui a poussé les hommes
de tous les temps et de tous les pays à l'assassinat, à la nécrophagie.

Champlain, par exemple, blâme son compatriote Ribaut de
n'avoir apporté des vivres en Floride que pour dix mois. Aussi
Ribaut connut-il « ces nécessitez qui enfin réduisent les entrepre-
neurs à de grandes extrémitéz, jusques à être homicides les uns des
autres pour se nourrir de chair humaine. » (Réf. 15.)

Plus près de nous, (trop près de nous, hélas ! puisque cela
se passait en 1828, à la baie aux Renards, sur la côte nord du St-
Laurent), il y eut la lamentable affaire du « Granicus ». Pour
savoir ce qui arriva aux infortunés naufragés, consultez Faucher de
Saint-Maurice. (Réf. 16.)

(A suivre)

ENCOURAGEZ NOS IMPRIMEURS !

Thérien Frères LIMITÉE

Imprimeurs
Thermographes
Éditeurs
Relieurs

Tél.: HARbour *5288

334, RUE NOTRE-DAME EST, MONTRÉAL

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

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


Scott & Bousquet Frères Limitée

JOAILLERIE EXCLUSIVE

HORLOGERIE DE PRÉCISION

BIBELOTS D'ART FRANÇAIS

LES DIAMANTS chez
BOUSQUET



Les diamants sont sujets à de nombreux défauts, causés par une cristallisation incomplète. Souvent ces tares ne sont perceptibles qu'à l'oeil exercé d'un expert; mais elles affectent toujours le prix de la pierre.

Le beau diamant, celui dont rien n'entrave la réfringence, possède une véritable valeur de placement. En outre de la satisfaction d'amour-propre qu'il procure, le diamant d'une eau parfaite peut toujours être revendu avantageusement.

Maison de confiance spécialisée dans la haute joaillerie, notre établissement offre toutes les garanties de service et de réputation qu'exige l'achat d'un beau diamant.

SCOTT & BOUSQUET FRÈRES Limitée

921 est, rue Ste-Catherine. — LA.: 5201

Succursale : 6562, rue St-Hubert. — CR.: 1650

M O N T R É A L

LAIT DE BEURRE "SANTÉINE"

Préparé par une maison canadienne.

Le lait le plus riche en ferments lactiques.

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

J. Joubert
LIMITÉE

VOICI LA SAISON DES RHUMES ET DE LA TOUX

Contrôlez rapidement un rhume par

**Les comprimés de Phénalone associé
à la Codéine**

Faites cesser la toux avec

MISTURA TUSSI DE HARTZ

La Compagnie J. F. HARTZ de Montréal (limitée)
1434, AVENUE MCGILL COLLEGE, - MONTRÉAL

2 à 6
cuillerées
à café
par jour

DIATHÈSE URIQUE

BIEN SPÉCIFIER LE NOM



PIPÉRAZINE MIDY

souvent
imitée
jamais
égalée

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

Un traitement spécifique de l'Anémie

HEMOSTYL

L'HÉMOSTYL DU Dr ROUSSEL

possède en permanence 1,400 chevaux donneurs de Sérum.

L'INSTITUT DE SEROTHERAPIE HEMOPOIETIQUE
qui prépare

L'HÉMOSTYL DU Dr ROUSSEL

est le centre de Sérothérapie le plus important du monde.

Hémostyl fiolampoules - Hémostyl sirop

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

Tél.: PLateau 4189-4180

C. A. BRAULT

Pharmacien Consultant de l'Hôtel-Dieu



3508 AVENUE DU PARC
(près de la rue Milton)

MONTRÉAL

Téléphone: HArbour 4752

J. H. Boivin
Opticien

Spécialité :

ORDONNANCES DE MM. LES OCULISTES

2037, RUE ST-DENIS, - - - MONTRÉAL

Service de Voitures Ambulances
à la VILLE et à la CAMPAGNE,
JOUR et NUIT

SPÉCIALISTES DANS LE TRANSPORT DES
MALADES ET DES BLESSÉS

Geo. Vandelac Limitée

Fondé en 1890

DIRECTEURS DE FUNÉRAILLES
SALONS MORTUAIRES

120 RUE RACHEL EST, - - MONTRÉAL

Tél.: BElair 1717

G. VANDELAC, jr.

ALEX. GOUR

MÉDECINS!

ACHETEZ VOTRE VOITURE

chez . . .

JARRY & FRÈRE

Vendeurs autorisés de la voiture FORD.

4450, RUE ST-DENIS

BEIair 2442

BEIair 2443

ASSURANCES

FINANCE

Bureau de VÉRIFICATION MÉDICALE

COLLECTION

TARIF MODÉRÉ **15%**

*Renseignez-vous auprès de vos confrères et demandez
une copie de notre contrat.*

GUARDIAN FINANCE COMPANY

266 RUE ST-JACQUES OUEST, - MONTRÉAL

Tél. MArquette 2587

GASTON RIVET,
Gérant.

M. G. VADEBONCOEUR, B.A., LLL.,
Aviseur légal.

Avec les compliments de

JOSEPH FILION, M.P.P.

ENTREPRENEUR

CONSTRUCTEUR

464, CHEMIN DU BOULEVARD DES PRAIRIES

LAVAL-DES-RAPIDES



Téléphone: BYwater 1225

F. H. PHELAN

MARCHAND DE CHARBON

à la tonne ou au wagon

Anthracite Gallois — Anthracite Ecosais

ANTHRACITE SCRANTON

"Buckwheat" et petites variétés.

Charbon bitumineux de première qualité.

HUILE À CHAUFFAGE

315, RUE COLBORNE, - - MONTRÉAL

Téléphone : MARquette 1270 et 1279

AVEC LES COMPLIMENTS

DE L'

A. O. A.



Bureau-chef : 4869 RUE ST-DENIS

BElair 1144-1148

TABLE DES ANNONCEURS

	Page		Page
Abbott Laboratories	IX	Ingram & Bell	II
Anglo-French Drug Cie	VIII	J. J. Joubert (Santéine)	XXI
Apioline (Lab. de Pharmacologie)	IV	Jarry & Frère	XXV
A. O. A.	XXVII	Jouot, G.	IX
Boivin, J.-A.	XXIII	La Compagnie J. F. Hartz de Montréal (limitée)	XXI
Brault, C.-A.	XXIII	Merck & Co.	XIII
Canada Drug Co.	VI	Millet, Roux & Lafon	VIII, XIV
Carrière & Sénécal	IV	Nadeau (Laboratoire)	I
Casgrain & Charbonneau	XV	National Optical Co.	XII
Cloutier & Cloutier	Couverture 3	Oxygène du Canada (Compagnie)	V
Ciba (Compagnie)	II	Phelan, F. H.	XXVII
Duckett, J. A.	VI	Pyridium (Merck)	Couverture 1
J. Eddé (limitée)	XXII	Remo Drug & Supply Co.	Couverture 2
Filion, Joseph, M.P.P.	XXVI	Rougier Frères	XVII
General Electric X-Ray Corp.	XI	Sorignet, Auguste	V
Girard Automobile	XXVIII	Scott & Bousquet Frères	XX
Granger Frères	VII	Thérien Frères Limitée	XIX
Guardian Finance Co.	XXV	Vandelac, Geo.	XXIV
Harris, J. A.	X	Yogourt (J. D. Delisle)	III
Herdts & Charton	XVI		
Horner, Frank W.	XVIII		

LES NOUVEAUX MODÈLES 1932 DE SOTO ET CHRYSLER

Valeur incomparable — Prix inégalés — Élégance insurpassable.

POURQUOI ILS FONT SENSATION :

- 1° Moteur suspendu (avec les améliorations de Chrysler);
- 2° Embrayage automatique;
- 3° Transmission robuste;
- 4° Roulement libre permettant la vitesse variable;
- 5° Freins hydrauliques indéréglables;
- 6° Tambours de freinage à métaux sélectionnés.

GIRARD AUTOMOBILE, INC.

1448 DORCHESTER OUEST

MARquette 4228*

NOS DÉMONSTRATEURS SONT À VOTRE DISPOSITION.

THÉRIEN FRÈRES, LIMITÉE

The Remo Drug & Supply Co. Limited

4077, rue Saint-Denis.

Tél.: BELair 2755

MONTREAL

RAYONS X

PHYSIOTHERAPIE

SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES.

Distributeurs exclusifs des plus grandes maisons d'Europe et des Etats-Unis.

SIEMENS-REININGER-VEIFA
BERLIN

KELLY-KOETT MFG. CO.
COVINGTON, KY.

RADIOLOGIE — ELECTROCARDIOGRAPHIE — DIATHERMIE

Appareils triphasés et condensateurs, générateurs pour la radiothérapie profonde avec protection intégrale contre les Rayons X et la haute tension.

THE BURDICK CORPORATION, MILTON, WISCONSIN

ULTRA-VIOLET — COURANT GALVANIQUE

Lampes à refroidissement air ou eau. Solariums automatiques.
Générateurs Morse à courants ondulés.

HIGH TENSION CORPORATION — UNION CITY, N. J.

BISTOURIS ELECTRIQUES — HAUTE FREQUENCE — STATIQUE

Installations ultra-modernes pour hôpitaux, cliniques, etc.

CARLO ERBA, MILAN

J. B. PEZZIOL, PADOUE

INSTITUT MEDICO-PHARMACOLOGIQUE, SERONO, ROME

SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES - PRODUITS OPOTHÉRAPIQUES

ENTRETIEN et REPARATION de votre outillage sous la direction d'un ingénieur-expert possédant une expérience de 25 années en matière d'électrotechnique médicale.

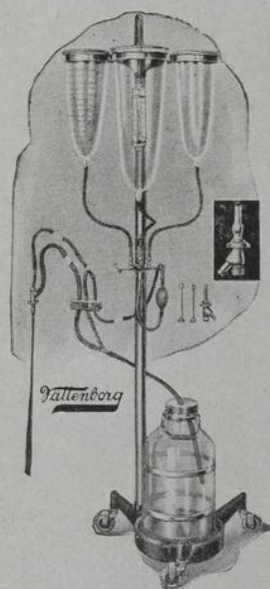
DEMANDEZ NOS CATALOGUES, DEVIS, ECHANTILLONS
ET BROCHURETTES.

LA COMMISSION DES AGENTS PHYSIQUES

chargée par l'*American Medical Association* de faire une enquête complète dans le champ de la Physiothérapie, après s'être occupée des techniques et des appareils employés dans

LES GRANDS LAVAGES DU COLON

a cru devoir signaler à la profession médicale les dangers que présente l'irrigation obtenue en faisant pénétrer un tube demi-souple jusque dans le coecum.



L'APPAREIL IRRIGATEUR DE VATTENBORG MET À L'ABRI DE TOUT DANGER

- 1° Parce que sa canule est relativement courte. Elle ne pénètre jamais plus avant que de 10 ou 12 pouces.
- 2° Et puis, grâce au speculum ajouré assurant le libre retour de l'eau, on peut laver énergiquement sans avoir à craindre la distension du colon et les épreintes.

L'APPAREIL VATTENBORG permet donc de laver le gros intestin sans peine, et sans péril pour le patient.

L'outillage est parfaitement au point. Il ne reste au praticien qu'à déterminer dans quels cas la méthode est indiquée.

Pour plus amples renseignements, nous écrire.

CLOUTIER & CLOUTIER

4338, RUE ST-DENIS, - MONTRÉAL, Canada

Tél.: BELair 1616