

L'Union Médicale du Canada

REVUE MENSUELLE

Fondée en 1872

NÉCROLOGIE

- Paul Bousquet Damien MASSON . . . 1195
 Albert Laramée, M.D. Joseph GAUVREAU . . . 1199

MÉMOIRES

- Forme cortico-sous-corticale de la paralyse pseudo-bulbaire Roma AMYOT . . . 1202

RECUEIL DE FAITS

- Adéno-papillomes de l'estomac associés à un cancer de l'oesophage G.-E. GENDREAU
 Albert JUTRAS . . . 1209
 Un cas d'abcès épidural revêtant l'aspect initial d'un syndrome abdominal . . . Jean LeSAGE
 Jean PANET-RAYMOND 1217
 Trépanation du sphénoïde par voie transseptale dans un cas de névrite optique rétro-bulbaire. Guérison Jules BRAULT . . . 1225

MOUVEMENT MÉDICAL

- Le cancer de l'estomac Eugène ST-JACQUES . 1229
 Décubitus ventral dans le post-partum . . . Paul-A. POLIQUIN . 1233

MÉDECINE PRATIQUE

- Le salicylate de soude chez les enfants . . . Paul LETONDAL . . . 1240

(Suite du sommaire à la page X)

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef
Albert LeSAGE

Secrétaire de la rédaction
Léon GÉRIN-LAJOIE

Secrétaire-Trésorier
J.-A. VIDAL

Membres:
 Roma AMYOT, Édouard DESJARDINS, Jean SAUCIER.

Administrateur: T. VALIQUETTE,
 Bureau: 418 est, rue Sherbrooke. Téléphone: MARquette 7334.



"Frosst"

KONDREMUL

L'émulsion d'huile minérale et de Mousse d'Irlande

Voici quelques-unes des raisons pour lesquelles vous pouvez recommander cette préparation en toute confiance:

- 1° L'équilibre scientifique de l'huile — 55% d'huile minérale de la plus haute qualité — favorise l'émulsion avec les fèces.
- 2° L'huile est en suspension sous forme de gouttelettes — les globules sont maintenus fermement dans une enveloppe émulsive.
- 3° Pas de fuite — ne trouble ni l'assimilation ni la digestion.
- 4° Donne des selles abondantes, molles, de consistance mastic.
- 5° Ne contient pas d'alcool.
- 6° Ne contient pas d'alcali.
- 7° Ne contient pas de sucre. Peut être prise par les personnes soumises à un régime sans sucre.
- 8° Ne contient pas d'hydrates de carbone digestibles.
- 9° Un simple régulateur — ne cause pas d'accoutumance.
- 10° Crémeuse et agréable à prendre — aucun goût huileux.
- 11° Les grandes variations dans la température n'ont aucun effet sur cette émulsion.
- 12° Elle se verse facilement.
- 13° Elle se mélange rapidement à l'eau chaude ou froide, à du lait ou du cacao.
- 14° Le contrôle de laboratoire assure l'uniformité du produit.
- 15° Simple ou avec de la Phénolphtaléine (2.2 grains par cuillerée à bouche).

Bouteilles de 16 onces

Charles E. Frosst & Co.

PHARMACIENS-FABRICANTS DEPUIS 1899

MONTREAL
CANADA

RICHMOND
VIRGINIE

SPARTOVAL

ISOVALERIANATE NEUTRE DE SPARTEINE

SÉDATIF CARDIO-VASCULAIRE ANTISPASMODIQUE

TRAITEMENT: des algies et troubles fonctionnels des affections cardiaques — Angors — Tachycardies — Palpitations.

•
Dragées de Spartoval (dosées à 0 gr, 05) 2 à 6 par jour.

SPARTO-CAMPBRE

CAMPHO-SULFONATE DE SPARTÉINE & CAMPHO-SULFONATE DE SODIUM

VÉRITABLE SYNERGIE CARDIOTONIQUE

TRAITEMENT D'URGENCE: du collapsus cardiaque, des états adynamiques au cours des maladies infectieuses.

•
Diurétique et Cardiotonique d'Entretien

•
Ampoules de Sparto-campbre: de 2 et 5 cc. (injections sous-cutanées ou intramusculaires).

Dragées de Sparto-campbre: 2 à 6 par jour.

GENISTENAL

ÉTHYLPHÉNYLBARBITURATE NEUTRE DE SPARTÉINE

NEURO-SÉDATIF & HYPNOGÈNE « ÉQUILIBRANT » du Système nerveux végétatif

TRAITEMENT: de l'épilepsie; chorée; convulsions; anxiétés; délire; insomnies; angine de poitrine.

•
Dragées de Génisténal (0,035 d'éthylphénylmalonylurée et 0,015 de spartéine).

Adultes: 1 à 6 dragées par jour.

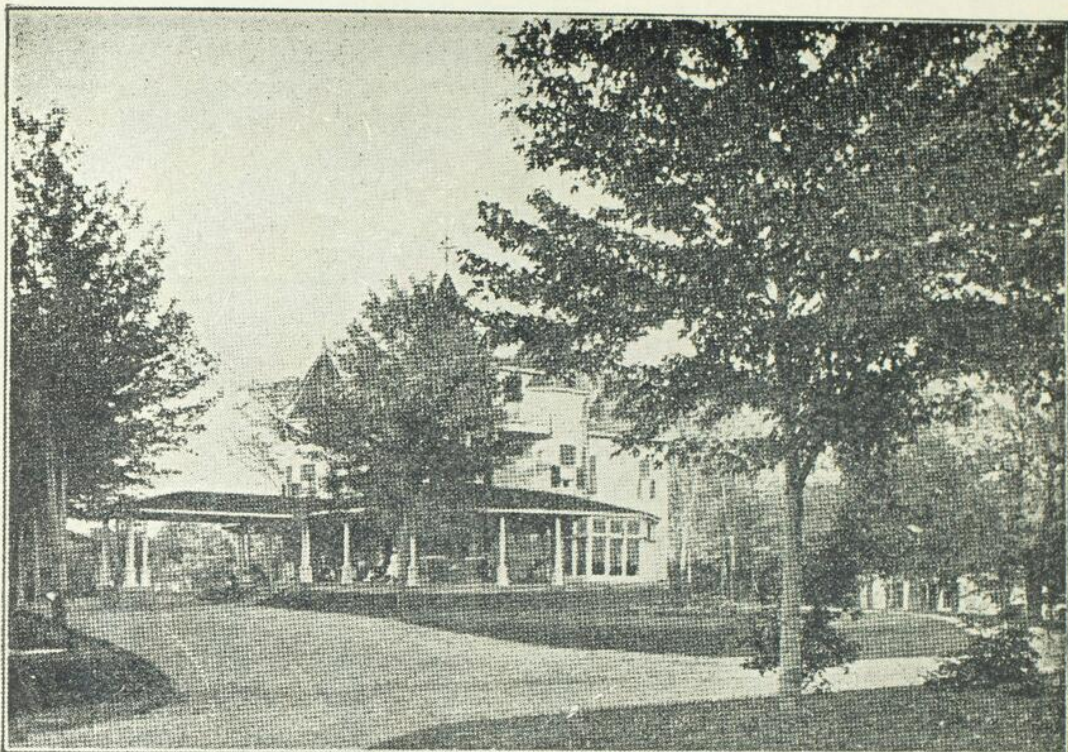
Enfants: ½ à 4 " " "

LABORATOIRES CLIN, COMAR & CIE, PARIS

Agents pour le Canada: VINANT Ltée, 533, rue Bonsecours, MONTRÉAL.

SANATORIUM PRÉVOST

INCORPORE



ETABLISSEMENT DE PSYCHOTHERAPIE

Magnifique situation au bord de la Rivière-des-Prairies, à proximité de Montréal. Parc de 600,000 pieds carrés. Tennis, billard, etc. Chambres pourvues de tout le confort moderne.

TRAITEMENT INDIVIDUEL DES AFFECTIONS DU SYSTEME NERVEUX

par trois médecins spécialistes et un personnel expérimenté. Cure de repos. Régimes. Electrothérapie. Rayons U. V. Hydrothérapie. Traitements spéciaux des toxicomanies (alcool, morphine, cocaïne). Malariathérapie et toutes pyréthérapies. Prospectus sur demande.

Personnel médical: Dr Edgar Langlois, médecin-directeur; Dr Jean Saucier; Dr Roma Amyot; Dr Charles A. Langlois (électro-radiologie).

4455 Boulevard Gouin ouest,

Téléphone, BYwater 1240

TRASENTINE

" CIBA "

(Chlorhydrate hydrosoluble de l'ester diéthylaminoéthylque
de l'acide diphénylacétique)

ANTISPASMODIQUE

Agissant aussi bien sur la fibre nerveuse, comme l'atropine,
que sur la musculature lisse, comme la papavérine.

Indiqué dans les états spasmodiques des organes végétatifs.
Utilisable par voies orale et parentérale.

Comprimés

Ampoules



PERANDREN

" CIBA "

(Première hormone orchitique synthétique, chimiquement pure)

L'essai du Perandren est recommandé dans les cas suivants:

Affections prostatiques, eunuchisme,

Troubles du développement sexuel,

Phénomènes de carence de nature physique et psychique,

Affaiblissement ou cessation prématurés de la fonction sexuelle.

Ampoules

COMPAGNIE CIBA LTÉE, 759 Carré Victoria, MONTREAL.

LE MAPHARSEN

"LE RAFFINEMENT DE LA THÉRAPEUTIQUE
ARSENICALE."

La Compagnie Parke, Davis présente à la profession médicale une nouvelle préparation arsenicale anti-syphilitique: le Mapharsen. C'est le résultat d'actives recherches menées en collaboration dans les laboratoires de deux grandes Universités et le département des recherches de Parke, Davis et Cie.

Différentes épreuves de laboratoire ainsi que de multiples observations cliniques ont prouvé que le Mapharsen, (oxyde de méta, amino, para, hydroxy, phénylarsine), est un spirochéticide de première valeur. Il n'a jamais provoqué de ces réactions graves observées à la suite d'injections des autres arsenicaux employés actuellement.

Les laboratoires de recherches de Parke, Davis et Cie ont soumis le Mapharsen à des épreuves sévères tant au point de vue chimique, pharmacologique que biologique. Le Mapharsen constitue un agent thérapeutique de tout premier ordre comparativement à d'autres produits du même genre dans le traitement de la trypanomiase et de la syphilis.

Le Mapharsen est approuvé par le Comité de Pharmacie
et de Chimie de l'American Medical Association.

PARKE, DAVIS & COMPANY

MONTREAL

Les directeurs de l'Union Médicale du Canada donnent avis à leurs abonnés et aux annonceurs que le Bulletin de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord est fusionné avec l'Union Médicale du Canada, dont le premier numéro de la nouvelle série paraîtra en janvier sous un nouveau format.

A compter de janvier 1938 l'"Union Médicale du Canada" deviendra l'organe officiel de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord.

Ses bureaux seront transportés à 326 est, Boulevard Saint-Joseph. Tél. LANcaster 9888.

Nous comptons, comme dans le passé sur la bienveillance de tous.

LE BUREAU DE DIRECTION

ANÉMIES,
ANÉMIES PERNICIEUSES,
DÉFICIENCES ORGANIQUES.

TREPHONYL

Sirop

**Sérum Hémopoiétique (Hémostyl)
Extrait hépatique de foie fœtal
Suc embryonnaire.**

Durée moyenne du traitement: 18 jours environ
Aucune contre indication

*La dose (1 à 2 cuillerées à soupe) se prend à
jeun à distance des repas.*

—♦♦—
Laboratoires du Dr ROUSSEL,
97, rue de Vaugirard, **PARIS.**

Agents pour le Canada: **J. EDDÉ Ltée, New Birks Bldg., MONTRÉAL**

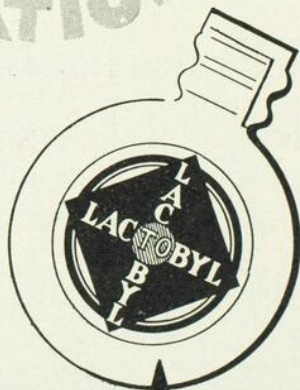
CONSTIPATION

**REEDUCATEUR
DE L'INTESTIN**

AUCUNE ACCOUTUMANCE

LABORATOIRES LOBICA
25, RUE JASMIN - PARIS

Agent: J. EDDÉ Ltée, MONTRÉAL



à base de :

SELS BILIAIRES
POUDRE DE GLANDES INTESTINALES
CHARBON POREUX
FERMENTS LACTIQUES
POUDRE DE LAMINARIA FLEXICAULIS
POUR 1 COMPRIMÉ

**1 à 6 comprimés par jour
aux repas ou au coucher
Commencer par deux comprimés**

LACTOBYL

L'Union Médicale du Canada

Fondée en 1872



Prix de l'abonnement pour 1937

Canada et Etats-Unis	\$3.00
Etranger (pays faisant partie de l'Union Postale)	4.00
Etudiants	1.50
Prix du numéro	0.50

Autorisé par le Ministère des Postes, Ottawa, comme matière de seconde classe.

Conditions de Publication

L'Union Médicale du Canada paraît tous les mois par fascicules de 164 pages. Chaque numéro contient des mémoires originaux, des faits cliniques, une revue générale, un mouvement médical, des notes de pharmacologie, des analyses et des nouvelles médicales.

Le Comité de Rédaction accepte les travaux de tout médecin, à condition qu'ils n'aient pas déjà paru dans un autre journal. Les Mémoires Originaux ne doivent pas excéder 15 pages; les Faits Cliniques auront un maximum de 5 pages et les Revues Générales comprendront au plus 10 pages.

Tout ce qui concerne la rédaction et l'administration doit être adressé franco aux bureaux de l'Union Médicale du Canada, 418 est, rue Sherbrooke. Téléphone: MARquette 7334.

AMherst 8900-3733

MONTY, GAGNON & MONTY

Ambulances de luxe, chauffées

Transport des malades à la ville et à la campagne.
Service prompt et sûr.

Pompes funèbres

Salons mortuaires

Salons mortuaires: 1926, rue Plessis
4156, rue Adam.

Ambulanciers de l'Hôpital Notre-Dame

GARDES-MALADES — STENO BILINGUE

GARDE-MALADE DIPLOMÉE

Garde-malade diplômée; 2 ans d'expérience chez médecin pratiquant; compétente pour travail de bureau, de laboratoire; anglais, français; peut remplir ordonnances médicales. Références: Mlle Jeanne Mercier, 3704, rue Saint-Denis, LAncaster 2966.

INTERNE DEMANDÉ

Un poste d'interne senior est vacant dans le service de tuberculose. Rémunération raisonnable. — Chambre et pension. — S'adresser à Sœur Supérieure, Hôpital du Sacré-Cœur, 3300 ouest, boulevard Guin, Cartierville. Tél.: BYwater 1340.

REGISTRE VILLE-MARIE DE L'A. C. I. C.

Les infirmières diplômées des hôpitaux de langue française faisant partie du Registre Ville-Marie de l'A. C. I. C. offrent leurs services professionnels. Pour tarif et renseignements, appeler ATLantic 2862; 59 chemin Bellingham, Montréal, P. Q.

GLYCOBYL

**Cholagogue
Antiseptique du foie
Laxatif**

dragées — granulés

LITHIASE BILIAIRE
ANGIOCHOLITES et
CHOLÉCYSTITES
INSUFFISANCE HÉPATIQUE
DYSPEPSIES INTESTINALES

GENESERINE

Polonovski et Nitzberg

*granules — dragées — gouttes
ampoules.*

SÉDATIF DES
TROUBLES SYMPATHIQUES

—♦—
HYPO-ACIDITÉ

—♦—
TACHYCARDIE

GENATROPINE

Polonovski et Nitzberg

granules — gouttes — ampoules.

SÉDATIF DU VAGUE

—♦—
HYPERCHLORHYDRIE

—♦—
SPASMES DIGESTIFS

—♦—
VOMISSEMENTS

GENOSCOPOLAMINE

Polonovski et Nitzberg

granules — gouttes — ampoules.

ANESTHÉSIE CHIRURGICALE

—♦—
PARKINSONISME

—♦—
SYNDROMES
POSTENCÉPHALITIQUES

AMIDAL

*poudre — cachets — comprimés
dragées.*

ENTÉRITES AIGÜES

—♦—
FERMENTATIONS

—♦—
AUTO-INTOXICATIONS

—♦—
DIARRHÉES

Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, Pharmacien, PARIS

Agents pour le Canada: **VINANT Ltée, 533, rue Bonsecours, MONTRÉAL**

L'Unité de Demain ---- Dès Aujourd'hui

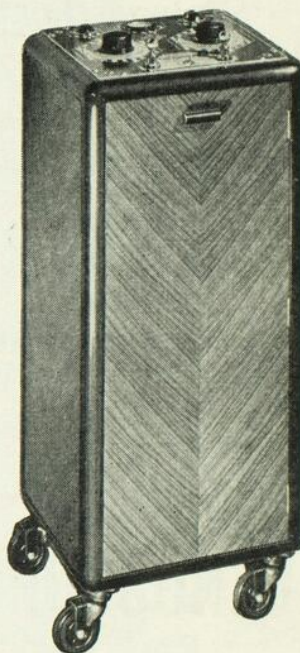
McINTOSH

Sinustat Art Moderne No 1510

Huit différents genres de courants peuvent être obtenus de ce Sinustat Art Moderne, c'est-à-dire quatre courants galvaniques et quatre courants sinusoïdaux. Ces modalités, choisies avec soin, donnent un rendement superbe et rencontrent tous les besoins de la thérapie à bas voltage. Ce générateur simplifié répondra facilement à vos nécessités. Le maniement de tous les courants se fait par deux commutateurs seulement dont l'un pour le choix de courant, l'autre pour son intensité. Le "Sinustat" est vraiment un appareil de qualité, d'art moderne.

Le CABINET est d'Art Moderne, en beau noyer plaqué incrusté d'ébène, attire l'attention par sa forme élégante et artistique, et devient dans tout cabinet de consultation, genre ancien ou nouveau, une acquisition exceptionnelle.

Pouvez-vous vous dispenser de ce générateur Galvanique et Sinusoïdal lorsqu'il vous est offert à un prix aussi raisonnable? A votre demande nous nous ferons un plaisir de vous envoyer de plus amples détails sur cet appareil.



\$295.00 complet

Cloutier & Cloutier Cie, Ltée

PHYSIOTHÉRAPIE ET RAYONS X — INSTRUMENTS DE CHIRURGIE
MOBILIER D'HÔPITAL — STÉRILISATEURS

4338, rue Saint-Denis

BELAIR 1616

MONTREAL, Qué.

L'Union Médicale du Canada

Fondée en 1872

Bureau de Direction

MM. Benoit, Boucher, Bourgeois, Bousquet, Bruneau, Comtois, De Cotret,
Desloges, Dubé, Gérin-Lajoie, Leduc, LeSage, Marin, Marion, Masson,
Mercier, Mousseau, Parizeau, Roy, Saint-Jacques, Vidal.

Président: E. St-Jacques; Vice-Président: J.-A. Mousseau; Secrétaire-
Trésorier: J.-A. Vidal. Membre d'honneur: Prof. Pierre Masson.

Bureau de Collaboration

MM. Amyot, R.; Archambault, P.-R.; Baril, H.; Barry, G.; Bellerose, A.;
Bertrand, A.; Bertrand, A.; Bourgeois, P.; Brault, J.; Desforges, A.;
Desjardins, Ed.; Doré, R.; Dubé, Ed.; Fauteux, M.; Favreau, C.;
Fontaine, R.; Fortier, L.; Gagnier, L.-A.; Gariépy, L.-H.; Gatien, R.;
Gélinas, H.; Jutras, A.; Lafresnière, G.; Lapière, G.; Lefebvre, R.;
Legrand, E.; LeSage, J.; Letondal, P.; Magnan, A.; Manseau, A.;
Mathieu, E.; Morin, P.; Paquette, J.-P.; Poirier, P.; Riopel, J.-L.;
Saucier, J.; Simard, L.-C.; Smith, Pierre.

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef

Albert LeSAGE

Secrétaire de la rédaction

Léon GÉRIN-LAJOIE

Secrétaire-Trésorier

J.-A. VIDAL

Membres:

Roma AMYOT, Édouard DESJARDINS, Jean SAUCIER.

ONT COLLABORE AU VOLUME DE 1936:

Agricola, Dr., Amyot (R.), Archambault (P.-R.), Autotte (E.),
Barbeau (A.), Baril (G.), Baril (H.), Barry (G.), Bellerose (A.),
Bergeron (L.), Bernier (A.), Bertrand (A.), Bertrand (Albert),
Binet (E.), Blagdon (L.), Bohémier (C.), Boucher (R.), Boulais
(F.-L.), Bourgeois (B.-G.), Bourgeois (P.), Brault (J.), Cantero
(A.), Cantin (Marie-E.), Comtois (A.), Cone (W.), Coutu
(L.), Décarie (R.), DeGuisse (A.), Delorme (L.-N.), DeMontigny
(G.), Deshaies (G.), Desjardins (Ed.), Desloges (A.),
Desrosiers (Saint-Jean), Dionne (L.-R.), Doré (R.), Dubé (J.-E.),
Dufresne (O.), Duhamel (G.-H.), Dussault (G.), Ethier (A.),
Fauteux (M.), Favreau (J.-C.), Ferron (M.), Fortier (J.), Fortier
(L.), Fortier (L.-E.), Fournier (N.), Frappier (A.), Gagnier
(L.), Gariépy (L.-H.), Gariépy (U.), Gélinas (H.), Gélinas (L.),
Gendreau (J.-E.), Gérin-Lajoie (L.), Gratton (A.), Grignon C.-
E.), Guilbault (A.), Hébert (G.), Hoen (T.-I.), Jarry (J.-A.), Joan-

nette (A.), Jutras (A.), Laberge (J.-E.), Lafresnière (G.), Lapière
(G.), Laquerrière (A.), Larichelière (R.), Laroche (A.), Lauzer
(R.), Lebel (A.-B.), Lefebvre (R.), Lefrançois (C.), Léger
(A.), LeSage (A.), LeSage (J.), Letondal (P.), Léveillé (J.-A.),
Magnan (A.), Major (W.), Manseau (J.-A.), Manseau (O.),
Marin (A.), Marion (D.), Martel (J.-A.), Martin (P.), Mercier
(O.), Millet (J.-A.), Morin (P.), Mousseau (J.-A.), Nègre (L.),
Panet (E. de B.), Panet-Raymond (J.), Panneton (P.), Paquette
(J.-P.), Paré (L.), Patoine (L.), Pilon (A.), Poirier (P.), Pouliot
(G.-E.), Prévost (J.), Provencher (G.), Ricard (J.-P.-M.), Riopelle
(J.-L.), Robillard (E.), Roch (S.), Rolland (R.), Roux (R.),
Roy (G.), Roy (J.-N.), Samson (J.-E.), Saucier (J.), St-Germain
(J.-P.), St-Jacques (E.), Simard (L.-C.), Smith (P.), Tessier
(L.-J.), Tétreault (H.-I.), Tétreault (Julien), Tremblay (J.),
Vidal (J.-A.), Valiquette (Hugo).

SUITE DU SOMMAIRE



REVUE DES LIVRES

- Tendances de la médecine contemporaine.
La médecine à la croisée des chemins G. PINSONNEAULT . 1242

NOUVELLES

- La mort des docteurs C.-O. Milot et J.-A. Normandeau — Change-
ment d'adresse 1265

BIBLIOGRAPHIE

- Physiologie du système lymphatique de la lymphe, circulation lym-
phatique normale et pathologique 1267
Index alphabétique des articles publiés en 1937 1270
Index alphabétique des auteurs qui ont publié en 1937 1284

ANALYSES

MÉDECINE

Splénectomie pour polyarthrite chroni-
que progressive déformante d'allure in-
fectieuse (p. 1247). Contribution à
l'étude des tumeurs du corpuscule rétro-
carotidien (p. 1247). Sulfanilamide. Un
avertissement (p. 1248). Traitement
de la méningite cérébro-spinale par le
Para-amino-phényl-sulfamide (p. 1249).
L'action du para-phényl-sulfamide dans
les méningites purulentes à streptoco-
ques et accessoirement à méningoco-
ques (p. 1249).

PHTISIOLOGIE

L'acnitis (p. 1250). Hémoptysies, Dys-
crasies sanguines et transfusions (p.
1251).

NUTRITION

Le dinitrophénol et l'extrait thyroïdien
dans le traitement de l'obésité (p.
1251). Le dinitrophénol et l'extrait
thyroïdien dans le traitement de l'obé-
sité (suite) (p. 1252).

NEUROLOGIE

Traitement actuel de la neuro-syphilis
(p. 1254). La neurologie en 1937 (p.
1255).

CHIRURGIE

Traitement des brûlures cutanées étendues
récentes (p. 1257). L'endoscopie péri-
tonéale (p. 1258).

GYNÉCOLOGIE

Diagnostic de l'endométrite hyperplasique*
(p. 1260).

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE

Le traitement des fractures-luxations des
vertèbres cervicales par la traction
squelettique et l'ostéo-synthèse (p.
1260).

RADIOLOGIE

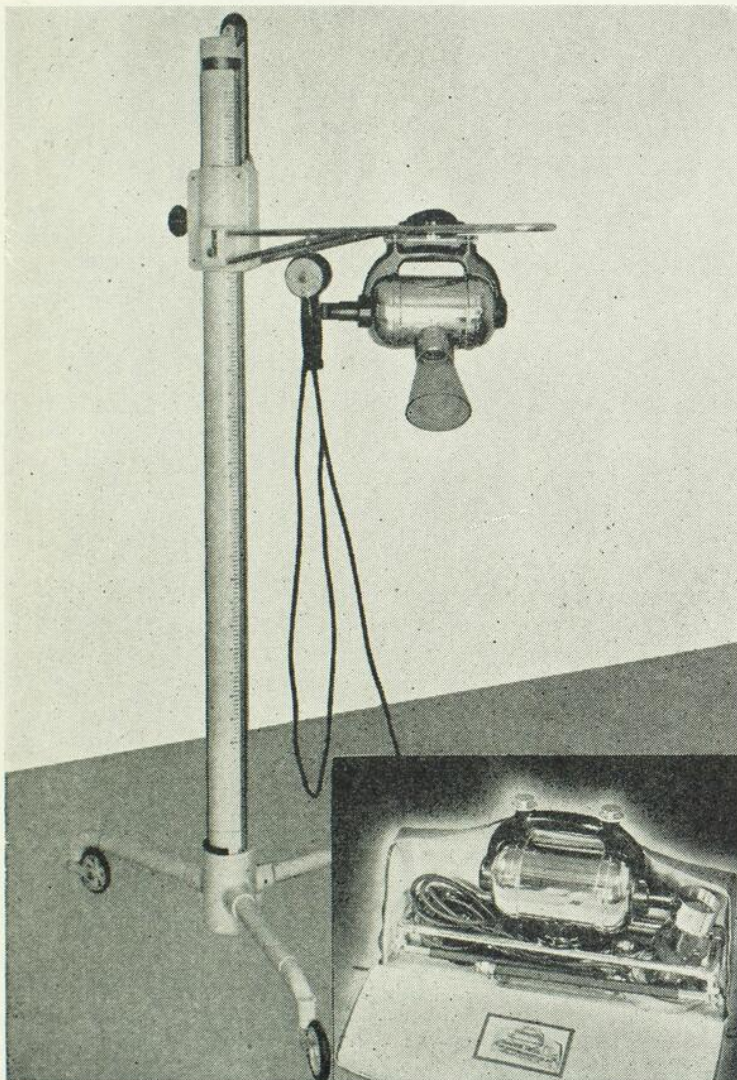
Les tumeurs à cellules géantes des os.
Résultats concernant 15 cas traités par
les rayons X et l'intervention chirur-
gicale (p. 1261). Les tumeurs conjonc-
tives malignes des parties molles (p.
1262).

LABORATOIRE

Notes concernant la genèse des tumeurs
à cellules géantes (p. 1263).

PHILIPS METALIX ROTALIX

TUBES À RAYONS-X Connus et vendus dans
le monde entier



●
APPAREIL à
RAYONS-X

CENTRALIX

**PROTECTION
INTEGRALE**

contre tous les dangers de
la haute tension et du
rayonnement primaire.

**REGLAGE
RAPIDE ET
PRECIS**

grâce à la facilité d'orien-
tation de l'appareil dans
toutes les directions.

Deux modèles:

**Appareil mobile
Appareil portatif**

●

**CANADIAN METALIX COMPANY
LIMITED**

PLateau 1555

MONTREAL

531, Sherbrooke Est

METAPHEDRINE

N^o 99

COMBAT L'INFECTION

SOULAGE LA CONGESTION

Utilisée en pulvérisations ou en gouttes, la Métaphedrine N^o 99 produit, dans les fosses nasales, dans les sinus et dans la gorge, un soulagement rapide de la congestion des muqueuses et une puissante antiseptie, sans danger d'irritation.

Cette « double action » de la Métaphedrine N^o 99 permet d'étendre les applications thérapeutiques de l'Ephédrine au traitement préventif de toutes les infections qui peuvent prendre naissance dans les organes supérieurs de la respiration.

*Échantillon médical et littérature détaillée
fournis sur demande.*



LABORATOIRES ABBOTT

388 OUEST, RUE ST-PAUL, - MONTREAL

NÉCROLOGIE

PAUL BOUSQUET



L'élan de Paul Bousquet vers l'éternité se fit dans un mouvement rapide: un malaise précordial, une sensation d'anéantissement et ce fut la fin prématurée d'une vie dignement et utilement remplie. Il savait qu'il partirait ainsi, car il avait lu et relu *son cas* — pour employer sa propre expression — malgré des recommandations contraires et nonobstant certaines difficultés de la vision qu'une malencontreuse embolie avait fait naître. Il le savait et il se tenait prêt en conséquence. Dix jours auparavant, après un infarctus d'un organe important, il avait de lui-même fait venir son directeur afin de mettre ordre à ses affaires intimes.

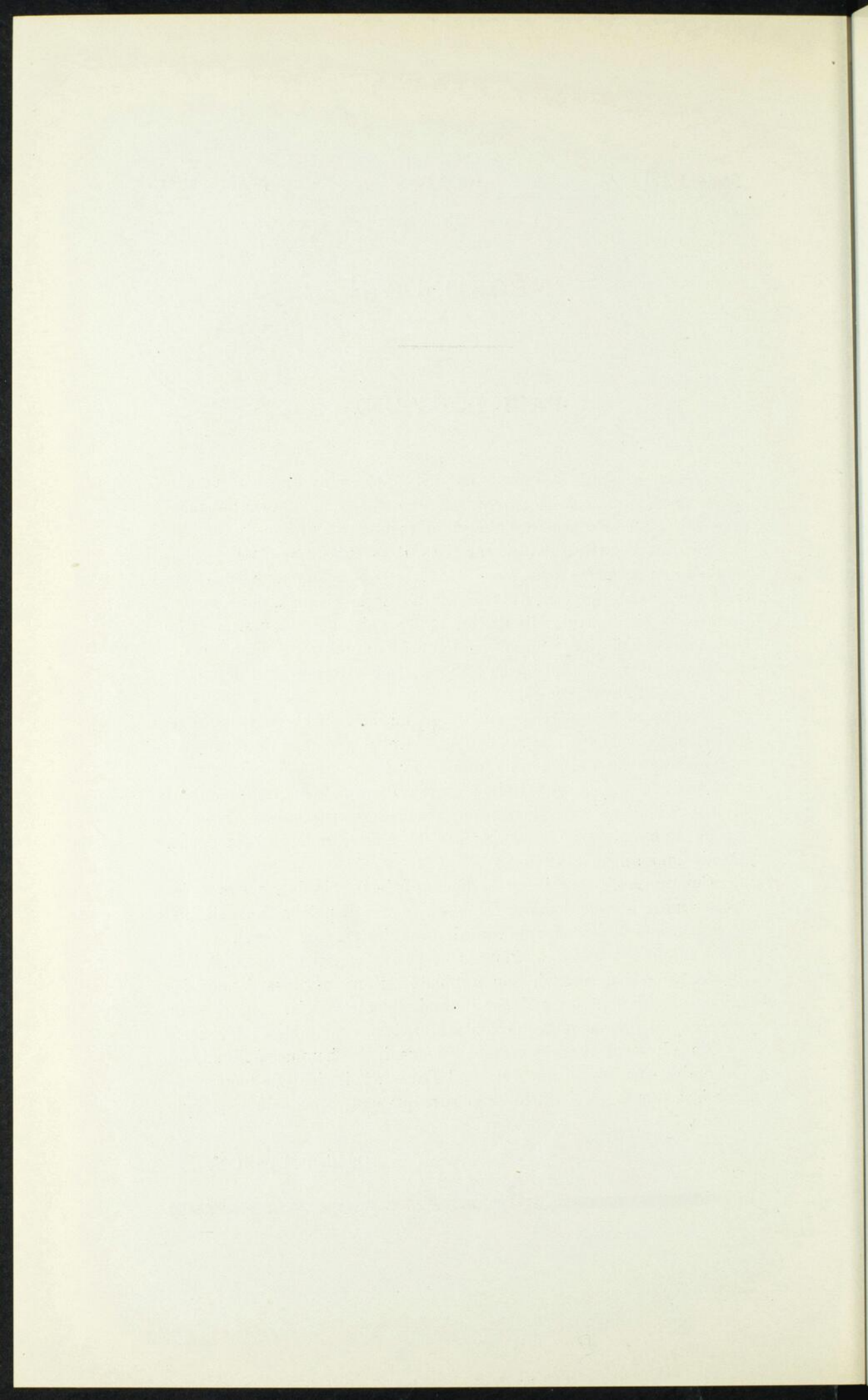
Amicus noster mortuus est. — L'ami Bousquet s'en est allé. Il fut notre ami et il fut non moins l'ami loyal et généreux de tous ceux, professionnels ou autres, qui eurent l'avantage de le rencontrer de près. Aussi sa compagnie fut-elle recherchée par un très grand nombre! Trait particulier: sa conversation, émaillée constamment d'images parfois étonnantes, ne cessa jamais de plaire, tellement la forme attirait dans son originalité.

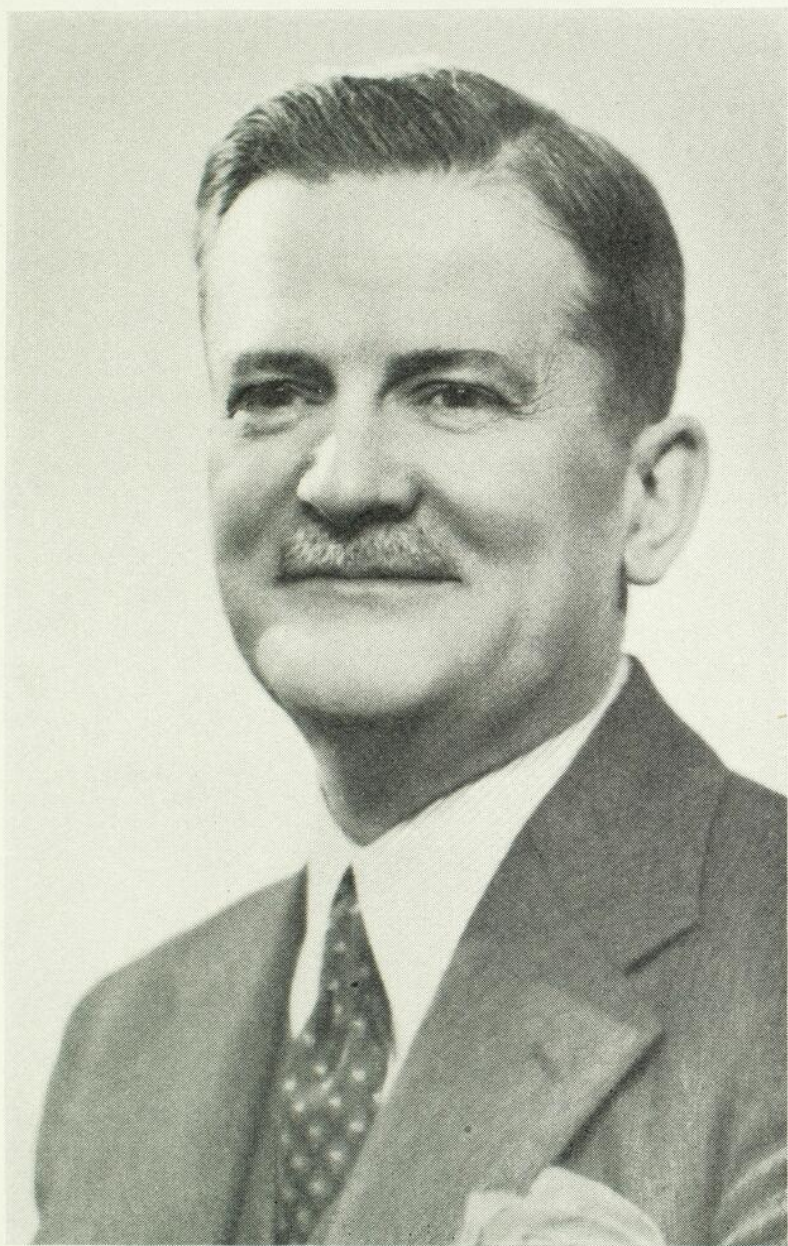
Comme *professeur* il sut se mettre à la portée de ses élèves, les simples praticiens de demain. Dans son service il prêcha la discipline, convaincu que le désordre ne saurait produire rien de fécond.

Médecin il le fut dans l'âme. Chez lui la conscience s'alliait à la science. Appelé à secourir son semblable, il ne négligea jamais les actions psychiques. Ses malades innombrables et fidèles sont là pour attester qu'il fut, en toutes circonstances, bon, charitable et dévoué.

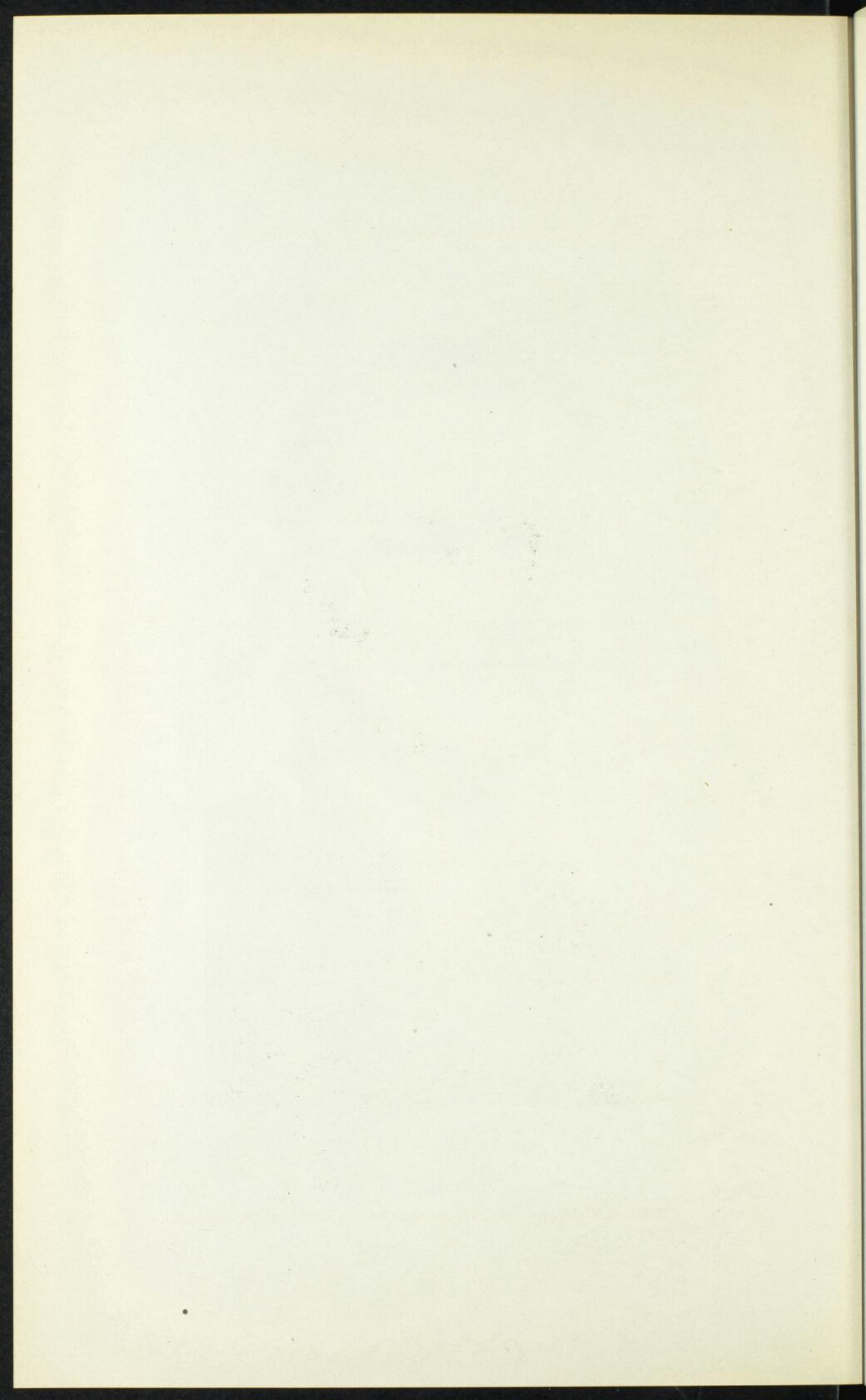
En adressant notre plus pieux souvenir à l'homme, à l'ami, au collègue et au médecin que fut Paul Bousquet, il sied que nous répétions à sa famille en deuil toute la part que nous prenons à sa grande douleur.

Damien MASSON.





PAUL BOUSQUET



ALBERT LARAMÉE, M.D.

1873-1937

Fils du docteur Alfred Laramée, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal et de Dame Delphine Chaput, il était le cousin du révérend Père Charles Chaput, s.j., et de messieurs Armand et Emile Chaput, le frère de monsieur Arthur Laramée, C.R. et l'oncle des révérends Pères Guy, Jean, Pierre et Paul Laramée, de la Compagnie de Jésus, ainsi que du révérend Père Philippe Laramée, franciscain.

Après ses études classiques commencées au petit Séminaire de Montréal et terminées au Collège Sainte-Marie, ayant fait sa cléricature à l'Université de Montréal, il fut l'un de nos premiers fils de famille qui allèrent étudier en Europe, où il séjourna trois ans. Il se spécialisa dans l'étude de la Pédiatrie.

De retour à Montréal, il devint l'assistant du docteur Cormier, à la Crèche des Sœurs de la Charité, rue Guy. Pendant plusieurs années, il tint un bureau de consultations sur la rue Saint-Denis, puis sur la rue Sherbrooke est.

En 1920, il fut nommé secrétaire du Doyen de la Faculté de Médecine et permuta, quelques années après, au poste de Conservateur de la bibliothèque de la Faculté de Médecine, département de la bibliothèque Saint-Sulpice, jusqu'au transfert d'une partie de celle-ci à la bibliothèque municipale, rue Sherbrooke est. Il occupait encore ce poste, lorsque la maladie l'ayant terrassé en pleine rue, on le transporta à l'Hôtel-Dieu où il expira le vingt novembre, entouré de tous les siens. Il était âgé de soixante-trois ans.

Trois années d'études spécialisées en Europe, quinze années d'exercice en ville, et dix-sept années de fonctionnarisme universitaire: telle fut, en résumé, cette vie cachée, qui a toujours craint de s'extérioriser au delà de ses devoirs d'état. Le docteur Laramée fut un fervent de la carrière discrète, toute faite de scrupuleux dévouement à sa tâche.

Laramée était un intuitif. Les événements s'imprégnaient en lui pour ne le jamais quitter. D'une impressionnabilité affinée, d'une sensibilité presque féminine, il possédait à un rare degré d'acuité, le « sixième sens », l'intuition, qui fait qu'un homme disserte de tout,

juge tout et prévoit tout, sans trop savoir pourquoi, mais de façon juste et équitable, s'il a l'âme haute, le sens de l'humanité et la grande droiture d'esprit du cher disparu.

C'était un causeur charmant, d'une belle culture générale, faite surtout d'observations agrémentées d'humour. Cette âme triste et rêveuse ne s'extériorisait que pour être agréable. Plus ou moins déçu dans ses espérances de jeunesse et surtout d'âge mûr, n'ayant pas ce qu'il faut pour jouer des coudes, il avait fini par envisager philosophiquement la vie comme un mélodrame et les hommes comme des marionnettes. Dans l'intimité, il a brossé des tableaux qui mériteraient de passer à la postérité, mais qui, hélas, n'existent plus que dans nos souvenirs. Je crains même de le peiner en les rappelant; mais il me pardonne déjà. C'était dans ses habitudes de tout oublier.

Il n'a jamais pu se décider à écrire, si ce n'est quelques rares notices biographiques ou quelques miettes d'histoire canadienne. Il rédigeait avec peine et lentement, par défaut d'entraînement sans doute, mais surtout par crainte de mal dire. D'un esprit essentiellement critique, il redoutait pour lui-même la critique malveillante dont il n'aurait pu se consoler.

De tous les Aristarques que j'ai connus, c'était le plus consciencieux, le plus méticuleux, le meilleur échenilleur de fioritures et d'emphases. C'est toujours un crayon à la main qu'il fallait lui lire une élucubration quelconque, et rares les paragraphes qui se lisaient en entier, sans que le « Maître », comme on l'appelait, ne dît plusieurs fois: « Soulignez, cher ami, soulignez; nous y reviendrons, à la fin. » Il avait l'horreur de mot impropre et de l'anglicisme. A ce point de vue, il surveillait constamment ses conversations, sans négliger celles des autres. Il avait la façon la plus charmante du monde de donner, à bon escient, des leçons de vocabulaire et de style. Il était impitoyable, mais à la manière douce, souriante et polie, qui n'offense jamais personne.

L'humoriste qu'il était, devenait parfois défaitiste, surtout pour lui-même. C'est alors qu'il se plaisait, toujours en souriant, à retracer sa propre malchance, qu'il imputait d'abord à son tempérament, ce en quoi il avait probablement raison. Si la vie lui a été peu prodigue de succès et de jouissances, c'est qu'il ne les a jamais recherchés avec instance, et qu'il s'est complu à vivre intérieurement.

De la mort de son père survenue alors qu'il terminait ses études au collège Sainte-Marie, il avait conservé un souvenir si vivace, qu'au-

cune de ses conversations ne pouvait se prolonger sans qu'il en rappelât le souvenir. L'âme de son père était collée à la sienne, peut-on dire à la manière biblique. Elle le suivait partout, le hantait, à tel point que ses intimes le voyant venir, ne manquaient pas de se dire: « Voici Laramée! Il va nous parler de son père! » Mais il le faisait toujours de façon si délicate, si respectueuse, qu'on ne se lassait pas de l'entendre. Son amour filial nous fut toujours un spectacle bien émouvant.

Parce que peu communicatif, il eut peu d'amis; mais heureux ceux qui conquièrent son amitié fidèle et consolante! Des années durant, je fus l'un de ces heureux. Je l'attendais, chaque semaine, le même jour et à la même heure. Sa main délicate pressait virilement la mienne, et après avoir causé longuement de tout, à sa façon toujours narquoise, son dernier mot, agrémenté d'un mélancolique sourire, invariablement était: « Courage et confiance, cher ami! » Comment ne pourrait-on pas rendre un hommage ému à ce grand humanitaire qui, chaque samedi, se faisait un impérieux devoir de visiter ses confrères infortunés ou malades?

Ce « retour d'Europe » de la première heure, fils de famille, fils de professeur, doué de qualités raffinées, distingué d'attitudes, de paroles et de manières, dont toute la vie fut un exemple d'ordre et d'honorabilité, méritait assurément un meilleur sort. Sans jamais maugréer ouvertement, il a subi avec un imperturbable sourire les taquineries du destin. C'est une vie vécue héroïquement, qu'il n'est peut-être pas mal à propos de signaler à ceux qui, aussi bien servis que lui par la nature et par leur famille, ne le sont pas mieux par les événements.

Cet homme de foi ardente est mort comme il a vécu, avec ses pensées, entouré de ceux qui l'aimèrent le plus, muni de tous les secours de la religion, prodigués par les membres de sa famille qu'il affectionnait et qui le lui rendaient bien.

Par sa large mémoire toujours en éveil, par ses recherches discrètes et sûres, par ses trouvailles originales et les petits faits oubliés dont il était prodigue, il a rendu de précieux services à maints collaborateurs de l'Union Médicale du Canada, à laquelle il a lui-même quelquefois collaboré, sous sa signature.

Au nom de l'Union Médicale du Canada, et en mon nom personnel, j'offre, à tous les membres de sa distinguée famille, l'expression de notre profonde sympathie.

Joseph GAUVREAU.

MÉMOIRES

FORME CORTICO-SOUS-CORTICALE DE LA PARALYSIE PSEUDO-BULBAIRE.

Par Roma AMYOT,*

Médecin à l'hôpital Notre-Dame.

C'est surtout à Foix et ses élèves que l'on doit l'isolement et la description anatomo-cliniques précis du syndrome que nous désirons étudier succinctement en présentant l'observation suivante.

Notons que la littérature médicale ne contient que de très rares cas de paralysie pseudo-bulbaire par lésions cortico-sous-corticales bilatérales du cerveau.

En fait, les auteurs qui se sont appliqués à son étude (Foix et ses élèves, Thurel, Alajouanine et Thurel) en rapportent eux-mêmes 7 observations inédites; ils n'en citent que 6 antérieures.

Doit-on attribuer exclusivement cette pauvreté bibliographique à la grande rareté du syndrome? Foix et Chavany, dans un mémoire sur les diplégies faciales, répondent à cette hypothèse de la façon suivante: « il semble, à consulter les auteurs, que des diplégies faciales soient à la fois très rares et très banales; très rares, parce que les monoplégies faciales ou mieux facio-linguales constituent déjà, semble-t-il, une rareté, et très banales, parce que leur symptomatologie se confond dans une certaine mesure avec celle des paralysies pseudo-bulbaires, et que celles-ci sont, on le sait, très fréquentes, sinon banales. » Cette assertion dont le paradoxe apparent est expliqué par les auteurs signifie que les cas de paralysie facio-glosso-pharyngo-laryngée et masticatrice sont incontestablement peu fréquents. Elle démontre aussi que leur identification anatomo-clinique exacte par Foix ne date que de 1926 et que, dans le passé, ils ont été assimilés systématiquement et sans distinction au large groupe des pseudo-bulbaires, qu'ils le sont encore assez souvent par les médecins qui les observent mal et n'en découvrent pas les particularités cliniques distinctives.

Les travaux de Foix et ses élèves, ceux d'Alajouanine et Thurel ont démontré que les malades à diplégie faciale par lésions cortico-

sous-corticales du cerveau ne présentent pas habituellement de paralysies des membres, qu'ils n'offrent même pas de modification pathologique permanente du réflexe plantaire. Le déficit moteur, et il s'agit d'une paralysie véritable, est limité aux muscles de la face, surtout innervés par le facial inférieur, de la langue, du pharynx, très souvent du larynx et aux masticateurs. Dans les cas typiques, la parole est impossible, l'aphonie souvent complète; en tout cas, le malade ne peut que faiblement émettre des sons inarticulés. D'emblée, l'observateur croit qu'il s'agit d'aphasie de Broca ou encore d'anarthrie de Pierre Marie associée à un syndrome pseudo-bulbaire. Après investigation plus entière, il s'aperçoit que la langue est incapable de mouvements, que le malade comprend parfaitement le langage écrit et parlé, qu'il peut écrire (c'est d'ailleurs par l'écriture qu'il communique ses pensées), qu'il existe une disproportion caractéristique entre les phénomènes paralytiques profonds d'allure pseudo-bulbaire et l'intégrité fonctionnelle des membres, de la démarche, des sphincters et de l'intelligence.

Conséquemment, l'impression première de l'observateur se modifie-t-elle sur le champ. D'ailleurs, les malades pris de ce syndrome offrent une présentation clinique assez stéréotypée. L'hypotonie des traits, la localisation toujours identique de signes d'un déficit moteur profond, l'évolution de leur affection qui comporte toujours l'anamnèse d'ictus antérieurs, les classent dans une catégorie spéciale.

Non seulement la localisation des lésions cérébrales, mais aussi le tableau clinique les distinguent des pseudo-bulbaires méso-diencephaliques. Les processus lésionnels qui atteignent, soit la région des noyaux gris centraux et de la capsule interne, soit le pied du pédoncule cérébral ou encore plus souvent de la protubérance annulaire, petites lésions de désintégration ou de ramollissement lacunaires, font apparaître un pseudo-bulbarisme au sein duquel se distinguent tout particulièrement le rire et le pleurer spasmodiques, et où les troubles moteurs du segment céphalique sont bien plus d'allure extrapyramidale que de caractère vraiment déficitaire. Les malades qui en sont l'objet présentent, ou une hémiplegie avec le cortège des signes pyramidaux, ou bien un ensemble de symptômes qui rappelle en tous points le syndrome parkinsonien avec hypertonie et démarche soudée « à petits pas ». Et, si on se rapporte à l'étude anatomo-pathologique respective des deux syndromes, on comprend parfaitement qu'une topographie lésionnelle tout à fait différente dans l'un et l'autre groupe puisse déclencher deux ordres de syndromes qui s'apparentent par la localisation céphalique des troubles moteurs, mais qui se différencient grossière-

ment par le caractère de ces signes de la motilité et par l'adjonction, dans le seul groupe des pseudo-bulbaires méso-diencephaliques, de phénomènes moteurs manifestes aux membres. S'agit-il de pseudo-bulbarisme méso-diencephalique, l'hypertonie des muscles de la face et de la langue « bloque » en quelque sorte leur contraction, elle s'accompagne du rire et du pleurer spasmodiques, elle s'associe à la disparition du jeu automatique de l'expression mimique comme de la variation incessante de l'intonation du langage; aux membres se montrent de gros troubles pyramidaux ou extrapyramidaux avec soit déficit moteur, hyperréflexivité tendineuse et signe de Babinski, soit hypertonie plastique, akinésie, bradykinésie associées à la disparition de l'automatisme moteur et à la démarche dite des lacunaires de Pierre Marie.

S'agit-il de pseudo-bulbarisme cortico-sous-cortical, les muscles de la face, de la langue, du voile, des masticateurs, du pharynx et parfois du larynx ne fonctionnent plus par paralysie franche, la parole ne se manifeste plus par impotence de la langue quand il n'existe pas une aphonie franche, les muscles de la face sont hypotoniques, le rire et le pleurer spasmodiques n'existent pas, le jeu automatico-réflexe des muscles paralysés présentent cette particularité physio-pathologique d'être épargné; et, encore une fois, les membres n'offrent aucun trouble fonctionnel et permanent de la motricité.

On jugera de ces considérations par l'étude de l'observation clinique qui suit et qui n'est malheureusement pas contrôlée par l'examen anatomique.

Observation:

Mme Albert Ch..., âgée de 55 ans, est entrée à l'hôpital Notre-Dame, dans le service de neurologie, le 20 octobre 1937, pour perte de la parole, pour impossibilité de déglutir et de mastiquer. Ces phénomènes déficitaires se sont installés la veille, brusquement au lever de la malade, sans qu'aucun prodrome les eut annoncé les jours précédents.

Cependant l'histoire personnelle de la malade contient des données qui éclairent singulièrement le problème clinique actuel.

Il y a vingt ans, quelque temps après une hystérectomie sub-totale avec ablation des deux ovaires, la malade fut prise soudainement d'une hémiplégie droite qui régresa graduellement et lentement.

Dès cette époque, le médecin traitant constatait de l'hypertension artérielle.

Environ 5 ans plus tard, le membre supérieur gauche se paralysait et reprenait son activité progressivement durant le cours de 3 mois. Puis, plus tard encore, ce fut au tour du membre inférieur droit à devenir subitement impotent pour quelques jours, la malade pouvant marcher 15 jours après.

DÉSINFECTION BUCCALE

par les

PASTILLES de GONACRINE

INDICATIONS :

Angines — Amygdalites — Rhino-Pharyngites
Gingivites — Stomatites
Médicamenteuses, Infectieuses, Toxiques



LES PASTILLES DE GONACRINE

STIMULENT
la défense locale

NEUTRALISENT
les toxines

CALMENT
la douleur

FIXENT les germes de la cavité buccale et du pharynx

Laboratoires **POULENC FRÈRES** du Canada, Ltée
350, rue Le Moyne - - - Montréal



« Le gain moyen des enfants qui furent nourris au lait évaporé protégé par l'acide lactique pendant les dix premiers jours de leur vie, fut de 110.5 Gm., lequel surpassait celui de tout autre groupe. Pendant cette période, les bébés nourris au lait protégé par l'acide lactique indiquèrent une augmentation de poids approximativement sept fois plus grande que celle des autres enfants nourris artificiellement. Cette augmentation de poids se reflétait dans le développement excellent des tissus organiques et dans la tonification des muscles de ces bébés. De plus, la morbidité de ce groupe était presque aussi basse que celle enregistrée pour les bébés nourris au sein. » — SMYTH, FRANCIS SCOTT et HURWITZ, SAMUEL: *J. A. M. A.*, le 7 sept. 1935.

Dans toute formule

La digestibilité facile, la sécurité, la commodité, l'économie et la disponibilité du Lait Carnation Irradié font qu'il est recommandé tout spécialement dans la préparation de toutes sortes de formules d'alimentation. Son enrichissement en Vitamine D est un facteur additionnel important, justifiant amplement la faveur généralement accordée par les pédiatres au Lait Carnation Irradié. Les Quintuplettes Dionne prennent du Lait Carnation depuis le mois de novembre 1934.

*ÉCRIVEZ et demandez le livret intitulé:
« Alimentation Simplifiée pour Bébés » publié
tout particulièrement pour les médecins.*



Carnation Company Limited,
125 Star Bldg., Toronto, Ont.

UN PRODUIT CANADIEN

CARNATION MILK

IRRADIÉ

« PROVENANT DE VACHES BIEN NOURRIES »

Enfin, il y a 3 ans, installation brutale d'un ensemble de phénomènes neurologiques semblables à ceux de maintenant; avec dysarthrie et difficulté de déglutition. De ce dernier épisode, la malade avait conservé un certain embarras de la parole.

Durant ces dernières années, il arrivait souvent à la malade d'être l'objet d'une paralysie subite et passagère d'un des quatre membres. Quelques minutes se passaient et la sensation de lourdeur du membre atteint, son impotence se dissipaient et la malade reprenait le geste suspendu ou la marche momentanément arrêtée.

Notons que la mère de la malade est morte de diabète et que quatre sœurs souffriraient, nous a affirmé son mari, d'hypertension artérielle.

Cholécysectomie, il y a 9 ans; hystérectomie, il y a 20 ans.

Elle a eu 8 grossesses, 7 fausses couches.

A l'époque de l'hystérectomie, on aurait constaté de l'hypertension artérielle.

A l'examen objectif, on constata les signes suivants: aux membres, la force segmentaire et les sensibilités sont normales; les réflexes rotuliens sont vifs; ils sont plus vifs au membre supérieur droit qu'au gauche.

Le réflexe plantaire est normal des deux côtés.

Les réflexes cutanés abdominaux existent.

La démarche est normale.

Il y a compréhension parfaite du langage écrit et parlé. La malade peut écrire, et c'est par l'écriture qu'elle communique ses pensées et ses désirs.

La parole est complètement abolie; la malade peut faiblement émettre des sons inarticulés qui prennent un timbre nasillard. Elle peut fermer les yeux, mais les orbiculaires des paupières se contractent plus faiblement que normalement. Les réflexes photo-moteur et cornien existent. Les sourcilliers et le frontal se contractent.

Motilité oculaire normal. Fond de l'œil normal.

Le réflexe mastérin est vif.

Les réflexes du voile et du pharynx, le 20 octobre 1937, sont abolis; ils se manifestent faiblement, le 5 novembre 1937.

Le voile et le pharynx ne se contractent pas à l'émission de la voyelle « A ».

La corde vocale gauche est parésiée. (Docteur Lucien Gélinas.)

La langue est presque complètement inerte, elle n'est pas atrophiée, n'est pas le siège de fibrillations.

La malade ne peut siffler, faire la moue, gonfler les joues; elle ne serre les lèvres que très faiblement. Elle peut cependant esquisser volontairement un sourire. Si elle ouvre la bouche, l'ouverture est oblique ovale, la lèvre inférieure étant tirée vers la droite. Elle ne peut relever la lèvre supérieure et montrer ses dents.

La mastication est impossible, la malade peut cependant contracter faiblement les masticateurs. La diduction est impossible.

Si l'on percute le bout du nez ou la lèvre supérieure, l'orbiculaire des lèvres se contracte et le phénomène de la moue se produit. La déglutition des solides est impossible, celle des liquides se fait à condition que la malade les porte à l'isthme du gosier et ils ont tendance à refluer vers le naso-pharynx.

Pas de pleurer, ni de rire spasmodiques.

Le peaucier du cou ne se contracte pas.

La pression artérielle est de 148/98.

Le liquide céphalo-rachidien a une pression, une composition et des réactions biologiques normales.

La glycémie est de 1 gramme 18, l'azotémie, de 0.23 centigramme au litre.

En résumé, cette malade de 55 ans, hypertendue dès l'âge de 35 ans, a été, depuis 20 ans, et à quatre reprises, à gauche et à droite, l'objet de paralysies à disposition hémiplegique et monoplegique. Tout récemment, un cinquième épisode s'est produit avec les signes d'une paralysie facio-linguo-pharyngo-laryngée et masticatrice sans aphasie ni altération de la motilité des membres.

Commentaires

Vu l'apparition soudaine de chaque manifestation paralytique, l'absence d'infection syphilitique et de lésion valvulaire du cœur; vu la disposition parcellaire de certains accès paralytiques, la régression assez importante des troubles moteurs anciens, l'apparition de phénomènes paroxystiques moteurs qui prirent l'allure d'accidents par claudication intermittente cérébrale (Grasset) ou d'éclipses cérébrales (Donzelot); vu, enfin, l'hypertension artérielle de la malade, sinon actuellement sévère, du moins constatée dans le passé, il est logique de croire que les lésions cérébrales sont malaciques et liées à des processus successifs du thrombose artérielle par angiospasmie et artériosclérose.

Nous n'insistons pas sur les raisons qui nous forcent à admettre que le syndrome fut créé par des lésions cortico-sous-corticale bilatérales. Il est tout à fait superposable à celui qui fut étudié et décrit par Foix et ses élèves, par Alajouanine et Thurel, ayant trait à des malades dont le cerveau avait précisément des lésions bilatérales et cortico-sous-corticales. Cela nous suffit.

Notons que la diplégie faciale de notre malade ne fut pas complète. Ainsi, le facial supérieur a conservé partiellement sa motilité; la malade peut volontairement éloigner les commissures labiales comme au cours du sourire psycho-syncinétique; la langue peut être tirée péniblement sur la crête dentaire; les masticateurs soutiennent la mâchoire inférieure et même permettent de serrer faiblement les dents, la mastication des aliments et la diduction étant, par ailleurs, impossibles.

Comme les malades de ces auteurs, la nôtre ne présente pas de rire ni de pleurer spasmodiques. Comme chez ceux-là, c'est bien la paralysie qui, chez celle-ci, entrave le fonctionnement des muscles atteints, qui rend la parole impossible; en plus, la voix de notre malade est de timbre nasillard, les muscles de la face sont hypotoniques, la motilité des membres est bien conservée, la démarche est normale.

L'incomplétude de la paralysie rend difficile la recherche de la dissociation des activités volontaire abolie et réflexe conservée, dissociation fonctionnelle inhérente à ce type anatomo-clinique du syndrome pseudo-bulbaire et bien mise en lumière par Alajouanine et Thurel. La persistance du réflexe du voile et la présence du phénomène de la moue (de Toulouse et Vurpas) marquent une particularité clinique non habituelle au syndrome typique et complet, mais sans grande importance doctrinale.

La diplégie faciale actuelle a été déclanchée par un nouveau foyer malacique unilatérale; la parésie de la corde vocale gauche et l'aspect oblique ovalaire vers la droite de la bouche ouverte nous font penser que cette lésion récente est située au cortex du cerveau droit. Elle s'est surajoutée aux séquelles définitives des ramollissements antérieurs. Ces dernières permettaient encore assez bien les fonctions motrices de la face, de la langue, du pharynx, du larynx et des masticateurs.

Il a fallu ce nouvel ictus pour troubler profondément l'activité des centres corticaux, droits et gauches, de ces diverses fonctions volontaires, pour détruire peut-être définitivement la majeure partie des éléments cellulaires de ces centres qui n'avaient pas été définitivement touchés par les ramollissements anciens.

Comme l'ont démontré Foix et ses élèves, le type cortico-sous-cortical du syndrome pseudo-bulbaire est causé par une double lésion corticale pénétrant plus ou moins profondément dans le centre oval et limitée aux centres corticaux des muscles de la face, de la langue, du pharynx, des masticateurs et très souvent du larynx. Si on se reporte aux travaux des auteurs (Frisch et Hitzig, Ferrier, Sherrington et Grunbaum, Foerster) qui ont établi la topographie corticale des centres moteurs, aux examens anatomiques des cerveaux de malades qui présentaient le syndrome que nous étudions, enfin aux études anatomiques portant sur la circulation artérielle du cerveau, il en découle qu'à l'origine de la diplégie faciale cérébrale on trouve des lésions bilatérales situées sur la partie inférieure de la frontale ascendante et sur l'opercule rolandique. Il s'agit donc de lésions pré-rolando-rolandiques intéressant cortex et centre oval. On découvre aussi que ces lésions, habituellement vasculaires, dépendent à peu près toujours, le seul cas de Tournier ferait exception (Alajouanine et Thurel), d'un déficit circulatoire (généralement thrombotique) des territoires irrigués par les artères des sillons pré-rolandiques et rolandiques de la cérébrale moyenne. (Fig. 1.)

Nous sommes donc en mesure d'affirmer que le cerveau de notre malade est le siège de lésions bilatérales de ramollissement par

thrombose artérielle, qui ont compromis grandement l'intégrité anatomique de la partie inférieure des deux circonvolutions frontales ascen-

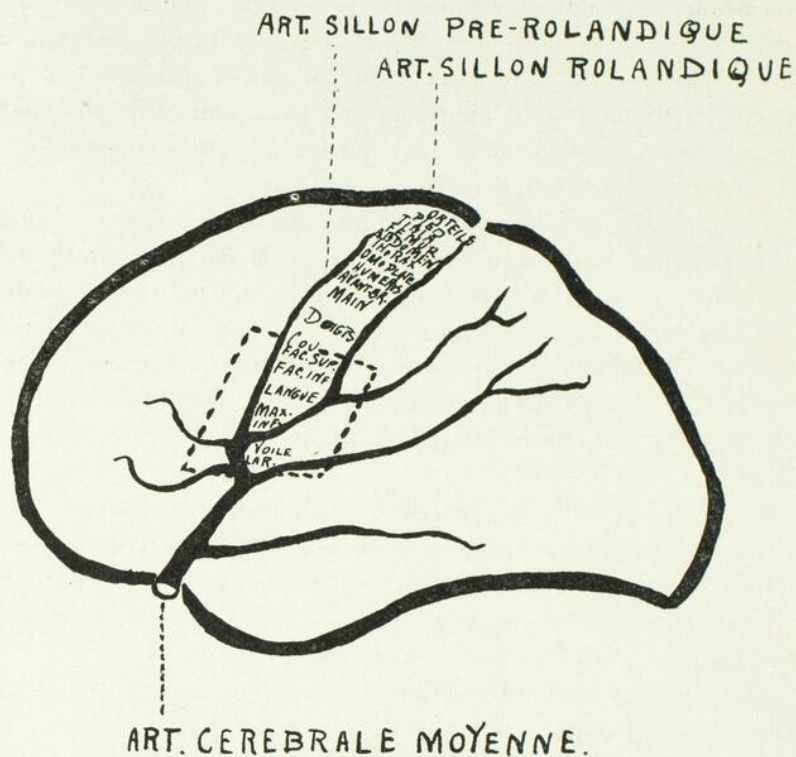


Fig. 1.

Branches corticales de l'artères cérébrale moyenne. L'artère temporale postérieure, branchée sur la pariétale postérieure a été omise sur ce schéma. — Centres moteurs échelonnés sur la circonvolution frontale ascendante. — La lésion malacique bilatérale du syndrome étudié serait grossièrement confinée au quadrilatère délimité par le pointillé.

dantes, détruisant presque complètement les centres moteurs volontaires des fonctions labio-glosso-pharyngo-laryngo-masticatrices.

BIBLIOGRAPHIE

- FOIX, CHAVANY et MARIE (Julien). — « Diplégie facio-lingo-masticatrice d'origine cortico-sous-cortical, sans paralysie des membres. » *Rev. Neurol.* Février 1926; p. 214.
- Ch. FOIX et J.-A. CHAVANY. — « Diplégies faciales (facio-linguo-pharyngo-masticatrices) d'origine corticale, avec quelques considérations sur les paralysies pseudo-bulbaires et la localisation des centres corticaux de l'extrémité céphalique. » *Annales de Médecine.* Novembre 1926; p. 480.
- Robert THUREL. — « Les pseudo-bulbaires » *Thèse, Paris 1929* (G. Doin, édit.).
- Th. ALAJOUANINE et R. THUREL. — « La diplégie faciale cérébrale, forme corticale de la paralysie pseudo-bulbaire. » *Rev. Neurol.* Octobre 1933; p. 441.

RECUEIL DE FAITS

ADÉNO-PAPILLOMES DE L'ESTOMAC ASSOCIÉS À UN CANCER DE L'ŒSOPHAGE.

J.-E. GENDREAU,
Directeur

Par
et

Albert JUTRAS,
Assistant,

Institut du Radium — Université de Montréal

La coexistence de deux ou plusieurs tumeurs histologiquement différentes chez un même individu ne constitue pas en soi une extrême rareté. Le cas que nous rapportons trouve ailleurs son intérêt.

N. C. (Dossier 15,022), homme, 60 ans, veuf, ancien voyageur de commerce, consulte à l'Institut du Radium le 18 janvier 1937 pour douleurs rétro-sternales, hoquet et sensation de boule au creux épigastrique après déglutition d'aliments solides. Les premières constatations de la dysphagie remontent à un mois environ. Le malade déclare avoir maigri d'une quinzaine de livres en ce laps de temps; toutefois, il a conservé son appétit et n'éprouve aucun dégoût sélectif.

Antécédents familiaux:

Père mort à 72 ans de sénilité; mère morte à 78 ans de gangrène diabétique; femme morte à 51 ans de diabète; une sœur et deux frères morts en bas âge; un fils mort à 21 ans de typhoïde; deux frères, cinq sœurs et neuf enfants en bonne santé.

Antécédents personnels:

Rhumatisme poly-articulaire à rechutes fréquentes. Usage modéré d'alcool, de tabac et d'épices.

Examen physique:

Sujet impressionnable, fatigué, aux chairs molles et livides. Evidence de dénutrition. Poids 164 livres. Lésions de grattage assez généralisées. Denture incomplète, couverte de tartre; plusieurs caries; gencives enflammées et pyorrhéiques. Cœur et poumons cliniquement normaux. Pression artérielle 165/115. Abdomen sans point douloureux, partout souple au palper; aucune masse perceptible.

Laboratoire:

<i>B.-W.</i> : négatif;	
<i>Urine</i> : traces légères d'albumine;	
<i>Urée sanguine</i> : 0.461 gramme au litre;	
<i>Sang</i> : valeur globulaire	0.94
hémoglobine	90%
globules rouges	4,750,000
globules blancs	7,800
formule leucocytaire normale.	

Examen radiologique — 18 janvier 1937 (résumé):

Oesophage: au tiers moyen, sur une longueur de sept centimètres, rétrécissement partiel à contours irréguliers comme si des masses proliféraient dans la lumière du conduit. Pas de dilatation en amont; stase peu prolongée.

Une telle image traduit une lésion hyperplasique, en toute vraisemblance un néoplasme (fig. 1).

Estomac: l'objectivation du relief muqueux par une mince couche de substance opaque et une compression adéquate, fait apparaître une tache claire, ronde, à bords nets et située près de la petite courbure à un centimètre au-dessus du pli angulaire. Le diamètre de cette tache est de l'ordre du centimètre. Dans la région prépylorique on note aussi quelques aréoles claires ayant probablement la même signification (fig. 2).

Le remplissage opaque de l'estomac efface l'image lacunaire de la petite courbure; les contours deviennent alors partout réguliers et animés par un quatre cycles de contractions péristaltiques nulle part interrompues. La muqueuse dans le voisinage de la lésion garde sa souplesse. Nous en déduisons l'existence d'une tumeur bénigne pédiculée dans la portion moyenne de la petite courbure et peut-être quelques papillomes prépyloriques (fig. 3).

Oesophagoscopie — 15 février 1937 — Dr Chs Mathieu:

«Néoplasme sténosant à l'étage moyen. Biopsie impraticable.»

Gastrostomie continentale le 20 février 1937 par les Drs R. Roux et A. Paré.

L'ouverture de l'estomac permet la mise en évidence et l'ablation du polype découvert à la radiographie.

Examen anatomo-pathologique (Dr J.-L. Riopelle):

«Tumeur à peu près sphérique du volume d'un gros pois.

Histologiquement polype adénomateux à glandes de type pylorique. Exulcération de la tumeur. Chorion superficiel congestif, infiltré d'éléments inflammatoires, polynucléaires et lymphoplasmocytes.»

Après une convalescence sans incident le patient revient à l'Institut du Radium pour radiothérapie, le 20 mars 1937.

Avant d'entreprendre le traitement de l'oesophage nous voulons vérifier l'état gastrique.

Gastroscopie à travers la fistule:

L'introduction du gastroscope Wolfe-Schindler à travers la gastrostomie étant impossible à cause de l'étroitesse de l'orifice, nous avons l'idée d'employer un urétroscope après avoir insufflé l'estomac au moyen de la sonde de caoutchouc qui sert à l'alimentation. Par ce procédé nous pouvons à loisir contempler toute la cavité gastrique et le segment terminal de l'œsophage. Nous constatons ainsi que si le polype de la petite courbure a été enlevé, il en reste plusieurs autres sur les faces du corps et dans la région pylorique. Ces formations papillomateuses se présentent toutes sous la forme d'un mamelon conique, gris de teinte et reposant sur une muqueuse non autrement anormale d'aspect.

Le contrôle radiologique de l'état stomacal (21 mars 1937), après injection de baryum à travers la fistule, prouve que la lacune produite antérieurement par le polype dans la portion moyenne de la petite courbure a disparu. La région prépylorique offre toujours plusieurs images en anneau changeant la forme et la direction des plis muqueux et rendant compte des polypes bien identifiés par l'urétroscope. Les papillomes du corps ne se montrent sur aucun cliché. L'aspiration du contenu gastrique avant l'opacification avait révélé des résidus de soupe aux tomates instillée la veille. L'évacuation du baryum a mis plus de six heures.

Radiothérapie sur le cancer œsophagien du 30 mars au 21 mai 1937: tension pulsatoire 280 Kv.; intensité au secondaire 3 M. A.; filtr. 2 mm Cu + 3 mm Al; champs à la peau 5 x 5 cm; distance focus — peau 50 cm; 37 séances échelonnées sur 53 jours; dose totale 2827 r repartis sur 4 champs de la façon suivante:

région para-sternale droite 711 r;
 région para-sternale gauche 748 r;
 région para-vertébrale droite 648 r;
 région para-vertébrale gauche 720 r;

Au cours du traitement la déglutition ne s'améliore pas. L'alimentation par la bouche contre-nature ne remonte pas l'état général. Il existe de la rétention gastrique qui paraît sous la dépendance des proliférations prépyloriques. L'amaigrissement et la déchéance progressent avec régularité. Le 20 mai 1937, des signes de broncho-pneumonie par déglutition se manifestent: fièvre, toux, expectoration des liquides ingérés, râles variés. Le 21 mai, l'examen radiologique confirme la fistule œsophago-bronchique: la baryte avalée passe dans les voies respiratoires et dessine les bronches principales. Les irradiations sont interrompues. Dans les jours qui suivent les crachats deviennent sanglants; la cachexie s'accroît et, le 12 juin 1937, une hémoptysie emporte le malade.

Commentaires

Les faits plus haut consignés suggèrent quelques réflexions.

Des tumeurs de nature différente coexistent parfois dans l'appareil digestif d'un même individu.

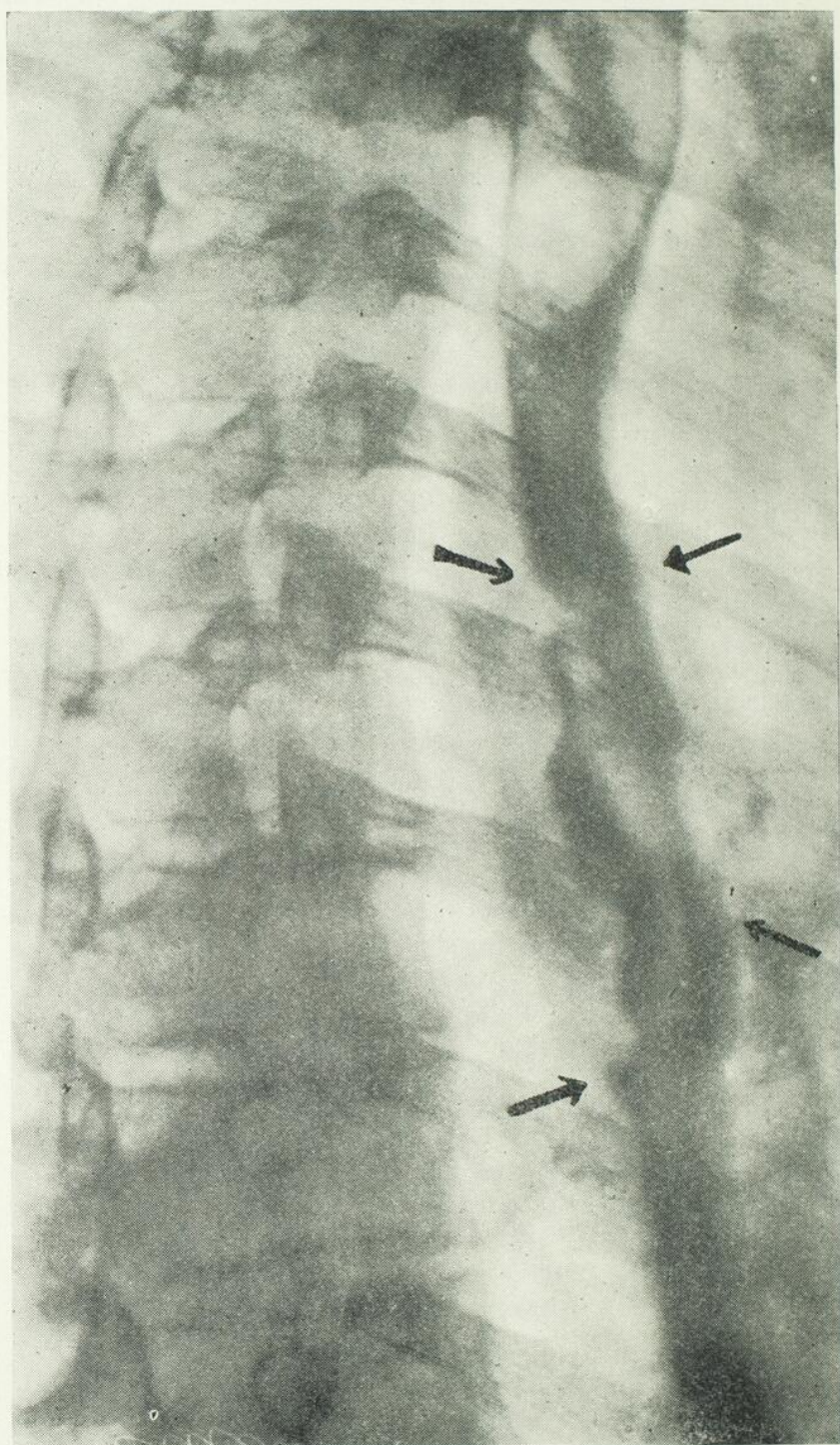


Fig. 1. — 18 janv. 1937. — Rétrécissement partiel, irrégulier, lacunaire, sur une longueur d'environ 7 cm. au tiers moyen de l'œsophage. Diagnostic: néoplasme.

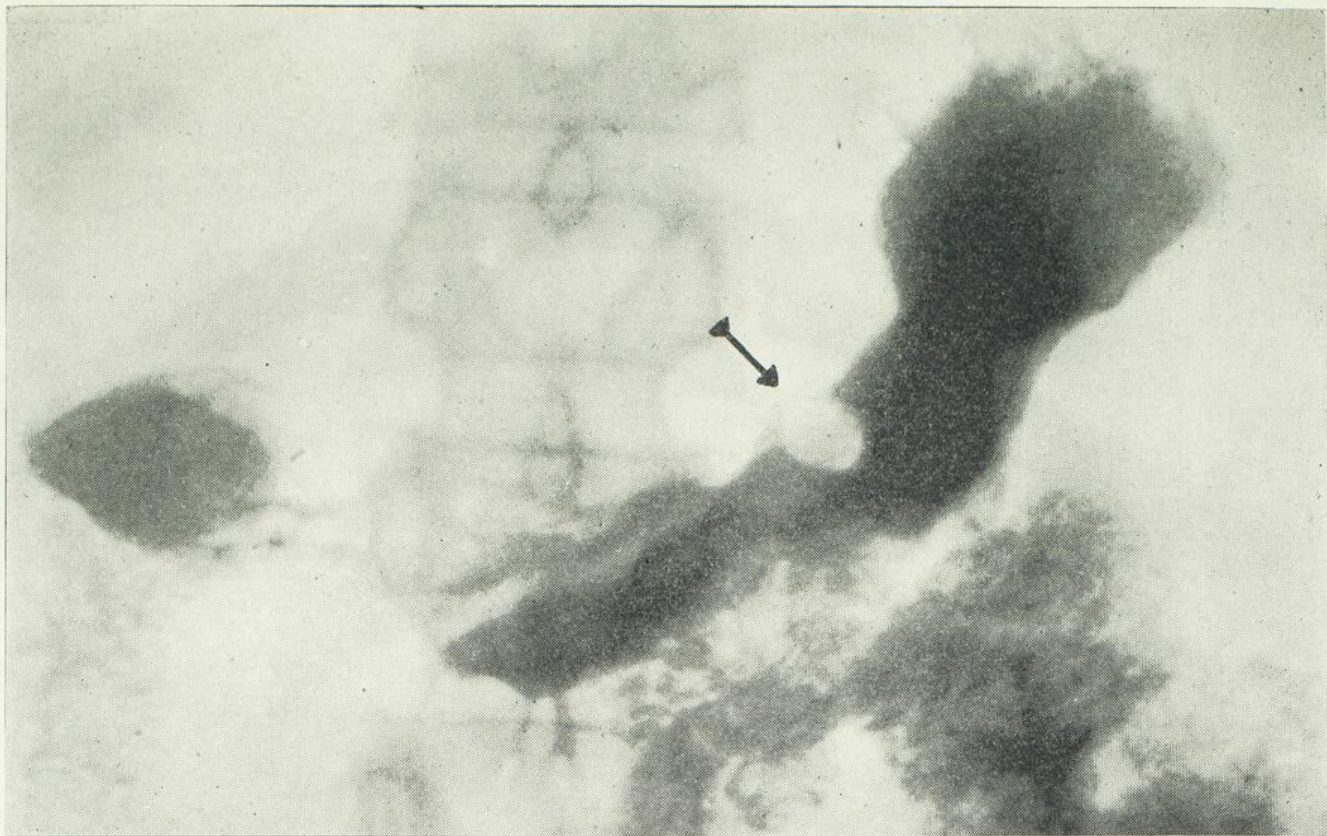


Fig. 2. — 18 janv. 1937. — La cavité gastrique opacifiée en couche mince présente dans la portion moyenne de la petite courbure une tache claire, ronde, à bords nets et mesurant environ un centimètre de diamètre. Diagnostic: polype.

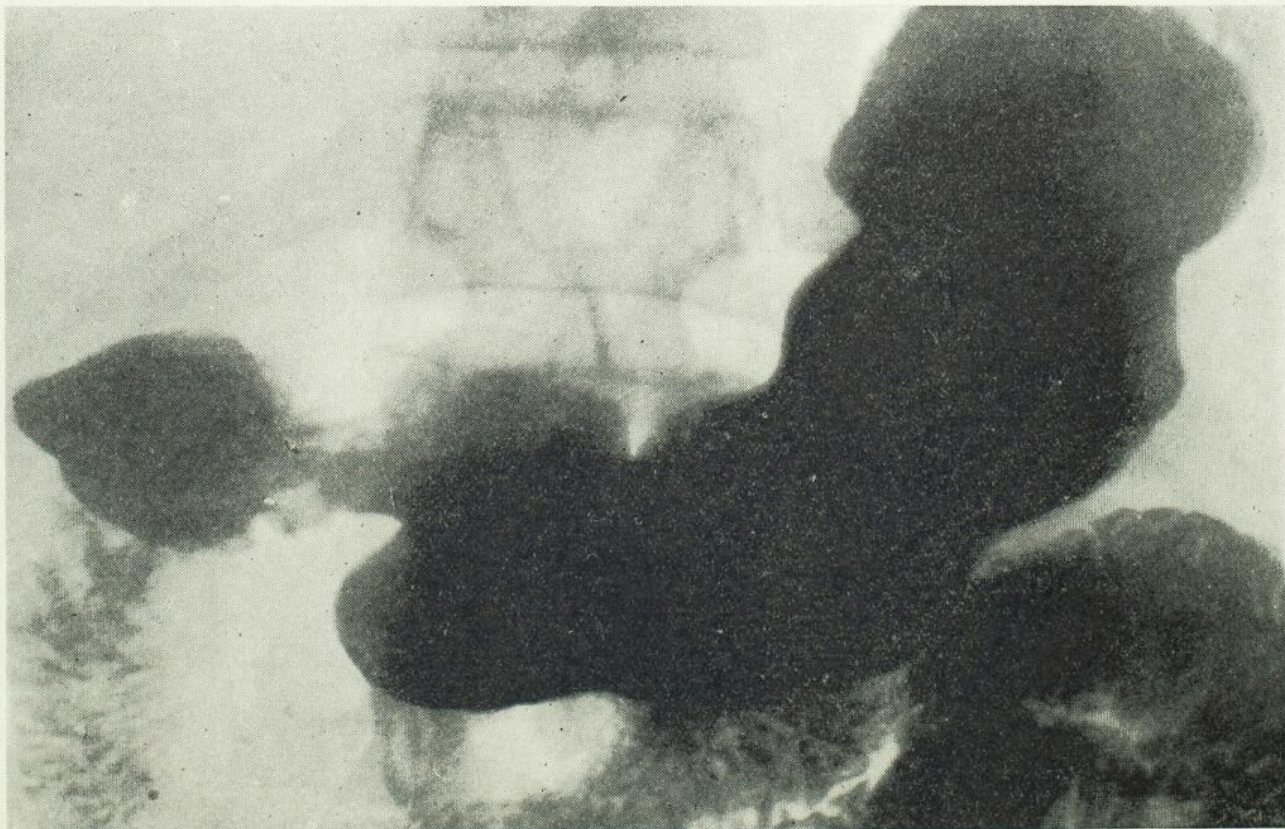


Fig. 3. — 18 janv. 1937. — Radiographie de l'estomac après remplissage opaque. Sur cette image on ne voit aucune trace de polype. Le diagnostic eût échappé si l'examen en couche mince n'avait été pratiqué.

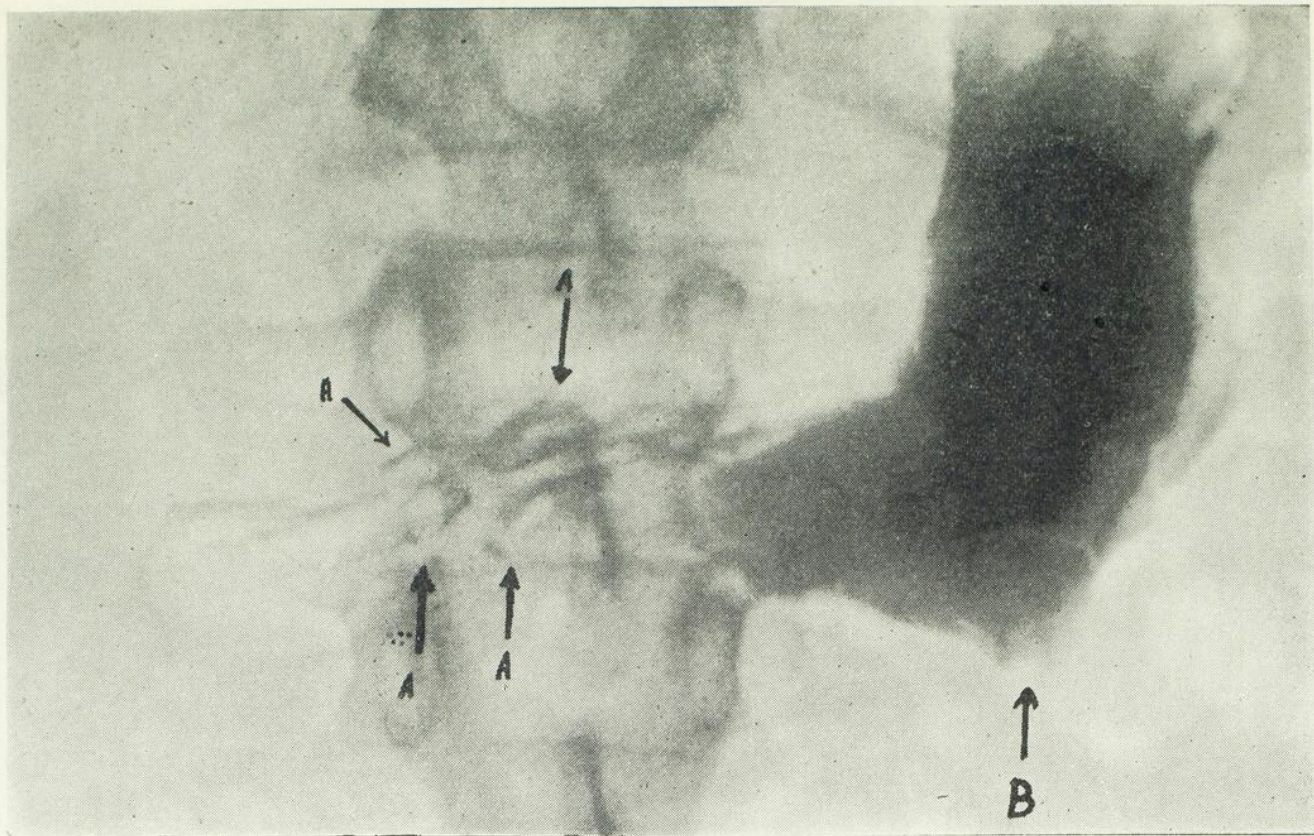


Fig. 4. — 21 mars 1937. — Image de l'estomac opacifié en couche mince par la gastrostomie: A — relief en anneaux représentant des papillomes dans la région prépylorique; B — image diverticulaire correspondant à la néo-bouche. Les polypes du corps demeurent invisibles. Le gros polype de la petite courbure a bien été enlevé.

La découverte d'une lésion dans l'un quelconque des organes digestifs ne doit pas faire omettre l'exploration des autres viscères.

Les rayons X permettent de reconnaître les tumeurs bénignes de l'estomac à condition que ces tumeurs atteignent un certain volume.

La gastroscopie est un complément important de l'examen radiologique. Si la lésion œsophagienne n'eut pas contre-indiqué l'usage du gastroscope préalablement à l'opération, nous aurions su plus tôt que le gros polype de la petite courbure n'était pas seul. L'examen avec l'urétroscope l'a subséquemment démontré.

Les tumeurs bénignes prennent de l'importance quand leur siège favorise l'obstruction. Chez notre malade, les papillomes prépyloriques en gênant la marche des aliments ont contribué à une cachexie rapide. C'est un fait connu que l'adéno-papillome cause souvent de l'obstruction pylorique ⁽¹⁾.

La littérature fait aussi mention de plusieurs cas où l'adéno-papillome s'est changé en tumeur maligne. Le phénomène n'a pas eu lieu chez notre patient du moins en ce qui concerne l'estomac. Pour ce qui est de la lésion œsophagienne, nous n'en connaissons pas exactement la nature histologique; l'évolution vers la fistulisation bronchique au cours de la radiothérapie, prouve assez bien la nature maligne du processus sans que l'on puisse dire s'il s'agit de papillomes dégénérés.

La gastrostomie préalablement à la radiothérapie n'a pas la réputation d'offrir de grands avantages quand la perméabilité œsophagienne demeure suffisante. Nous l'avons demandée à cause des tumeurs stomacales dont il fallait élucider la nature.

Malgré la dérivation, la radiothérapie par voie externe n'a pas ralenti sensiblement l'évolution du cancer œsophagien et n'a pas empêché la fistulisation œsophago-bronchique.

L'usage de l'urétroscope pour l'examen direct de la cavité gastrique après gastrostomie nous a paru une méthode simple, commode, non douloureuse et d'une grande utilité.

Une revue de la littérature nous a appris qu'avant nous Freiberg ⁽²⁾ a introduit un cystoscope dans les fistules gastriques pour pratiquer le bouginage de certaines sténoses œsophagiennes.

Sans avoir une expérience suffisante du cystoscope dans l'exploration des estomacs fistulisés, méthode qui nécessite l'injection d'eau et un orifice assez large, nous préférons l'urétroscope parce que plus maniable et pouvant traverser le cardia, ce qui donne une très belle vue sur l'œsophage inférieur.

(1) Minnes, J. F. et Geschickter, C. F.: Bening Tumors of the Stomach, *Amer. Journ. of Cancer*, 1936, 28: 136.

(2) Freiberg, H. B.: Oesophageal stricture with urological instruments, *J. A. M. A.*, Vol. 108, No 21, 22 mai 1937, p. 1781.

UN CAS D'ABCÈS ÉPIDURAL REVETANT L'ASPECT INITIAL D'UN SYNDROME ABDOMINAL AIGU. ⁽¹⁾

Par

Jean LeSAGE, chef de clinique en gastroentérologie
Jean PANET-RAYMOND, Neurologiste
et **Ronald-L. DUPUIS,** médecin-interne
de l'hôpital Saint-Luc.

Le canal rachidien est rarement le siège de lésions purulentes. Les auteurs mentionnent plus souvent l'existence d'abcès de la substance médullaire même. Et Woltmans et Adson en 1929 ont rapporté vingt-neuf cas de ce genre disséminés à travers la littérature médicale. Par contre, ils font peu allusion aux abcès intra-rachidiens qui se développent en dehors des enveloppes méningées de la moelle épinière.

Il est possible que la rareté des lésions de ce type soit due au fait que leur histoire n'est pas relatée. On notera ici qu'une myélite transverse peut fort bien commencer par un syndrome abdominal douloureux.

OBSERVATION:

Mlle D., 30 ans, est admise à l'hôpital le 28 décembre 1935, se plaignant de fortes douleurs lombaires avec irradiations en ceinture vers le creux épigastrique. — Les antécédents personnels et héréditaires sont négatifs. — La maladie actuelle semble remonter à l'été 1935, alors que la patiente a éprouvé des douleurs lombaires d'une intensité assez marquée, mais qui disparurent en peu de temps. Il y eut reprise des mêmes symptômes au début de décembre 1935 au moment d'une période menstruelle. Cette fois, les symptômes, au lieu de régresser, deviennent de plus en plus marqués jusqu'à ce que son état, alarmant, nécessite son entrée à l'hôpital. La température est de 99°, le pouls 84, la respiration 28.

La patiente se dit très fatiguée, et ses douleurs lombaires sont d'une intensité telle qu'elle est sans sommeil depuis une semaine. Elle se plaint, en plus, de douleurs abdominales, d'engourdissements des membres inférieurs, de frissons répétés.

(1) Observation du Service de Médecine de l'hôpital Saint-Luc. Société de Gastro-Entérologie, séance de novembre 1937.

A l'examen, on constate un facies anxieux, des yeux hagards, encavés. La langue est saburrale, l'haleine fétide. La gorge est le siège d'une congestion assez marquée.

L'examen des poumons ne révèle rien de particulier si ce n'est une respiration soufflante à la base gauche.

Les bruits du cœur sont normaux; il n'y a aucune lésion valvulaire.

L'abdomen est ballonné; la palpation réveille des douleurs sur tout le trajet du cadre colique. Les deux régions lombaires sont également douloureuses. Aux membres inférieurs, les réflexes tendineux sont paresseux, lents à la détente.

Evolution de la maladie:

Le lendemain, le 29 décembre, cathétérisme de la malade, qui n'a pas uriné depuis au delà de quinze heures. On retire 500 c.c. d'urine que l'on envoie au laboratoire pour analyse, avec le résultat: albumine: traces légères; pus: absence; rares globules rouges. La malade se dit encore très souffrante; la température s'élève à 100.4° F.

Le 31 décembre, la température est de 103.3° F. La patiente se plaint d'une céphalée atroce. On retire 1800 c.c. d'urine par cathétérisme. La constipation est rebelle, l'aérocolie prononcée; on administre un lavement huileux, sans effet.

La patiente se plaint alors d'une sensation de « jambes mortes ». Un examen attentif révèle à l'un de nous (M. Dupuis) la présence d'une paraplégie flasque (abolition des réflexes tendineux aux deux membres inférieurs). Il y a concomitance d'une anesthésie complète de la partie inférieure du corps jusqu'à l'ombilic. L'infirmière nous fait remarquer des escarres à la région sacrée. *Nous pratiquons une ponction lombaire.* Le liquide, qui s'écoule sous faible pression, est xanthochromique et se coagule immédiatement, le rendant impropre à l'examen cytologique. L'on songe à une myélite transverse aiguë, après élimination du diagnostic de poliomyélite antérieure aiguë.

Le 2 janvier 1936, l'état général est très mauvais. La température de 104°, le pouls 120. On note un sub-ictère des conjonctives, une langue rôtie, un météorisme abdominal généralisé. Dans la journée, la malade fait un léger épistaxis. Un nouvel examen de la région sacrée montre l'extension considérable des plages de sphacèle. Il y a rétention urinaire et fécale.

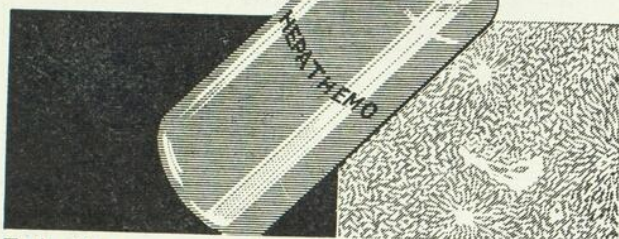
Un de nous hésite encore entre poliomyélite aiguë et myélite transverse.

Mais le 3 janvier, le niveau de l'anesthésie remonte aux fausses-côtes. La malade est très agitée. Le cathétérisme ramène 2,000 c.c., les lavements sont inopérants. Il semble bien s'agir d'une myélite transverse suraiguë. Ce diagnostic est d'ailleurs confirmé par M. Panet-Raymond, sur l'abolition complète des réflexes ostéo-tendineux et l'abolition de toutes les sensibilités jusqu'en DX. Le même jour, on pratique une deuxième ponction lombaire. Le L. C. R. contient 3,500 éléments, en majeure partie des polynucléaires, ainsi que 6,000 globules rouges par mm³. Il existe, en plus, une leucocytose sanguine à 39,200 à prédominance de polynucléaires: 92%. On

METHODE DE WHIPPLE

HEPATHEMO

DESCHIENS



Extrait concentré hydrosoluble de foie de veau

Forme ampoule-Forme sirop

**SYNDROMES
ANÉMIQUES**

DESCHIENS, 2, RUE PAUL BAUDRY - PARIS (VIII^e)
REPRÉSENTANT : ROUGIER, 250, RUE LEMOINE MONTRÉAL (CANADA)

LA CRISE D'ASTHME

Est maîtrisée

par le

FREINIX

Pour une ampoule:

Papavérine	0.04
Epinéphrine	0.0005

Boîte de 6 ampoules
de 1 c.c.

Est prévenue

par le

PERO-FREINIX

Pour un comprimé:

Papavérine	0.025
Ephédrine	0.01

Tube de 12 comprimés

Distributeurs:

Rougier Frères
Montréal



PULMO-BAILLY

SA BASE ACTIVE DE COMPOSITION
ET D'ACTION DÉFINIES ET CONSTANTES

Phospho-Gaïacolate de Codéïne

ASSURE :

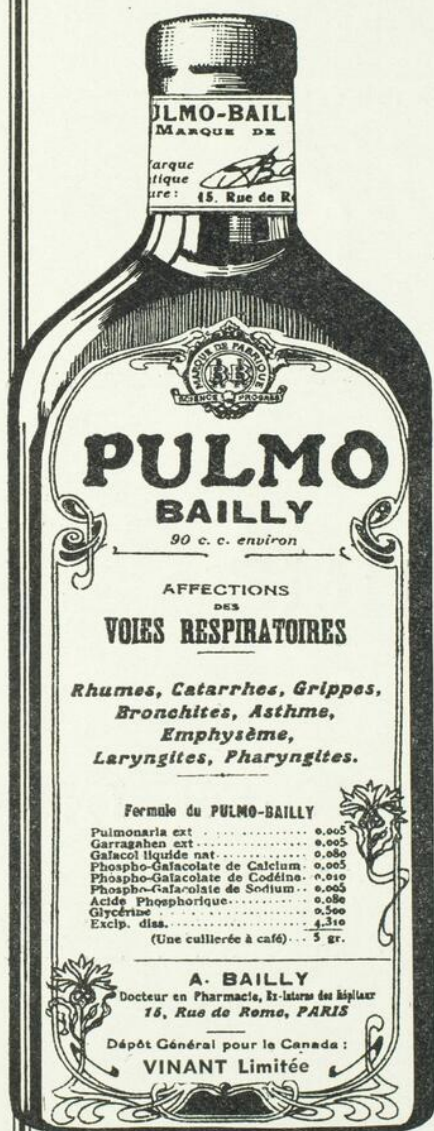
1° **PAR L'IMPRÉGNATION ANTISEPTIQUE** de la muqueuse de l'appareil pulmonaire :

L'ÉLIMINATION des éléments infectants, la SUPPRESSION progressive de la toux et de l'expectoration.

2° **PAR SON PHOSPHORE ORGANIQUE** directement assimilable :

LE RENFORCEMENT de la capacité de défense de l'organisme. LA STIMULATION puissante du tonus nerveux, de l'appétit et des fonctions digestives.

Toutes les affections des voies respiratoires, préventif et curatif des complications broncho-pulmonaires de la grippe et des maladies infectieuses, toux.



1 cuillerée à café au milieu de chacun des repas. — Aucune contre indication

LABORATOIRES A. BAILLY - 15, RUE DE ROME - PARIS-VIII^e

Agents pour le Canada: VINANT Ltée, 533, rue Bonsecours, MONTREAL.

répète l'analyse d'urine. Cette fois, il y a très fortes traces d'albumine avec présence d'épithéliums, d'urobiline et de pigments biliaires. L'urée sanguine est de 0 gr. 525, la glycémie de 1 gr. 08.

Le 5 janvier, la température se maintient entre 102 et 103°. La patiente délire, la langue est sale, craquelée. Il y a présence d'une éruption zostérienne de la région malaire droite et de la moitié droite de la lèvre supérieure. Le niveau de l'anesthésie se maintient à D VIII. Il y a perte de tout automatisme médullaire par section complète de la moelle vers D X. Les nerfs craniens sont intacts, les réflexes cornéens normaux.

Le 6 janvier, la malade présente un frisson solennel, et transpire abondamment. La température rectale se lit à 108° F. Son état est semi-comateux. Vingt-quatre heures plus tard, la patiente meurt dans le coma.

AUTOPSIE (Dr F. Farmer) :

Cage thoracique: Dans tous les espaces intercostaux des deux côtés, il y a des masses jaunes fluctuantes sous-pleurales qui s'étendent latéralement de la colonne vertébrale. A la coupe, ces masses laissent s'échapper un liquide jaune épais purulent. Un examen minutieux de ces cavités révèle qu'elles semblent communiquer avec des fistules intervertébrales.

Cavité abdominale: En bas du diaphragme et en-dessous des tissus fibreux qui entourent les vertèbres, il y a plusieurs masses fluctuantes semblables à celles des espaces intercostaux et situées le long et sur les faces latérales de la colonne vertébrale, plus précisément au niveau des disques intervertébraux.

Rein gauche: La capsule se décolle facilement et laisse voir une surface rouge brun et lisse. Au pôle inférieur et à la partie postérieure, on constate une protubérance nodulaire de 3 cms de diamètre. La coupe montre là une cavité contenant du liquide jaune épais d'aspect purulent. Sa paroi est intacte. *Le reste de la surface postérieure du rein gauche montre quelques petits nodules contenant aussi du liquide purulent, d'autres sont remplis d'une substance sèche de consistance caséuse. Il n'y a aucune communication entre ces cavités et le bassin du rein.*

Colonne vertébrale: La moelle est abordée en enlevant les apophyses épineuses des vertèbres lombaires et dorsales. L'espace épidual est rempli d'un abondant liquide vert purulent, sur une hauteur qui correspond à la laminectomie pratiquée, et qui masque complètement la moelle. En incisant la dure-mère il s'en échappe un liquide identique. La moelle même a un aspect gonflé et œdémateux.

Examen histologique de la moelle: Les vaisseaux méningés sont très dilatés et gorgés de sang. Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien est dissocié, œdémateux et assez discrètement infiltré de leucocytes, en majorité polynucléaires. On observa la même infiltration leucocytaire dans l'épaisseur du feuillet dure-mérien. La substance blanche de la moelle épinière est le siège de lésions manifestes. Ces lésions consistent en une disparition des gaines de myélines avec formation de vacuoles, et l'on aperçoit ici et là des corps granuleux ou amyloïdes. Cette dégénérescence intéresse tous les cordons. Elle est plus accusée à la périphérie de la moelle qu'en profondeur. Dans la

substance grise, on observe également des lésions dégénératives des cellules ganglionnaires, excentricité et atrophie nucléaires, chromatolyse, dégénérescence pigmentaire, etc.

En somme, deux constatations principales se dégagent de l'examen histologique:

- 1) Une méningite séro-purulente discrète et récente;
- 2) Une myélite dégénérative non systématisée, très accusée, nettement antérieure au processus méningitique.

Diagnostic différentiel

Il est évident que la diversité de maladies qui débutent par de la rachialgie est telle qu'un diagnostic d'emblée n'est guère possible dans notre cas. Cette malade présente deux phases distinctes dans son évolution fatale, soit une première sans paralysie, et une deuxième après l'apparition de la paraplégie. Il nous semble donc logique que la discussion du diagnostic soit divisée en deux parties: l'une pré-paraplégique, l'autre paraplégique.

A) La phase pré-paraplégique soulevait tout un groupe de possibilités; nous allons nous limiter aux plus importantes.

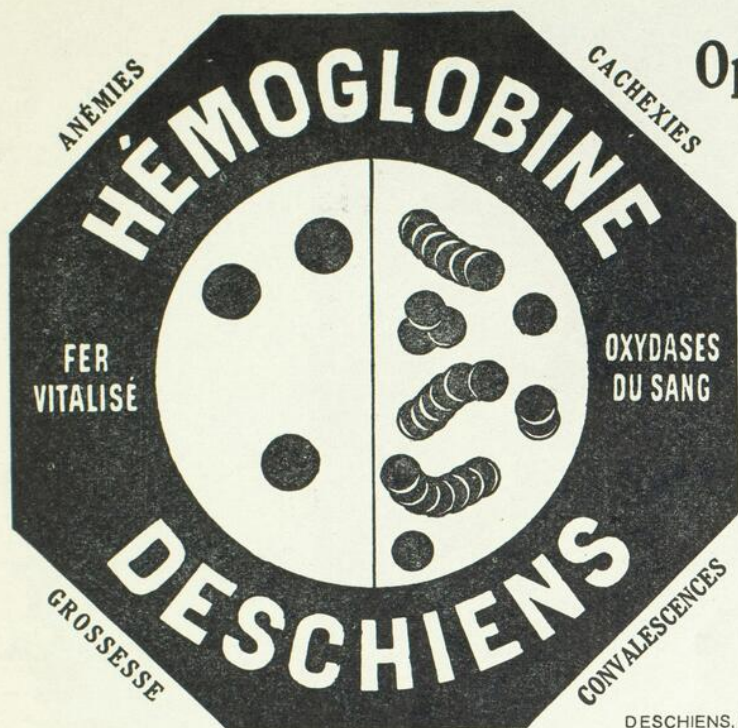
1° *Lumbago*: Nous l'avons éliminé d'emblée à cause de la température élevée et l'allure grave des symptômes.

2° *La néphrite sub-aiguë* était plus vraisemblable, mais les urines, même avec traces d'albumine et rares globules rouges, ne contenaient aucun cylindre — fait indispensable dans les lésions organiques graves du rein. D'ailleurs, la deuxième analyse d'urine ne décelait pas de globules rouges. Nous ne pouvions donc pas nous prononcer en faveur d'une lésion grave du rein malgré l'existence de fortes douleurs lombaires.

3° *La pyélonéphrite* avec sa triade symptomatique de température, de douleurs lombaires et de pyurie devait être envisagée. Mais nous y avons vite renoncé du fait de l'absence de pus dans les urines.

4° *Le mal de Pott* nous paraissait invraisemblable, car la colonne vertébrale n'était aucunement viciée dans sa position. Nous avons conclu qu'une spondylite T. B., avec les symptômes marqués que présentait notre malade, nous aurait pour le moins révélé une gibbosité assez marquée ou un point douloureux vertébral net.

5° *L'abcès périnéphritique* était très difficile à rechercher dans la phase pré-paraplégique. Une leucocytose à 39,000, combinée aux caractères oscillants de la température donnait prise à l'hypothèse d'une collection purulente à mettre en évidence comme la lésion la plus probable à la phase pré-paraplégique.



Opothérapie
Hématique
Totale

SIROP de
DESCHIENS
à l'Hémoglobine vivante

Renferme intactes les Substances
Minimales du Sang total

Médication rationnelle des
SYNDROMES ANÉMIQUES
et des
DÉCHÉANCES ORGANIQUES

Une cuillerée à potage à chaque repas.

DESCHIENS, D' en Ph^a, 9, Rue Paul-Baudry, Paris (8^e)

Représentant : ROUGIER, 350, Rue Lemoine - MONTRÉAL (Canada)

POMMADE MIDY

SUPPOSITOIRES MIDY

EPINEPHRINE
STOVAINE
ANESTHÉSINE
EX' DE MARRONS
D'INDE PRAIS STABILISÉ

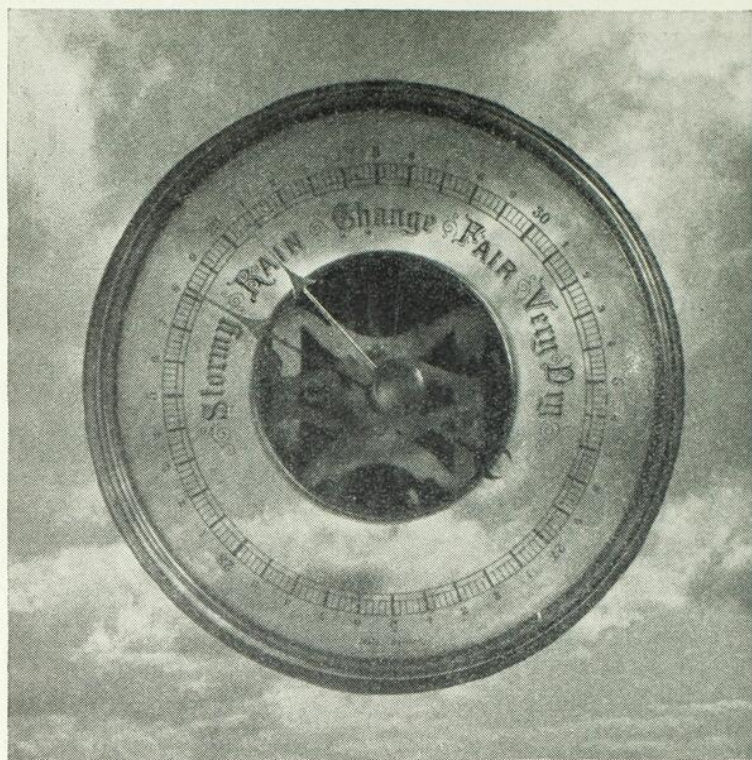


4
PRINCIPES
ACTIFS

HÉMORROÏDES

LABORATOIRES DE LA PIPÉRAZINE MIDY, New Birks Bldg., MONTRÉAL

LABORATOIRES MIDY, 67 Avenue de Wagram, Paris, 17^e. J. EDDE, Ltée, Montréal, Agent



Le temps est aux tempêtes

L'hiver... la saison que plusieurs attendent avec joie... mais pour un grand nombre de personnes c'est le temps des rhumes qui souvent deviennent des affections respiratoires graves. Ceux qui n'ont qu'une faible résistance sont naturellement susceptibles à ces infections, mais l'expérience clinique a montré la valeur du traitement prophylactique.

ALPHAMETTES ○ ○ ○

La thérapeutique par l'huile de foie de morue, si elle est instituée sans délai, diminue la fréquence des affections respiratoires. Les Alphamettes — un extrait concentré d'huile de foie de morue dégraissée — présentent un mode facile et commode pour cette thérapeutique. Chaque petite capsule de trois minimes renferme la teneur en vitamines A et D de plus de quatre cuillerées à thé et demie d'huile de foie de morue (Pharmacopée des Etats-Unis, XIe édition).



Ayerst, McKenna & Harrison Limitée

Biologistes et Pharmaciens

MONTREAL

CANADA

Voilà donc les possibilités de diagnostic discutables avant qu'une paraplégie ne s'établisse au milieu d'un tableau symptomatique déjà assez complexe, créant ainsi un dilemme encore plus embarrassant. Il va sans dire que notre raisonnement énoncé ci-dessus perdait aussitôt beaucoup de sa valeur et était éclipsé par le seul symptôme dominant, la *paraplégie*. Dès lors, notre attention était attirée du côté du système nerveux. En effet, une fois la paraplégie et l'anesthésie installées, les symptômes nerveux ont dominé la marche de la maladie. Il faut rappeler ici l'abolition des réflexes tendineux des membres inférieurs, l'anesthésie à marche ascendante, les troubles sphinctériens et les escarres sacrées.

3° *Paraplégie par lésion centrale:*

L'association des troubles sphinctériens à la paraplégie chez notre malade plaidait en faveur d'une lésion centrale médullaire. Nous étions donc en présence d'une lésion intrarachidienne, qui, par sa nature et son évolution, se manifestait cliniquement comme suit:

- a) Paraplégie flasque complète.
- b) Anesthésie ascendante remontant aux fausses-côtes.
- c) Abolition des réflexes tendineux et cutanés des deux membres inférieurs.
- d) Douleurs en ceinture à niveau épigastrique.
- e) Troubles sphinctériens — rétention urinaire et fécale.
- f) Troubles trophiques — escarres sacrées en formation rapide.
- g) Une température élevée à grandes oscillations.
- h) Liquide céphalo-rachidien trouble, xanthochromique.

Il nous fallait donc établir, avec ces données, un diagnostic différentiel des lésions à la phase paraplégique.

B) Phase paraplégique:

A ce moment nous avons cru que le diagnostic devait être fait entre:

- 1° La poliomyélite antérieure aiguë.
- 2° La paralysie ascendante de Landry.
- 3° La myélite infectieuse suraiguë.

a) La poliomyélite ne donne aucun trouble sensitif. Les cornes antérieures motrices de la moelle seules sont atteintes et de façon asymétrique. La paralysie qui en résulte n'est pas complète mais asymétrique en raison de la localisation des lésions. De plus, le liquide céphalo-rachidien est limpide.

b) La maladie de Landry avec sa paralysie ascendante présentait sûrement de fortes probabilités dans notre cas. Par contre, cette maladie est caractérisée par l'absence de température de troubles trophiques, sensitifs, et sphinctériens.

c) Devant une température élevée, la limitation nette de l'anesthésie, la paraplégie flasque complète, les troubles trophiques, un L. C. R. xanthochromique, nous avons conclu à un envahissement complet de la moelle intéressant et les cornes antérieures et les cornes postérieures à un niveau déterminé. Nous avons, en conséquence, posé le diagnostic final de: *Myélite infectieuse suraiguë*.

Il est évident que la nature xanthochromique du L. C. R. était due à un blocage par compression au siège de la lésion. Malheureusement nous avons été incapable au point de vue clinique de préciser la cause définitive de cette compression. L'autopsie a révélé une lésion intrarachidienne des plus intéressantes et donne lieu à une foule d'hypothèses dans la discussion de son étiologie.

Discussion étiologique

Les avis sont très partagés sur la nature des altérations médullaires engendrées par la compression. Pour les uns, il s'agit de simples troubles mécaniques occasionnés par la compression des veines et des vaisseaux lymphatiques. Pour d'autres, elles sont la conséquence de l'ischémie, due elle-même à la compression des artères. Pour quelques auteurs, elles sont l'indice d'un véritable processus inflammatoire. La compression s'exerçant sur les veines du rachis et les vaisseaux nourriciers de la moelle donne lieu à des troubles circulatoires du tissu médullaire, tels: l'œdème, la dégénérescence, la nécrose, etc.

L'autopsie en nous révélant la nature de la compression nous a donné peu d'indications en ce qui concerne son étiologie. Quelles relations peut-on établir maintenant entre l'abcès intrarachidien et les abcès de la sous-corticale du rein gauche?

Sur le plan hypothétique, il nous faut considérer la possibilité que ces deux lésions, de localisation différente, se soient développées simultanément à partir d'un même foyer infectieux lequel avait guéri ou n'avait pas été reconnu au moment de l'examen clinique. Ou bien, les lésions du rein gauche pouvaient être secondaires, résultant d'embolies microbiennes venues de l'abcès intrarachidien.

L'explication de la lésion causale serait de beaucoup simplifiée, si nous pouvions démontrer la présence d'une lésion ostéomyélique des vertèbres adjacentes à la lésion intrarachidienne. Malheureuse-

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

PRIX ORFILA
1872



PRIX DESPORTES
1904

DIGITALINE NATIVELLE

CRISTALLISÉE

**Agit plus sûrement que toutes les
autres préparations de Digitale**

Granules au 1/10^e de milligr. — Solution au 1/1000^e.
Ampoules au 1/4 de milligr. pour injections intramusculaires.
Ampoules au 1/5^e de milligr. pour injections intraveineuses.

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, rue de la Procession, PARIS (XV^e)

Draeger

Dépôt général pour le Canada: ROUGIER Frères, 350, rue Le Moyne, à Montréal.



ARMAND MERCIER

E.-E. DION

FOURRURES DE HAUTE QUALITÉ

Spécialité :
Fourrures exclusives
pour le médecin et
sa famille.

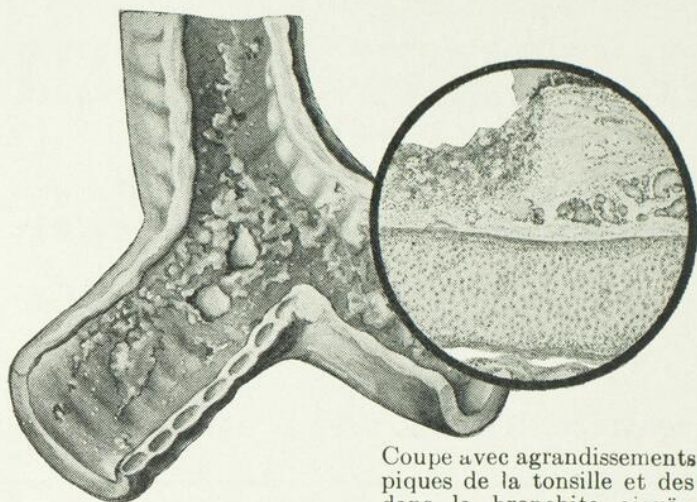
Manteaux.
Renards argentés.
Parures de cou.
Réparations.
Remodelage.
Entreposage.

MERCIER & DION

2117 est, Ave Mont-Royal près Delorimier

Tél.: FR. 2711

DÉSARMER LA BRONCHITE



Coupe avec agrandissements microscopiques de la tonsille et des bronches dans la bronchite aiguë, montrant ulcération et exsudation au début.

Ainsi que le sait tout praticien, une atteinte de bronchite est non seulement sérieuse par elle-même, mais ses séquelles peuvent s'étendre au delà et conduire souvent au désastre.

- Pour se prémunir contre les complications une application chaude d'

Antiphlogistine

(fabriquée au Canada)

à l'entour de la gorge et du thorax sera, le plus souvent, particulièrement efficace. Sa chaleur prolongée, ses propriétés hygrosopiques et thérapeutiques peuvent modifier le cours de la maladie et être le meilleur moyen d'enrayer complètement l'attaque bronchique.

Echantillon et littérature sur demande.

THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY
153, Lagauchetière ouest,
MONTRÉAL

ment un examen détaillé des vertèbres n'a pas été fait à l'autopsie. Il est fort possible que notre malade ait présenté une telle lésion. Rappelons ici que les douleurs lombaires qu'elle éprouvait depuis les quelques mois précédent son entrée à l'hôpital. Nous pouvons supposer qu'une lésion osseuse vertébrale et déjà en évolution, donna naissance par la suite, par propagation de voisinage, à un abcès épidual.

En 1902, Schaonwerth rapporta un cas d'ostéo-myélite de la première vertèbre lombaire à la suite d'un furoncle. La lésion osseuse donna lieu d'une part à un abcès périnéphritique et de l'autre à un abcès épidual. Plusieurs autres auteurs rapportent des lésions de voisinage identiques à la suite d'ostéo-myélite des vertèbres. Wilensky a démontré que ces lésions osseuses étaient dues à des embolies microbiennes venant d'un foyer infectieux quelconque, furoncle, amygdales, etc. Selon Goebell, Schwartz et Wilensky, la propagation de ces lésions vertébrales se fait surtout vers le dehors, dans les espaces périvertébraux. Plus rarement, la propagation se produit dans la direction du canal rachidien. Dans ce dernier cas, il semble que la localisation sur le disque intervertébral soit un facteur prédisposant, et que l'infection soit portée dans le canal par les veines du voisinage qui communiquent avec la partie intrarachidienne des vertèbres atteintes. Par contre, dans certains cas, il est impossible de déterminer ou de démontrer le point de départ de ces lésions. Kline publia récemment un cas intéressant qui présentait une cystite purulente avec abcès métastatique situé dans le plan profond des muscles spinaux au niveau de la neuvième vertèbre dorsale. Cette collection se perfora dans l'espace épidual donnant issue à un abcès extradur-mérien. L'autopsie ne donna aucune preuve de lésion ostéomyélitique.

Raymond et Sicard, cités par Déjérine, rapportent une épidualite purulente lombaire à bacille d'Eberth au décours d'une convalescence de fièvre typhoïde. La paraplégie flasque avec atrophie musculaire produite par cette lésion disparut après laminectomie et drainage.

En conclusion nous pouvons dire :

- 1) que les lésions purulentes du rachis ont souvent leur point de départ dans des lésions d'ostéomyélite vertébrale ;
- 2) que les foyers infectieux par embolies microbiennes jouent un rôle important dans la formation de ces lésions osseuses ;
- 3) que l'envahissement du canal rachidien peut se faire directement par voie hémato-gène.

Pour ce qui est de notre cas, nous sommes portés à incriminer une ostéomyélite pour la raison énoncée plus haut. Quoiqu'il en soit,

il faut rechercher avec soin, dans des cas de cette nature, l'existence d'une spondylite ainsi que les foyers infectieux, points de départ possibles des abcès épидурaux.

Traitement

Le traitement causal de l'abcès intrarachidien est la laminectomie et le drainage. Devons-nous regretter de ne pas avoir tenté cette intervention, en présence de l'état désespéré de notre malade? Aurions-nous eu, en intervenant un résultat plus heureux? Nous n'osons nous prononcer.

D'un point de vue symptomatique, il est important de prévenir les complications et à cet effet :

- a) De pratiquer le cathétérisme aseptique de la vessie; si elle est infectée, de procéder à des lavages.
- b) D'empêcher la formation d'escarres sacrées en laissant reposer le siège sur un cousin pneumatique. Si l'escarre se forme, de la traiter par des pansements humides au sérum hypertonique.
- c) De surveiller l'évacuation intestinale et d'administrer au besoin des lavements.

BIBLIOGRAPHIE

- 1.—J. DEJERINE et A. THOMAS: *Maladies de la moelle épinière*. 1909.
- 2.—M. GRASSET: *Diagnostic des lésions de la moelle épinière*. 1899.
- 3.—J. DEJERINE: *Sémiologie des affections du système nerveux*. 1914.
- 4.—H. FRENCH: *Index of Differential Diagnosis*. 1936.
- 5.—B. ABESHOUSE et D. BOGORAD: *Perinephritic abscess and diseases of the Vertebrae and Spinal Cord*. (Review of the literature and report of a case.) *Urologic and Cutaneous Review*, mai 1935.
6. ROMANIS et MITCHENER: *Science and Practice of Surgery*. 1932.
- 7.—ROUVIERE: *Traité d'Anatomie*.
- 8.—R. CECIL: *Text Book of Medicine*. 1935.
- 9.—P. STEWART: *Diagnosis of Nervous Diseases*. 1911.
- 10.—P. STEWART: *Diagnosis of Nervous Diseases*. 1911.

TRÉPANATION DU SPHÉNOÏDE PAR VOIE TRANS-SEPTALE DANS UN CAS DE NÉVRITE OPTIQUE RÉTRO- BULBAIRE. GUÉRISON.

Par Jules BRAULT,

Ophthalmo-laryngologiste de l'hôpital Notre-Dame.

Le 22 janvier 1936, Mlle G. B., âgée de 26 ans, venait me consulter pour troubles oculaires et céphalalgie.

Depuis quelques semaines, lecture et travail de près difficiles et lourdeur de tête mal définie.

Acuité visuelle après réfraction:

O. D. — 0.75 + 1.50 cyl. axe 90' V. = 1/3

O. G. + 1.25 cyl. axe 90' V. = 1/3

La vision était donc diminuée des deux tiers. Le cas était sérieux. Comme j'étais très pris cette journée-là, je remis au lendemain l'examen complet du fond de l'œil et du champ visuel.

Le lendemain, la malade ne se présenta pas au bureau. Ce n'est que six mois plus tard, soit le 2 juillet de la même année qu'elle revint me consulter.

Elle était toujours dans un état misérable et qui semblait s'aggraver sans cesse. Elle ne pouvait ni lire, ni coudre, ni même faire quelque travail que ce fût. Elle accusait une pesanteur continue localisée au front et une douleur aux globes oculaires. La céphalée était presque constante, mais présentant des moments d'exacerbation avec localisations aux régions temporales, frontales, rétro-auriculaires et surtout occipitales.

L'état général laissait beaucoup à désirer. Inappétence, digestion difficile. Elle avait maigri quelque peu.

Examen:

Yeux: Acuité visuelle: pas de changement. O. D. V. = 1/3.

O. G. V. = 1/3.

Champ visuel: Scotome central pour les couleurs plus marqué pour le vert que pour le rouge et le bleu.

Vision périphérique: Normale.

Segment antérieur: Normal.

Milieux: Normaux.

Fond: Papilles à contours légèrement flous; vaisseaux rétiniens normaux; rétine: rien de particulier.

Nez: Déviation gauche de la cloison. Respiration nasale insuffisante.

Cavum et gorge: Rien à noter.

Sinus: Maxillaires et frontaux: normaux.

Sphénoïdaux: Absence de sécrétion purulente.

La radiographie des sinus fut faite par le docteur Léonard qui me donna le rapport suivant:

« Les sinus maxillaires, les ethmoïdes et les frontaux paraissent normaux tandis que les sphénoïdes sont pour le moins très suspects et manquent d'aération. »

Etat général et antécédents personnels: Rien de particulier.

Diagnostic:

Le diagnostic ne faisait pas de doute, nous étions en présence d'une névrite rétro-bulbaire vraisemblablement d'origine sphénoïdale. Le diagnostic clinique était corroboré par la radiographie.

Aussi nous pouvions sans aucune hésitation conseiller à notre malade l'intervention chirurgicale indiquée, la trépanation du sinus sphénoïdal, qui fut acceptée sur le champ.

Nombreuses sont les voies d'accès au sinus sphénoïdal. Nous avons les voies frontale, orbitaire, sinuso-maxillaire, naturelle et trans-septale.

Le chirurgien est justifié de choisir l'une des trois premières lorsque la lésion du sphénoïde est associée à une sinusite frontale ou maxillaire ou à un phlegmon de l'orbite.

La voie naturelle des fosses nasales est sûrement la moins compliquée et c'est celle qui est le plus souvent employée. Mais elle oblige le chirurgien à réséquer parfois un cornet moyen sain. Elle ne présente plus le même inconvénient lorsque l'ethmoïde est malade et que nous sommes en présence d'une ethmoïdo-sphénoïdite.

Quelques opérateurs, entre autres, Hirsch et Segura préconisèrent en 1910 et 1911, la voie trans-septale qui permet de trépaner le sinus après résection sous-muqueuse de la cloison nasale.

Cette dernière me parut la voie de choix, d'autant plus que la malade présentait une déviation de la cloison nasale qui demandait à être réséquée et que les autres cavités ethmoïdes, orbites et sinus maxillaires n'étaient le siège d'aucune infection.

Le 22 juillet 1936: Opération.

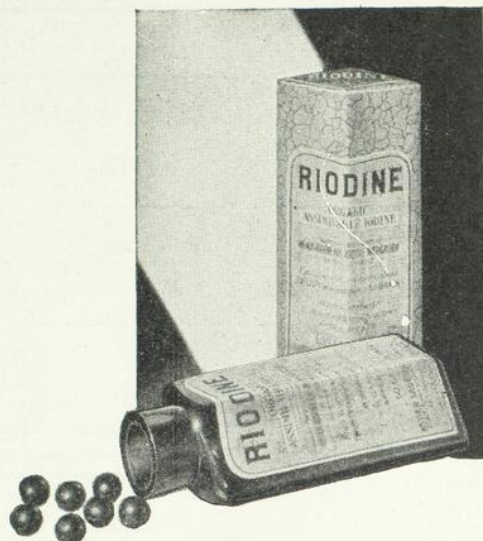
Premier temps: Résection sous-muqueuse de la cloison nasale: la lame quadrilatère du cartilage, la lame perpendiculaire de l'ethmoïde et la partie supérieure du vomer sont enlevées.

Deuxième temps: Mise à jour de la paroi antéro-supérieure du sphénoïde. Le décollement de la muqueuse pituitaire se fait jusqu'au niveau du bec du sphénoïde et sur toute l'étendue de sa paroi antérieure.

Les deux ostiums des sinus sont mis à jour et l'on fait sauter à la gouge le pont qui les sépare. Les deux orifices ne font plus qu'un et l'on agrandit ce dernier à la curette vers le bas de façon à assurer pour l'avenir une aération suffisante et un bon drainage du sinus.

Troisième temps: Nous sommes dans notre cavité sinusienne. Absence de pus et de granulation sur les muqueuses. Nous faisons un curettage ou plutôt un écouvillonnage du sinus avec beaucoup de douceur, de crainte de ne blesser ses parois qui sont parfois très minces et présentent des rapports anatomiques très étroits avec la selle turcique, le corps pituitaire, le chiasma optique, le sinus caverneux, la carotide interne et les nerfs moteurs de l'œil.

**L'efficacité de la
MÉDICATION IODÉE
avec le danger
d'IODISME
réduit au minimum.**



L'utilité de la thérapie iodée est bien reconnue quoique pendant longtemps ce fût un problème d'obtenir des résultats sans iodisme.

En général, la thérapie iodée est inséparable de l'iodisme, mais en de-

hors de l'idiosyncrasie, la sévérité des symptômes de l'iodisme est en raison directe de la quantité d'iode retenue dans le sang. Cette quantité, en retour, dépend de la quantité administrée.

RIODINE (Astier)

Iode organique assimilable

Dans la Riodine (Astier) qui est une solution huileuse à 66% d'éther glycérique iodé de l'acide ricinoléique renfermant environ 17% d'iode, l'iode ne subit aucune modification dans l'estomac mais est émulsionné dans l'intestin puis absorbé. En conséquence, il se fixe dans les cellules sous une forme soluble lipoidique et demeure dans l'organisme pendant longtemps, éliminant la nécessité de doses élevées fréquemment répétées d'iode, cause d'iodisme.

La Riodine (Astier) se prescrit de préférence dans les cas où l'on désire une action prolongée de petites quantités d'iode, par exemple les affections cardio - rénales, l'Artério - Sclérose, l'Asthme, l'Arthrite rhumatismale chronique, l'Emphysème pulmonaire, la Bronchite chronique, la Syphilis latente, l'Empoisonnement par le plomb, l'Hypothyroïdisme, le Goitre simple et l'Obésité.

Pour renseignements et échantillons, écrivez aux Dépositaires canadiens
pour les produits des

LABORATOIRES DU D^r P. ASTIER

**350, rue Le Moyne
Montréal.**

**36-48 Caledonia Road
Toronto.**

SEDLITZ CHANTEAUD

Granulé et Déshydraté

Laxatif — Purgatif

FOIE

INTESTIN

Sulfate de Magnésie pur.

Tartrate de Soude.

Dose laxative: 1 cuillerée à café

*Dose purgative: 1 à 3 cuil. à soupe
le matin à jeun.*

STÉNOL CHANTEAUD

Tonique — Diurétique

FAIBLESSE — SURMENAGE — NEURASTHÉNIE

Par cuillerée
à café

Caféine 0 gr. 10
Théobromine 0 gr. 10

*Dose: 1 à 2 cuillerées à café
par jour.*

Dépôt général pour le Canada: **ROUGIER Frères, 350, rue Le Moyne, MONTRÉAL**

TOUTES LES TOUX
SIROP ET GOUTTES
RAMI
au bromoforme

Dépôt : **ROUGIER FRÈRES. Montréal**

Dépôt général pour le Canada: **ROUGIER Frères, 350, rue Le Moyne, à Montréal.**

Quatrième temps: Accollement entre elles des deux muqueuses pituitaires, tout en ayant soin de les perforer largement vis-à-vis l'emplacement de la paroi antérieure des sinus devenue maintenant un large orifice. Pansement comme dans un cas de sous-muqueuses; mise en place de morceaux d'éponges en caoutchouc qui sont enlevés après vingt-quatre heures.

Suites post-opératoires: Deux jours après l'intervention, absence complète de céphalée et de douleurs oculaires.

Le 13 août 1936.

Acuité visuelle: O. D. V. = 2/3.

O. G. V. = 2/3.

Champ visuel: persistance d'un léger scotome pour le vert.

Le 14 septembre 1936.

Acuité visuelle: O. D. V. = 1.

O. G. V. = 1.

Absence de scotome.

Guérison complète.

La malade s'est rapportée de temps à autre depuis lors. Je l'ai revue pour la dernière fois en juillet dernier. Elle se porte toujours parfaitement bien.

Considérations

Nous sommes en présence d'un cas clinique où la névrite rétro-bulbaire semble manifestement avoir été occasionnée par un trouble du sinus sphénoïdal.

Plusieurs auteurs ont rapporté la possibilité du fait qui est aujourd'hui reconnu et admis par la plupart des oculo-rhinologistes. Déjà Terracol de Strasbourg rapportait en 1922 à la Société d'oto-neuro-oculistique de cette ville, quelques cas de guérison de névrite rétro-bulbaire par simple trépanation du sinus sphénoïdal. Beaucoup d'autres ont publié des observations du même genre.

Il est facile de concevoir en effet la répercussion que peut avoir sur le nerf optique un malaise quelconque, infectieux ou circulatoire existant au niveau du sinus sphénoïdal. Les deux organes ne sont séparés de l'un de l'autre que par une mince lamelle osseuse, la paroi supérieure du sinus sphénoïdal qui présente au niveau de la selle turcique, des orifices osseux par où passent de fines ramifications vasculaires et nerveuses créant ainsi une certaine relation entre la muqueuse du sinus sphénoïdal et la pie-mère qui entoure le nerf optique.

Un rétrécissement des orifices des sinus sphénoïdaux par une compression quelconque ou par une simple congestion produira un

engorgement de la muqueuse avec réaction du côté du trijumeau, s'extériorisant par une névralgie faciale ou par une céphalée plus souvent à forme fronto-occipitale. Ce trouble circulatoire de la muqueuse sphénoïdale pourra facilement se propager à la pie-mère et au nerf optique qui réagira à sa façon. Certains feront intervenir l'action du sympathique pour expliquer des troubles circulatoires du côté du sinus et du nerf optique. La trépanation du sinus sphénoïdal aurait d'après eux, une action directe sur les terminaisons du sympathique. Nous ne chercherons pas à discuter la pathogénie des symptômes, ni le mécanisme de la guérison par l'acte opératoire.

Ce que nous constatons dans le cas actuel, c'est que la trépanation d'un sinus, ne présentant ni suppuration, ni processus inflammatoire infectieux, en produisant son aération et son drainage, a amené la cessation de la céphalée et la guérison de la névrite rétro-bulbaire.

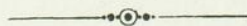
Il ne saurait être question ici d'une simple coïncidence comme plusieurs seraient tentés de le croire. Le fait clinique ne peut être plus probant et parle par lui-même.

C'est la première fois que nous avons l'occasion de traiter un cas de névrite rétro-bulbaire associée à un trouble du sinus sphénoïdal. Par contre nous avons été appelé à maintes reprises à traiter des malades souffrant de céphalée fronto-occipitale à type ethmoïdo-sphénoïdal. Le traitement médical local et général ont eu le plus souvent raison de ces céphalées.

Dans un grand nombre de cas il a fallu recourir à l'opération pour rétablir la perméabilité et détruire certains foyers d'infections des voies respiratoires supérieures.

Parmi les malades présentant de la céphalée fronto-occipitale rebelle, j'en ai rencontré une dizaine dont l'image radiographique des sinus sphénoïdaux était plus que douteuse. Dans chacun des cas, j'ai trépané et ouvert largement le sinus sphénoïdal, chaque fois, j'ai eu à m'en féliciter; l'acte opératoire apporta le soulagement désiré. Dans aucun cas, je n'ai rencontré de lésions visibles macroscopiquement des cavités sinusiennes. Il s'agissait tout simplement de vacuüm-sinus, c'est-à-dire de sinus à aération insuffisante.

Je termine en empruntant à l'édition récente (1937) de M. U. Troncoso les paroles suivantes: « L. White croit que même en l'absence de véritables inflammations, une pauvre ventilation et un mauvais drainage des sinus postérieurs sont des causes prédisposantes importantes de névrite rétro-bulbaire. »



MOUVEMENT MÉDICAL

LE CANCER DE L'ESTOMAC.

Son diagnostic précoce. Que pouvons-nous faire ?

Par Eugène SAINT-JACQUES,
de l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc.

Ici, comme pour le cancer du sein, le plus tôt le diagnostic est posé, plus nombreuses sont les chances de survie pour le malade.

Tout retard dans le diagnostic condamne le malade.

Sur quoi donc alors se baser pour poser un diagnostic précoce ?

Un récent travail de Lahey, de Boston, portant sur 168 cas, joints à ceux que nous avons personnellement observés, va nous aider à préciser certains aspects de la question.

Lehey divise ses 168 cas en 4 catégories :

1° 56 cas d'abord où le diagnostic fut *tôt* posé et qui profitèrent d'une intervention curative ;

2° 30, où une simple opération palliative put les soulager temporairement : une gastro-entérostomie ;

3° Une troisième classe de 32 cas où une laparotomie simple fut seule possible.

Ne disons pas « laparotomie *exploratrice* », car on savait qu'il y avait une lésion, quoiqu'on ne pût en « préciser » à l'avance l'étendue. Nous avons banni de notre vocabulaire hospitalier l'expression « laparotomie exploratrice », car, quand on opère, on doit savoir qu'il existe une lésion, bien que l'on ne puisse toujours en préciser la nature ou l'étendue. Si nous disons à un malade que nous ne savons ce qu'il a, mais que nous allons opérer pour y aller voir, il sera peu enclin à se faire opérer naturellement. L'expression à employer est « laparotomie *de précision* » ; car c'est là le but de l'opération.

4° 50 cas enfin absolument inopérables d'aucune manière.

C'est donc dire qu'un *tiers* à peine étaient opérables : le diagnostic ayant été posé trop tard pour les autres.

Dans un récent travail de la Clinique Mayo, on signalait que durant 1936, 242 malades se sont présentés pour opération de tumeurs variées de l'estomac et que 45% seulement furent trouvés opérables: encore ici le diagnostic avait été trop tardif.

Alors sur quels signes se baser pour dépister tôt un cancer de l'estomac?

Lahey signale: simple malaise au début. Non pas la douleur fixe et post-prandiale tardive de l'ulcère, calmée par la prise d'aliments. Puis vivement la perte de l'appétit, la perte de poids et la perte de forces; trois signes à noter.

Ajoutons que bientôt apparaissent ou sont déjà apparus des gaz d'estomac et des éructations, et, signale en plus Lahey, un peu de distension abdominale, due plutôt à la tendance à la constipation qu'à la diarrhée.

Et nous ajouterions, ce qui est fort important croyons-nous, tous ces troubles apparaissent chez un individu jusque-là en bonne santé apparente généralement et chez un sujet qui a passé la quarantaine. Ceci nous amène à parler de l'âge d'apparition préférée du cancer.

On sait que l'épithélioma, où qu'il se développe, apparaît plutôt dans la seconde moitié de la vie.

Parfois nous l'avons rencontré plus tôt. Ainsi nous rappelons-nous un cancer de l'S sigmoïdienne chez un garçon de 14 ans, aussi d'un épithélioma utérin très virulent chez une jeune fille de 17 ans, des cancers du sein chez de jeunes femmes, dans la trentaine.

Il est un fait de constatation générale, c'est que plus jeune est le sujet affecté de cancer, le plus vite il se développe; ceci dû, d'un côté, à la plus grande virulence de l'agent causal, de l'autre, à un terrain plus propice à son évolution et son extension.

Que dit Lahey au sujet de l'âge?

La majorité des malades en furent atteintes entre 40 et 60 ans, soit 54%; puis entre 60 et 70 ans, soit 35%, tandis que chez 6%, la maladie apparut entre 30 et 40 ans. Donc parmi les premiers points à noter est l'âge: plutôt passé 40 ans. L'ulcère d'estomac lui, apparaît généralement avant 30 ans.

Ainsi donc, les signes signalés plus haut apparaissent-ils chez un individu jusque-là en bonne santé et ayant dépassé 40 ans; on doit penser au cancer de l'estomac.

Nous le craignons davantage, si malgré un régime diététique et des médications variées successives, les symptômes ne s'amendent pas.

Pouvons-nous à cette période faire davantage pour éclairer le diagnostic et donner au malade les chances de survie? Oui.

Hémostyl

Anémies

Du Dr.

ROUSSEL

Hémorragies

SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL

Flacons-ampoules
de 10^{cc} de Sérum pur

A) *Sérothérapie spécifique*
des **ANÉMIES** (Carnot)

B) *Tous autres emplois*
du sérum de Cheval:
HÉMORRAGIES (P.E. Weill)
PANSEMENTS (R. Petit)

Sirop ou Comprimés
de sang hémopoïétique
total

ANÉMIES
CONVALESCENCES
TUBERCULOSE, etc.

Echantillons, Littérature

97, RUE DE VAUGIRARD — Paris.



D'ABORD VOUS *ÉCOUTEZ*—
PUIS VOUS *PARLEZ!*

ANGLAIS
ESPAGNOL
ITALIEN
ALLEMAND

ou toute autre langue

SANS EFFORT
CHEZ VOUS
QUAND VOUS VOULEZ!

PAR LA NOUVELLE ET FACILE MÉTHODE
LINGUAPHONE

AVIS AUX PARENTS — Essayez notre cours FRANCAIS pour habituer vos enfants à bien prononcer et à bien parler leur langue.

OFFRE SPECIALE: — Pour vous faire connaître et apprécier la méthode Linguaphone, nous vous expédierons, sur réception de \$3.50, une série complète de manuels en n'importe quelle langue avec disque correspondant pour les deux premières leçons (valeur régulière \$5.25). Si vous achetez plus tard un cours complet, ce montant de \$3.50 sera déduit du prix régulier.

DEMANDEZ
AUJOURD'HUI
NOTRE BROCHURE
GRATUITE



Librairie BEAUCHEMIN Limitée,
430, rue Saint-Gabriel,
Montréal

Veillez m'envoyer plus amples renseignements sur la méthode Linguaphone.

Nom.....

Adresse.....

Ville..... Prov.....

Quelle langue vous intéresse?

N'oublions pas les *Rayons X* qui peuvent nous faire voir précocement la niche cancéreuse plutôt localisée à la grande courbure, ou au voisinage du pylore qu'à la petite courbure où loge de préférence l'ulcère.

Il y aurait encore la recherche de *l'ana* ou de *l'hypochlorhydrie* si fréquentes, et peut-être la découverte de trace de sang dans les *selles*, qui accompagnent presque constamment le cancer de l'estomac.

Ce dernier signe n'est pas pathognomique, puisque l'ulcère de l'estomac ou du pylore ou du duodénum donnent aussi du sang mêlé aux selles.

Résumons donc: Un individu, de quarante ans ou plus, qui, en bonne santé apparente et sans cause déterminante apparente, commence à manifester des troubles de digestion stomacale: perte de l'appétit, des forces et du poids, distension abdominale avec tendance à la constipation, manifeste des symptômes suffisants à faire suspecter la présence d'un cancer de l'estomac au début. Ne tardez pas et demandez au radiologiste une radiographie de l'estomac; exigez une gastroscopie, faites rechercher des traces occultes de sang dans les selles.

Ne nous attardons pas en une thérapeutique médicale ici tout à fait inutile. Si votre malade survit, il le devra à la précocité de votre diagnostic et à l'habileté du chirurgien, qui seul peut se rendre utile.

N'oublions pas que Lahey n'a rencontré que 1/3 des cas qui fussent opérables. La chirurgie doit ici être agressive, dit Lahey, mais de même aussi fort précoce.

Si la maladie est au début, le chirurgien fera une résection gastrique de préférence à toute autre chose; ou si le cancer est trop étendu une simple *gastro-entérostomie* de soulagement à condition qu'il y ait suffisamment d'étoffe stomacale saine.

Mais, de grâce, n'attendons pas de sentir une masse épigastrique, pour diriger le malade au chirurgien: il sera alors trop tard. Le chirurgien ne pourra guère faire mieux que le médecin: c'est-à-dire rien pour sauver le malade.

Ajoutons qu'il est une forme spéciale de cancer de l'estomac: la *linite plastique* qui se manifeste différemment. Celle-ci est un cancer en *nappe*, *sous-muqueux* qui infiltre non pas en bourgeonnant, mais en infiltrant les parois de l'estomac. Il court et s'étend sous la muqueuse, qu'il n'ulcère que rarement.

A mesure qu'il s'étend, que l'estomac se durcit, le malade ressent une plénitude épigastrique. Il s'aperçoit qu'il est tôt rassasié et qu'il ne peut prendre que peu de nourriture à la fois. S'il mange trop il

vomit, parce que son estomac, rétréci et transformé en un boyau dur et inextensible, ne se laisse pas dilater.

Comme la linite plastique n'ulcère qu'exceptionnellement la muqueuse, l'hématémèse n'apparaît qu'exceptionnellement.

Bientôt la main palpera à l'épigastre, en s'étendant de gauche à droite, un boudin dur et semi mobile qui est l'estomac transformé en un tube rigide.

Par curiosité et pour confirmer le diagnostic, on pourra rechercher au-dessus de la clavicule, *gauche* seulement, les ganglions de Troisier, qui, s'ils existent, sont la signature de la maladie.

Dans la linite plastique, ni médecin ni chirurgien ne peuvent faire quelque chose pour sauver le malade, ce dernier s'achemine graduellement vers la mort, quoiqu'on tente.



DÉCUBITUS VENTRAL DANS LE POST-PARTUM.

Par Paul-A. POLIQUIN, F.A.C.S.,

Assistant-Chirurgien à Saint-Luc, à Saint-François-l'Assise
et à l'Enfant-Jésus de Québec.

Je vous parlerai d'un procédé que j'ai toujours employé dans le post-partum et qui, je crois, m'a rendu service d'une manière appréciable, procédé à la portée de tout praticien puisqu'il ne demande aucune instrumentation spéciale, procédé que vous pourrez toujours ajouter à votre arsenal thérapeutique lors de vos ordonnances puisqu'il est à la portée de toutes les bourses: ce procédé sera la position ventrale dans le post-partum.

Voici une accouchée chez laquelle le travail s'est passé normalement; je prescris, à moins d'impossibilité rare, de placer cette accouchée en position ventrale durant 20 minutes, deux, trois ou quatre fois par jour durant les quatre ou cinq premiers jours, ce qui se fait le plus simplement du monde, en roulant la malade dans son lit comme si elle était une dilatée de l'estomac. Le pensement vulvaire doit être enlevé avant cette manœuvre et une alèze aseptique étendue sous l'accouchée; cette dernière sera placée tête de côté, poitrine portant à faux, le haut abdomen soulevé par un petit oreiller, si la femme est forte en poitrine, et les jambes bien séparées. Il est important que l'accouchée soit confortablement installée.

La collaboration de l'accouchée vous sera ordinairement facilement acquise et vous serez surpris du nombre de personnes qui vous diront qu'une position intermédiaire et légèrement moins ventrale demeure une de leurs positions préférées de repos.

Avec cette méthode vous aurez souvent l'occasion de voir évacuer de gros caillots dans les premiers jours, et quelquefois, la surprise de voir cesser subitement des accidents fébriles qui semblaient d'allure dramatique au début; avec cette méthode vous aurez la certitude d'assurer un excellent drainage intermittent à la fois utérin et vaginal, dans les cas eutociques comme dans les cas de dystocie, et c'est ce drainage utéro-vaginal qui reste la raison princeps de cette méthode.

N'avez-vous jamais remarqué tout ce qu'il y a d'anti-physiologique dans la position dorsale plus ou moins prolongée et particulièrement chez l'accouchée?

Phylogéniquement quadrupède, ontologiquement quadrupède et bipède, car nous avons tous circulé dans notre jeune âge sur nos quatre membres, l'être humain ne peut guère subir cette position dorsale sans que quelques organes ne se révoltent dans leurs fonctions; et pour preuves vous connaissez tous les difficultés de miction de certaines personnes au lit, la paresse intestinale quasi fatale des alités; combien de fois ne vous est-il pas arrivé de faire lever, avec de l'aide, un grand malade pour lui permettre une miction et lui éviter un cathétérisme avec les conséquences qu'il comporte?

Et les troubles circulatoires, nerveux, respiratoires des alités, provoqués par la position dorsale, sont tous aussi nombreux: vous craignez de la stase ou de l'encombrement bronchique, vous faites asseoir votre malade; vous opérez un prostatique ou un vieillard, tous s'accordent à demander un lever rapide; d'ailleurs ne voyez-vous pas presque toujours l'insomnie dont se plaignent certains grands malades disparaître dès le premier jour de leur lever?

C'est d'ailleurs sur ces faits bien établis et sur un grand nombre d'autres infiniment plus intéressants qu'est basée notre méthode de lever précoce, dont je me flatte d'être l'initiateur ici, à Québec, en chirurgie, lever précoce qui simplifie considérablement les suites post-opératoires à tous points de vue, les fonctions rétablies ne demandant plus ces mille et une médications ennuyeuses pour le malade et souvent retardantes (2) pour la guérison.

Il n'y a pas peut être de cas plus probant, pour un novice voulant s'initier à ces notions, que celui de la dilatation aiguë d'estomac. Ce syndrome, sinon créé par la seule position dorsale, sera guéri par la position gènupectorale ou un de ses diminutifs la position ventrale, le pédicule mésentérique cessant de comprimer le duodénum et par le fait même permettant à la fois la décongestion de l'estomac et du duodénum de même que l'évacuation gastrique. Je comprends qu'il peut y avoir d'autres procédés accessoires de thérapeutique dans la dilatation aiguë, mais je maintiens que le vrai et seul traitement réside dans la position ventrale: il faut avoir vu de ces dilatés moribonds revenir à la vie après des atermoiements et des thérapeutiques insuffisantes, pour comprendre toute la portée de ce que j'affirme. D'ailleurs cette position ventrale est toujours possible et ne doit jamais être omise.

Voyons maintenant les conséquences de cette position dorsale sur l'utérus de la femme qui vient d'accoucher: dans les premiers temps après l'accouchement l'utérus gros, et dont le fond est élevé, aura une

CONVALESCENCE



Après une maladie ou une opération chirurgicale survient une période critique où la vitalité du patient revient lentement. Si le système digestif n'est pas affecté, ce sera chose simple de refaire la force et la vigueur. Malheureusement, l'appétit du patient pour les aliments fortifiants est sujet à accuser des faiblesses et des fléchissements. L'Ovaltine a, depuis de nombreuses années, révélé sa valeur en pareils cas et elle est en grand usage dans les hôpitaux et les maisons de santé, avec l'approbation des médecins de par le monde entier.

OVALTINE

Aliment - Tonique - Liquide

La NÉO-GASTRICINE

extrait total de muqueuses fraîches d'estomacs de porcs et de veaux de lait, renferme tous les ferments gastriques naturels suractivés par un catalyseur métallique (Manganèse) et additionnés de toniques amers: la Gentiane et le Condurango.

INSUFFISANCE GASTRIQUE
DIGESTIONS LENTES ou PÉNIBLES
ANOREXIE — GASTRITE — ULCÈRES
HYPOPEPSIE HYPERCHLORHYDRIQUE

Son administration permet de rétablir le fonctionnement physiologique de l'estomac.

Dr E. DUHOURCAU, de Cauterets (Hautes-Pyrénées), France.

Concessionnaires: ROUGIER FRÈRES, Montréal.

Nouvelle Médication du Salicylate de Soude.

SODIOSAL

Granulé effervescent à base de Salicylate de Sodium naissant
et d'Iode organique.

—♦—
LABORATOIRE NADEAU LIMITÉE

100 ouest, rue SAINT-PAUL

MONTREAL

NUCLÉARSITOL ROBIN

GRANULÉ - COMPRIMÉS - INJECTABLE

TUBERCULOSE - FIÈVRES PALUDÉENNES

LYMPHATISME - SCROFULE

R.C. 221839

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS,

J. Eddé, Limitée, New Birks Bldg., Montréal, Agent général pour le Canada.

tendance à se couder sur le promontoire d'où rétention facile de caillots dans le fond utérin en contre-bas. Ce phénomène se rencontre particulièrement et prédomine peut-être dans les cas de dystocie, et les césariennes pratiquées permettent de le suspecter. Les jours suivants, si l'involution utérine est normale, l'utérus réintègre la cavité pelvienne mais alors la rétroposition facilitée par la pesanteur de l'organe et par la laxité des moyens de soutien peut même s'exagérer et devenir une cause de rétention de lochies ou d'évacuation ralentie de lochies, vraie amorce de pyométrie dans les cas qui deviendront pathologiques.

Cette rétroposition d'ailleurs ne sera que bien souvent le premier temps d'une rétroversion vraie qui n'aurait pas d'autres causes, d'après plusieurs auteurs, dont entre autres B. P. Watson (?).

Vous pourrez toujours soupçonner ces rétrodéviations par la persistance prolongée des écoulements sanguins.

Malgré le travail de G. C. Schauffer (11), dont le texte et les conclusions semblent aux antipodes de ce que je vous dis, la plupart des obstétriciens semblent admettre à divers degrés cette possibilité, et pour preuve leur conseil d'examiner la parturiente deux mois après son accouchement pour constater l'état des voies génitales et la rétroversion possible.

Dans la pathogénie de ces rétrodéviations, on incrimine ordinairement la mauvaise involution utérine, il y a certainement des cas où l'inverse existe et où la rétroversion d'un degré plus ou moins prononcé empêche l'involution utérine, ce sont ordinairement ceux où vous trouverez la persistance de l'écoulement sanguin auquel je faisais allusion.

Considérez maintenant le vagin dans cette position dorsale maintenue: les sécrétions vaginales plus ou moins abondantes stagneront dans le cul-de-sac postérieur parce qu'il est normalement plus en contre-bas que l'orifice vulvaire; puis avez-vous songé au périnée que tout accoucheur consciencieux doit savoir respecter et qui fait barrage complet s'il est intact et s'oppose à l'écoulement des lochies? Remarquez bien que cette conception toute mécanique des rétentions vaginales n'est pas ridicule et que de nombreux auteurs l'admettent. Le vagin ne s'évacue à des degrés divers que dans les positions latérales, ventrale ou assise. N'est-ce pas un fait bien établi que beaucoup de femmes qui ont le début de leurs règles la nuit ne s'en aperçoivent que le matin au lever lorsqu'abandonnant la position dorsale, elles s'asseoient.

Si à cette position dorsale on ajoute un lit qui cale ou encore un pansement vulvaire d'un matériel peu ou pas absorbant ne tenant lieu que de vulgaire bouchon, tel qu'on l'a baptisé en certain milieu, et le coton absorbant que l'on ne doit jamais tolérer sous aucun prétexte est le meilleur bouchon que je connaisse à ce point de vue, vous comprendrez qu'on réussit à avoir les meilleures conditions de rétention vaginale qui puissent se rencontrer: rétention de lochies qui sera un excellent milieu de germination, tout s'y trouve, milieu de culture et germes car les manœuvres de l'accouchement apportent souvent des germes quand le vagin n'en a pas lui-même d'avance. Dans mon opinion un grand nombre d'infections puerpérales n'ont pas d'autres causes que cette culture vaginale; songez donc à l'étuve toute prête.

Les dangers seront accrus si l'accouchement a nécessité une abondance de manœuvres d'où contamination certaine, si des déchirures se sont produites ou si vous avez été forcé de faire une épisiotomie.

Je fais continuellement allusion au drainage utéro-vaginal, mais quelle est donc l'importance de ce drainage?

Disons d'abord que le drainage en chirurgie reste un principe bien établi pour les suppurations, les simples hématomes eux-mêmes s'infectent avec une grande simplicité, les sécrétions dont l'excrétion est gênée entraîne à plus ou moins longue échéance une inflammation de l'organe correspondant. Ces principes vrais pour la chirurgie seraient-ils faux en obstétrique?

Dans le post-partum je crois l'utilité de ce drainage des plus nécessaires, aussi tout ce qui concourra au drainage utéro-vaginal le plus absolu, sera de nature à rendre service et à maintenir eutocique un accouchement qui l'a été jusqu'à votre délivrance, en prévenant un grand nombre d'infections légères qui incidemment sont susceptibles de devenir désastreuses, et c'est pourquoi je vous demande d'ajouter le décubitus ventral à vos autres moyens de drainage.

D'ailleurs de nombreux auteurs se sont plu à étudier ces soins du post-partum et beaucoup n'ont pas craint non seulement de codifier ces menus détails, mais même d'insister sur les notions qui peuvent paraître sans importance. Tous se sont intéressés à cette question du drainage utéro-vaginal, et si vous le voulez bien, nous verrons quels sont les moyens pris pour le réaliser; remarquez bien que je ne fais pas allusion au drainage d'un état pyométrique confirmé mais bien au drainage naturel qui peut le prévenir souvent:

R. McPherson (1), Polak (4), H. E. Miller (2), Aschoff, G. W. mak (5), C. J. Miller (6), B. P. Watson (7), A. E. Kanter et A. H.

Une formule nouvelle

PHOSPHO-STRYCHNAL

groupe en un seul produit

La médication strychnique
La médication phosphorée
La médication polyphosphatée

Gouttes 20 à 40 par jour.

Asthénie - Anorexie - Convalescence

Laboratoires Longuet
Paris

J. Eddé Limitée, Agent Général
Montréal

Une Médication fidèle

OCREINE GREMY

Principe actif du Corps jaune de l'ovaire

Traitement des troubles menstruels par insuffisance ovarienne

2 à 5 Pilules

pendant les huit jours qui précèdent les règles
et pendant leur durée

Laboratoires Gremy
Paris

J. Eddé Limitée, Agent Général
Montréal

PEPTONATE DE FER ROBIN

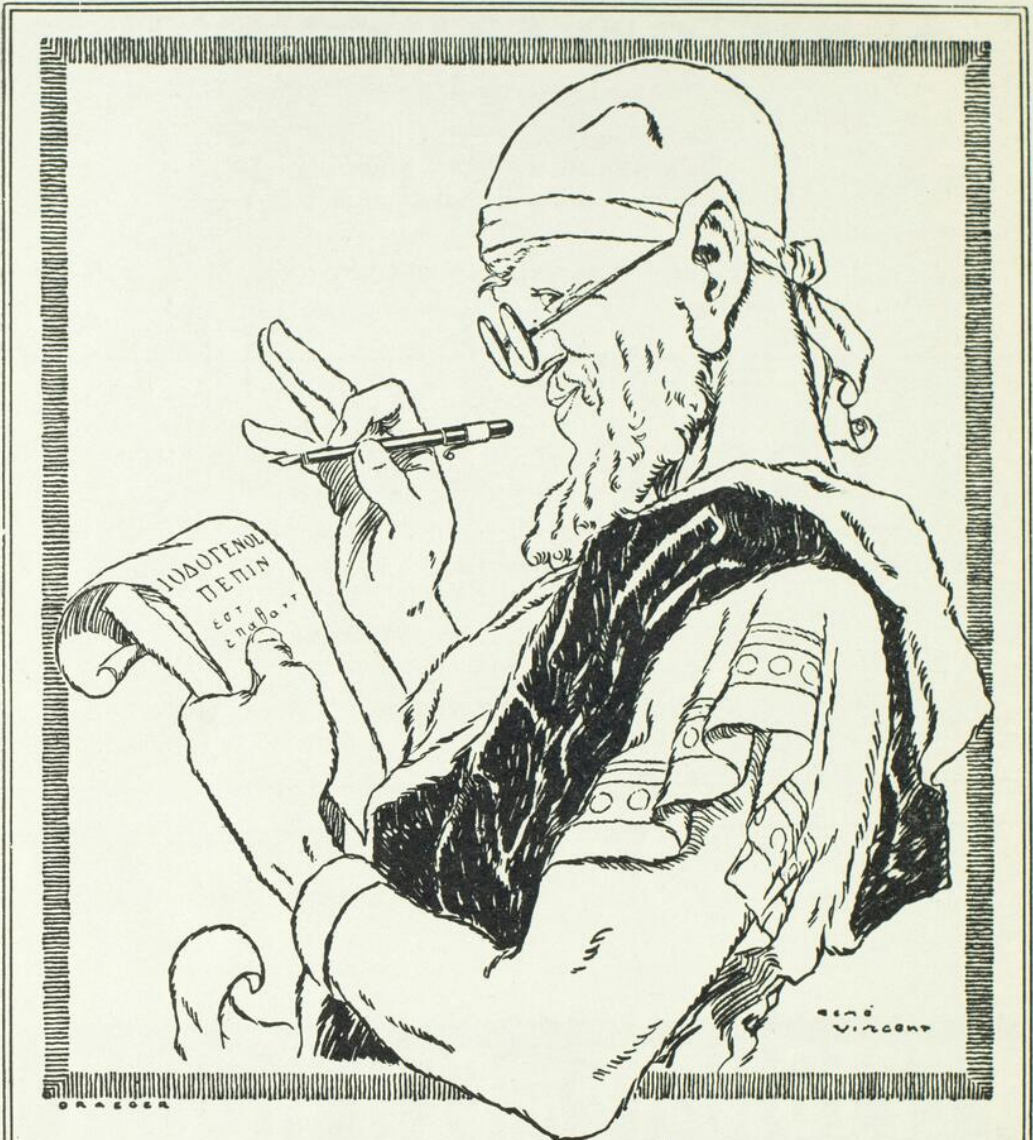
GOUTTES VIN ELIXIR

ANÉMIE - CHLOROSE DÉBILITÉ

R.C. 221839

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

J. Eddé, Limitée, New Birks Bldg., Montréal, Agent général pour le Canada.



PEPTONE IODÉE SPÉCIALE

LA PLUS RICHE EN IODE ORGANIQUE, ASSIMILABLE, UTILISABLE

Iodogénol Pépin

GOÛT
AGRÉABLE

TOUTES LES INDICATIONS DE L'IODE
ET DES IODURES MÉTALLIQUES

TOLÉRANCE
PARFAITE

Bien supérieur aux Sirops et Vins Iodés ou Iodotanniques.

PRESCRIRE

AUX ENFANTS : 10 à 30 gouttes par jour. — AUX ADULTES : 40 à 60 gouttes par jour.

Échantillons sur demande
à MM. les Docteurs.

Laboratoires PÉPIN & LÉBOUCQ,
COURBEVOIE — PARIS

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

Klawans (8), C. E. Galloway (9), H. B. Atlee (12), pour citer quelques noms établissent comme règle générale l'utilité des mouvements dans le lit de l'accouchée, tous accordent une valeur de drainage à ces simples mouvements par les contractions musculaires qu'ils nécessitent et tous, ce qui est aussi important, reconnaissent une valeur préventive aux états phlébitiques dans cette activité de l'accouchée. Cette pratique des mouvements au lit est une pratique constante dans nos services hospitaliers, le Dr Albert Paquet en est un partisan convaincu et dans les soins post-opératoires que j'ai eu occasion de donner aux opérés c'est une pratique que je n'oublie jamais, très souvent dans sa forme la plus atténuée ces mouvements consisteront dans des mouvements des membres inférieurs que l'opéré ou l'accouchée dans le cas présent fera toutes les deux heures durant un 5 minutes.

Polak (4), De Lee, Galloway C. E. (9) conseillent une position de Fowler comme moyen de drainage.

Polak (4), R. McPherson (1), A. E. Kanter et A. H. Klawans (8), G. D. Royston (10), et surtout H. B. Atlee (12) demeurent des partisans convaincus de cette méthode de décubitus ventral dans le post-partum comme moyen efficace de drainage et la préconisent ouvertement.

Toujours préoccupés par ce drainage, plusieurs auteurs font asseoir leur malade de bonne heure; personnellement je fais asseoir l'accouchée dès le troisième jour pour ses repas et le quatrième à l'occasion des traitements reçus et donnés, durant dix à 15 minutes chaque fois.

Il y a même jusqu'au lever précoce, contre lequel s'élèvent de nombreux auteurs, entre autres H. E. Miller, qu'on a voulu conseiller comme moyen de drainage et qui a rencontré de nombreux défenseurs dans H. J. Epstein (3), A. J. Fleischer (3) et surtout H. B. Atlee qui a préconisé le lever dès la quatrième journée. Préoccupés aussi et semblant bien convaincus de l'influence désastreuse de cette position dorsale sur les rétrodéviations on voit de nombreux auteurs, et entre autres Polak (4), G. W. Kosmak (5) A. E. Kanter et A. H. Klawans préconiser la position genu-pectorale une fois les premiers jours passés, et vous pourrez trouver chaque année des travaux de gynécologistes et d'obstétriciens prescrivant à l'accouchée levée toute une cynétique qu'on a qualifiée de « knee chest posture », de « monkey trot », de « mule kick », de « camel walk », etc.

Toujours préoccupés de l'influence désastreuse des pansements vulvaires sur le drainage, que De Lee déplore, on voit H. E. Mil-

ler (2) préconiser les pansements lâches ou même mis sur le lit pour recueillir les sécrétions sans les gêner, et Polak (4) conseiller de n'en pas mettre du tout.

Cette méthode du décubitus ventral sera applicable dans 90% à 100 des cas, les contre-indications en sont pratiquement nulles, d'ailleurs songez donc au fait qu'une laparotomie ne vous arrête pas de placer dans ce décubitus une malade atteinte de dilatation aiguë d'estomac, une malade qui a eu des vomissements incessants avec un abdomen distendu et douloureux à l'extrême.

Je vous disais tantôt, qu'avec cette méthode vous auriez souvent l'occasion de voir évacuer de gros caillots dans les premiers jours et quelquefois la surprise de voir cesser subitement des accidents fébriles qui semblaient d'allure tragique au début, et bien je me permets d'insister sur cette cessation fréquente d'accidents, évidemment encore au stade local :

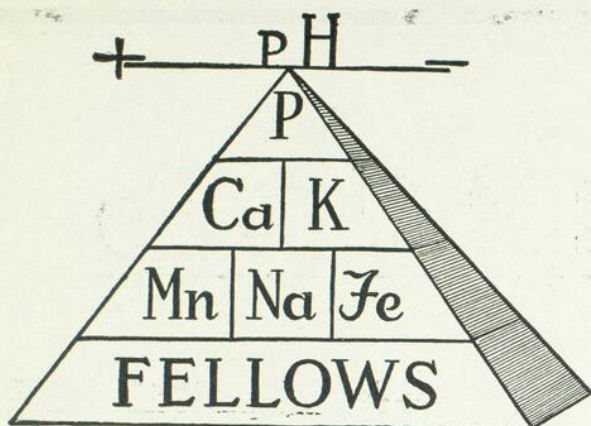
Ces jours derniers j'accouchais une primipare à domicile âgée de 35 ans, accouchement laborieux ayant nécessité une application de forceps en directe sur un sommet complètement descendu lors du dégagement, il me fallut faire une large épisiotomie de débridement. Douze heures après cet accouchement l'accouchée, très bien jusqu'alors présentait une température de 100° F., le lendemain une température de 102° F. avec un pouls qui commençait à s'agiter, le surlendemain une température de 103° F. et un pouls à 120. La quatrième journée température normale et pouls normal. Depuis ce temps cette malade n'a pas fait un seul dixième degré de température. La seule médication ajoutée à ces méthodes de drainage fut l'application d'un sac de glace sur le bas abdomen.

Je pourrais vous citer plusieurs cas comme celui-là.

Mais la méthode conserve toute sa valeur au début et j'insiste sur la précocité de son application.

Quant à son rôle sur la prévention des rétrodéviations par mauvaise involution il m'est difficile de me prononcer, mais on peut soutenir que tout ce qui préviendra les infections légères, cause de mauvaise involution préviendra par le fait même ces déviations secondaires.

Comme conclusions, je crois, qu'aux mouvements méthodiques au lit de l'accouchée, faits dans le but de drainage par le massage utérin que causent les contractures de la sangle abdominale, et dans le but d'activation de la circulation dans la prévention des phlébites et de leurs accidents immédiats, je crois, dis-je, qu'aux pansements vulvaires absorbants, l'on doit ajouter cette méthode de décubitus ventral.



EQUILIBREZ LE pH

et tonifiez
l'organisme tout
entier avec le

• • SIROP FELLOWS AUX HYPOPHOSPHITES • •

qui, grâce à sa formule scientifiquement étudiée,
corrige les insuffisances de sels minéraux
et constitue un tonique sans égal.

Echantillons sur demande
FELLOWS MEDICAL MFG. CO., LTD.
286 Rue St. Paul, Ouest,
Montreal

Tout Déprimé
» **Surmené**

Tout Cérébral
» **Intellectuel**

Tout Convalescent
» **Neurasthénique**



est justiciable
de la :

NEVROSTHENINE FREYSSINGE

**6, Rue Abel
PARIS (12^e)**

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. - *Ni sucre, ni alcool.*

CHLORAMINE FREYSSINGE

Pil. giut. titrées à 0.06 - 1 à 3 à chaq. repas - 6, R. Abel, Paris
DÉSINFECTION INTESTINALE PORTEURS DE GERMES

CAPSULES DARTOIS

0,05 Créosote titrée en Gaiacol. 1 à 3 à chaque repas.
» CATARRHES et BRONCHITES CHRONIQUES, 6, R. Abel, Paris

Dépôt général pour le Canada: ROUGIER Frères, 350, rue Le Moyne, à Montréal.

SULFOCIDÉ

« PARA-AMINO-BENZENE-SULFAMIDE »

à l'usage exclusif du médecin.

INFECTIONS STREPTOCOCCIQUES & GONOCOCCIQUES

Infections puerpérales

Scarlatine

Septicémie

Erysipèle

Arthrites suppurées

Amygdalite aiguë

Impetigo chronique

Méningite

Otite moyenne

Gonorrhée

Littérature et échantillons sur demande.

CASGRAIN & CHARBONNEAU LIMITEE
MONTREAL

BIBLIOGRAPHIE

- 1.— R. McPHERSON, *New York Med. Jour.*, 5 juin 1920.
- 2.— H. E. MILLER, *New Orleans Med. and Surg. Jour.*, juin 1935.
- 3.— H. J. EPSTEIN et A. J. FLEISCHER, *Am. Jour. Obst and Gynec.*, septembre 1927.
- 4.— J. O. POLAK, *Am. J. Obst and Gynec.*, avril 1927.
- 5.— G. W. KOSMAK, *Boston M. and S. J.*, 25 novembre 1926.
- 6.— C. J. MILLER, *Am. J. Obst. and Gynec.*, décembre 1926.
- 7.— B. P. WATSON, *Canad. M. A. J.*, juillet 1927.
- 8.— A. E. KANTER et A. H. KLAWANS, *Illinois M. J.*, octobre 1930.
- 9.— C. E. GALLOWAY, *Am. J. Obst. and Gynec.*, 21: 558, avril 1931.
- 10.— G. D. ROYSTON, *J. A. M. A.*, 27 mai 1932.
- 11.— G. C. CSHAUFFLER, *J. A. M. A.*, 27 août 1932.
- 12.— H. B. ATLEE, *Canada M. A. J.*, 33: 144, août 1935.



MÉDECINE PRATIQUE

LE SALICYLATE DE SOUDE CHEZ LES ENFANTS

On sait que *la maladie rhumatismale constitue la grande indication du salicylate de soude chez les enfants*. Rare avant 5 ans, elle s'observe surtout de 10 à 15 ans, particulièrement chez les filles. Elle est *souvent fruste* dans ses manifestations articulaires et ne donne dans la plupart des cas que des températures peu élevées. Ses *complications cardiaques*, bien connues, peuvent être évitées, dans une certaine mesure, par *l'emploi précoce du salicylate de soude, à doses suffisantes, et d'une façon prolongée*, car la maladie est essentiellement récidivante et procède par poussées successives.

Le salicylate de soude est *indiqué* chez les enfants, non seulement dans le rhumatisme, mais *également* dans *l'encéphalite épidémique et les angines aiguës*.

Si dans certaines circonstances le médicament peut être administré par voie intraveineuse ou rectale, ou encore en gargarisme, *c'est par la bouche qu'on le donne habituellement aux enfants*.

LE SALICYLATE DE SOUDE

1^o Voie buccale. — *La potion est la forme pharmaceutique de choix*. Il est inutile de prescrire des doses excessives. Je me suis toujours bien trouvé de donner 0 gr, 50 par année d'âge et par 24 hrs, sans dépasser 8 grammes; on administre le médicament par doses fractionnées, de façon continue, jour et nuit, car, comme on l'a dit, si le malade dort, le rhumatisme veille.

Prenons comme *exemple*, le cas d'une fille de 10 ans, présentant une poussée aiguë de rhumatisme.

Salicylate de soude	}	à 10 grammes.
Bicarbonate de soude			
Sirop de fleurs d'oranger		200 c. c.
Eau distillée, q. s. p.		300 c. c.

1 c. à soupe = 0 gr. 50.

Donner une cuillerée à soupe toutes les 2 heures le jour, toutes les 4 heures la nuit, soit 10 fois par 24 heures.

Afin de faciliter la tolérance du médicament, on fera prendre à l'enfant, après chaque dose, une tasse de liquide (de préférence du lait coupé d'eau de Vichy) et, dans l'intervalle, un paquet de 0 gr, 50 de bicarbonate de soude dilué dans un peu d'eau.

On maintient le malade à cette dose, jusqu'à disparition de la température et des douleurs articulaires depuis trois jours. A ce moment, on diminue le médicament de 0 gr, 50 par jour, jusqu'à la moitié de la dose initiale, et l'on reste à cette dose (2 grammes 50) pendant une semaine.

2^o **Voie rectale.** — *En cas d'intolérance gastrique*, remplacer deux à trois fois par jour une dose de salicylate par la bouche par un lavement préparé avec:

Salicylate de soude	1 gramme.
Eau distillée	60 c. c.
Laudanum	1 goutte.

Pour un lavement à garder.

3^o **Voie intraveineuse.** — *Dans les formes graves, malignes*, la voie buccale est souvent insuffisante; il faut, en plus, avoir recours aux injections intraveineuses pendant quelques jours (1)

On introduit dans l'une des veines du pli du coude, matin et soir, une ampoule de 10 c. c. ainsi préparée:

Salicylate de soude	}	ââ 1 gramme.
Glucose			
Eau distillée			10 c. c.

Pour une ampoule No 6.

4^o **En gargarisme.** — *Dans les angines aiguës*, particulièrement dans celles qui sont symptomatiques de la maladie rhumatismale, on peut employer le salicylate de soude en gargarisme.

Salicylate de soude	10 grammes.
Eau distillée	150 c. c.

Une c. à soupe dans un verre d'eau tiède, plusieurs fois par jour, en gargarisme.

LES SUCCEDANES DU SALICYLATE

Lorsqu'il est impossible de faire prendre le salicylate par suite d'une intolérance absolue, on emploie *l'aspirine* (0 gr, 10 par année d'âge et par 24 heures), associée à un peu de caféine.

Caféine	0 gr, 02
Aspirine	0 gr, 20

Pour un paquet n^o 10. — Un paquet 4 à 5 fois par jour.

Bien que le *pyramidon* ne soit pas en réalité un succédané du salicylate, il peut le remplacer avec avantage, pendant quelques jours, dans certaines formes tenaces où il est indiqué d'employer la méthode *des cures discontinues*. On donne le pyramidon en potion à la dose de 0 gr, 05 par année d'âge et par 24 heures.

Pyramidon	2 grammes, 50.
Sirop de limon	50 c. c.
Eau distillée, q. s. p.	150 c. c.

1 c. à thé toutes les 3 ou 4 heures.

PAUL LETONDAL,
Professeur agrégé à l'Université de Montréal,
Chef-de service à la Crèche de la Miséricorde.

(1) La voie intraveineuse est également indiquée dans l'*encéphalite épidémique*; on fait chaque jour, si possible, une injection de 0 gr, 50 à 1 gramme pendant dix jours consécutifs.

REVUE DES LIVRES

Tendances de la médecine contemporaine. La médecine à la croisée des chemins. Par P. DELORE, Médecin des Hôpitaux de Lyon. Un volume de 218 pages, chez Masson et Cie, 1936.

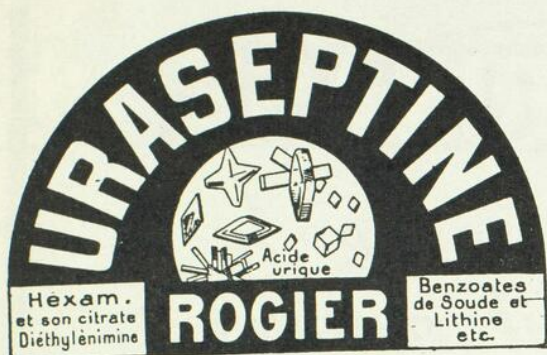
« Une époque finit, qui a nié les valeurs véritablement humaines, qui a donné la primauté aux valeurs matérielles, qui n'a vu les choses de la vie que du dehors; époque qui aboutit à un des plus grands drames de l'histoire, parce que les acquisitions de la science pure n'ont pas été accompagnées ou plutôt précédées d'un progrès correspondant dans le monde de l'esprit. »

Le monde scientifique en général a compris cette vérité. La physique, qui tend à devenir de plus en plus la science-mère, tourne nettement vers la métaphysique. Avec la naissance de la radio-activité, on a assisté à une dématérialisation de la matière. Avec celle de la relativité, on a vu la matière réduite à une forme de l'énergie. A l'origine de l'énergie, on a admis tour à tour, suivant les besoins de la cause, un train d'ondes ou un quantum, qu'on a opposés durant un certain temps mais qu'on tend maintenant à associer sous l'impulsion de Broglie. Même la science particulièrement positive, la plus simple, la plus ancienne, la plus parfaite de toutes les sciences: les mathématiques, se tournent vers la métaphysique pour lui demander les fondements de ses raisonnements. Le point de départ des faits dits « mathématiques » serait l'intuition. (Duhem.)

Une orientation nouvelle de la médecine s'impose donc et il faut envisager cette orientation dans le cadre et en fonction du mouvement intellectuel, scientifique et social contemporain. La médecine, dit Cushing, est à la croisée des chemins.

Depuis un siècle, par manque d'esprit philosophique et de culture générale, la médecine se repaît de données morphologiques et d'analyses. On a compartimenté l'étude de l'homme et de la vie, le plus souvent artificiellement et aux dépens de la vérité biologique. Seules quelques individualités se sont élevées jusqu'à la conception synthétique de leur œuvre, Laennec, Villemin, Pasteur, Cl. Bernard, Widal...

La méthode analytique ne révèle qu'un côté du problème parce qu'elle tue la vie. Partant de ce principe que la matière seule existe, la biologie ne peut connaître que les côtés extrinsèques des phénomènes, ceux-là seuls que lui révèlent ses moyens d'analyse... Nous n'atteignons de la réalité qu'une représentation extérieure, superficielle, que l'ombre des choses, selon l'allégorie de la caverne de Platon. Le sens profond, le qualitatif, l'impondérable, le dynamique nous échappent. De même, les sciences morphologiques comme l'anatomie pathologique et la bactériologie, qui ont voulu tout expliquer, sont aujourd'hui insuffisantes. Le stade anatomique est dépassé: il faut se tourner vers la physiologie pathologique.

ANTISEPTIQUE URINAIRE ET BILIAIRE par excellence

Se meher des similitudes de noms

Stimulant de l'activité hépatique et de l'activité rénale

INDICATIONS: Pyélites — Pyélo-néphrites — Bactériuries — Cystites — Prostatites — Urétrites — Pyuries — Blennorrhagies — Abscès urinaire — Phosphaturie — Catarrhe de la Vessie — Goutte — Gravelle — Coliques hépatiques et néphrétiques — Rhumatismes — Calculs — Sables, etc., etc.

Echantillon et Littérature: **HENRY ROGIER, Pharmacien, Ancien interne des Hôpitaux de Paris.**
56, Boulevard PEREIRE, PARIS

**Diathèse Urique
Arthritisme**

dissout et chasse
l'acide urique

GRANULE entièrement
soluble dans l'eau
0.60 centigr.
de matière active par
cuillerée à café

**DOSE: 2 à 6 cuillerées
à café par jour.**

Dépôt général pour le Canada: ROUGIER Frères, 350, rue Le Moyne, à Montréal.

ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

LAROSTIDINE "ROCHE"

PROPRIÉTÉS: Thérapeutique biochimique des ulcères gastriques et duodénaux par l'apport direct à l'organisme d'un acide aminé indispensable à la régénération histologique.

AVANTAGES: Dès les premières injections, les douleurs de la crise ulcéreuse s'atténuent notablement. Le rétablissement fonctionnel de l'estomac permet une alimentation plus large qui amène en même temps qu'une reprise remarquable de l'état général, une augmentation sensible de poids.

POSOLOGIE: Pendant 24 jours environ, injection quotidienne intramusculaire (absolument indolore).

PRÉSENTATION: Ampoules de 5 cc. à 4% de chlorhydrate d'histidine en solution isotonique, neutre et stérilisée. Boîte de 6 ampoules.

HOFFMANN-LA ROCHE LIMITÉE, MONTRÉAL

NEURINASE

*amorce le
sommeil naturel*

Z

Insomnie
Troubles nerveux

Ech^{ons} & Littérature
LABORATOIRES GÉNÉVRIER
2 Rue du Débarcadère PARIS

J. Eddé, Limitée, New Birks Bldg., Montréal, Agent général pour le Canada.

A VOTRE DISPOSITION

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

BANQUE CANADIENNE NATIONALE

Toutes opérations de banque et de placement

553 bureaux au Canada

Filiale à Paris

Banque Canadienne Nationale (France)

37, rue de Caumartin

L'abus de l'analyse et le manque de sens critique ont produit une spécialisation excessive et prématurée: (« bien des spécialistes des grands centres ont une culture clinique inférieure à celle des modestes praticiens ruraux ») un encombrement de la littérature médicale qui donne le vertige, une inflation d'explications verbales ou simplistes qui ne veulent rien dire, et une tendance malheureuse à accorder aux techniques de laboratoire une prépondérance sur la clinique.

Heureusement un immense air de renouveau souffle sur la médecine. On s'occupe de grouper les faits accumulés par la période analytique, de poser les problèmes médicaux sous leurs diverses faces, de percevoir les relations possibles de certains problèmes entre eux et de la médecine avec les sciences voisines et enfin de travailler à la recherche d'un principe d'unité dans l'organisme. On étudie d'une façon sérieuse l'influence des facteurs météorologiques, climatologiques, cosmiques et sociologiques sur la maladie. On s'évertue de plus en plus à saisir le caractère qualitatif d'un phénomène physiologique. Aussi par exemple dans deux actions physiologiques où l'énergie exprimée en calories ou en kilogrammes-mètres est la même, il est permis d'admettre une différence qualitative de l'énergie dépensée et on pense aujourd'hui à donner une importance théorique et pratique à ce facteur qualitatif. De même en matière de régime, à côté de l'azote total et du nombre de calories produites, on a introduit la notion qualitative d'amino-acides spécifiques nécessaires. Or, pour mener à bien ces entreprises, on va devoir redonner à la clinique la place qui lui revient et individualiser davantage chaque cas pathologique. La médecine, en restant une science, redevient, avant tout, un art. «L'art c'est moi, la science c'est nous.» (Cl. Bernard.)

En matières de maladies infectieuses, les travaux de Landouzy, de Sergeant, Gougerot, de Tzanck, de Laignel-Lavastine, de Jacquelin, de Loeper paraissent confirmer cet axiome de Claude Bernard: « Le microbe n'est rien, c'est le terrain qui est tout. »

Cette étude du terrain, il faut cesser de l'envisager sous des aspects trop particuliers et d'assimiler la maladie à l'atteinte lésionnelle d'un organe, sous peine de s'exposer à prendre pour des facteurs d'une affection des conditions organiques qui ne sont, que les conséquences de celle-ci. On s'aperçoit qu'en matière de pathologie, la fonction déborde l'organe. On éprouve la nécessité de revenir à l'étude des tempéraments, des constitutions et des types humains. Nous assistons à la naissance d'une sémiologie nouvelle dont le but est de rapprocher et de grouper tous les éléments individuels pour arriver à mieux connaître la personne malade.

La conception pastorienne, qui reconnaît les quatre grands principes suivants, est une conception strictement matérialiste de la maladie. 1^o La maladie est subie par l'organisme. 2^o Les agents pathogènes agissent en intoxiquant l'organisme. 3^o L'infection est nécessairement spécifique. 4^o La guérison, consécutive à l'extinction des germes pathogènes, est assimilée à une désintoxication. Aujourd'hui, on commence à croire que: 1^o C'est le terrain qui, pour un même facteur, peut donner selon les individus des lésions différentes et une même lésion pour des causes distinctes. 2^o C'est le terrain et non l'agent pathogène qui donne lieu à la manifestation morbide ou réaction. 3^o C'est le terrain et non l'agent pathogène qui réalise l'état réfractaire. 4^o C'est par l'intermédiaire du terrain qu'agit la chimiothérapie.

Parmi les facteurs qui modifient le terrain, il y en a deux qui tiennent une place immense: ce sont le facteur nerveux et les rythmes organiques. L'histologie récente nous montre que le système nerveux est partout. Son action se fait sentir jusque sur les glandes, les métabolismes, les équilibres physicochimiques et les rythmes organiques. Par là, la neurologie pénètre la psychiatrie et on est amené à étudier l'influence sur le terrain de l'état mental agissant d'une façon continue c'est-à-dire de notre ambiance psychique, de notre vie intérieure. « Une conception dynamique remplace l'ancienne image statique du fonctionnement du système nerveux. » (Lhermitte.)

Pour ce qui est des rythmes organiques, la notion d'équilibre et de vibration s'impose ici comme ailleurs. La mécanique ondulatoire régit le monde. Circulation, respiration, état de veille et de sommeil, température, activité sexuelle, activité neuro-musculaire, nerveuse, sympathique, endocrine, mentale, tout obéit à un rythme. La maladie est affaire de rupture des équilibres et des rythmes organiques. La colloïdoclasie de Widal, la floculation de Lumière, la thérapeutique par les chocs expriment sous des termes différents, le même fait très général qu'à la base de la maladie, il y a une altération dans la dynamique de certains équilibres..

La notion de l'importance du terrain montre un aspect nouveau de l'étude de la pathogénie. Cet aspect peut s'illustrer par les faits suivants: 1^o Cancer: rôle primordial du facteur terrain; manque de spécificité du facteur déclanchant (ou occasionnel) qui peut être très divers. 2^o Tuberculose: bacille et terrain interviennent tous deux. 3^o Maladies microbiennes: le terrain intervient moins; l'agent externe paraît avoir le rôle prépondérant.

« La cancérisation est le fait d'un terrain prédisposé, de caractère spécifique, ou dysrythmie cellulaire latente, qu'un facteur occasionnel dit cancérigène et non spécifique, vient déclancher. Elle est la résultante de ces deux facteurs; mais le terrain prime, notion majeure pour la prophylaxie »...

Les facteurs non spécifiques sont certainement très nombreux. D'où erreur des auteurs qui ont voulu trouver dans l'un d'eux l'étiologie du cancer, d'où aussi la multiplicité des étiologies proposées.

Parmi les facteurs cancérigènes qui influent sur la prédisposition du terrain, on peut citer: 1^o Le déséquilibre dans les oxydo-réductions et notamment les troubles de la glycolyse cellulaire. 2^o Le déséquilibre acide base: l'alcalose est prédisposante et le métabolisme des cancéreux est orienté vers l'alcalose. 3^o Le déséquilibre des ions minéraux avec prédominance du potassium au détriment du calcium et du magnésium. 4^o L'augmentation de la perméabilité cellulaire. 5^o Le déséquilibre neuro-végétatif. « L'hypertonie vagale est un élément d'excitation, l'hypertonie sympathique, un élément d'inhibition de la division cellulaire maligne. » (Reding.) 6^o Le déséquilibre psychique. Le souci, le surmenage, les états mélancoliques ou anxieux déterminent un état d'alcalose et d'hypervagotonie. 7^o Le déséquilibre cellulaire. « La cancérisation apparaît de plus en plus comme un problème de physique cellulaire. » Troubles de la polarisation ou de l'oscillation cellulaire. Travaux de Perrin, Magrou, Viès, Coulon, Lakhovsky et d'autres.

En matière de tuberculose, c'est le même désarroi. « On peut se demander si on n'a pas fait fausse route. » (Bezançon.) La découverte de la contagiosité par Villemin et du microbe par Koch n'a amené aucune révolution dans le traitement de la maladie. La fameuse triade, repos, air pur, bonne alimen-

THERAPEUTIQUE ANTALGIQUE

TRAITEMENT IODÉ

RADIODIAGNOSTIC

LIPIODOL

HUILE IODÉE À 40%
540 MILLIGr d'IODE par C.C.

AMPOULES
CAPSULES
EMULSION
COMPRIMÉS

LAB^{RES} A GUERBET & C^{IE}
22, RUE DU LANDY
STOUCHE - PARIS

LAFAY

TENEBRYL GUERBET

(Di-iodo-méthane sulfonate de sodium)

(68,6% d'iode)

Moyen de contraste pour Urographie Intraveineuse

LABORATOIRES A. GUERBET & CIE - PARIS

Agents pour le Canada: **VINANT Ltée**, 533, rue Bonsecours, **MONTREAL**.

SÉDOSINE

SÉDATIF DU SYSTÈME
NEURO-VÉGÉTATIF

**PASSIFLORE
JUSQUIAME
CRATAEGUS**

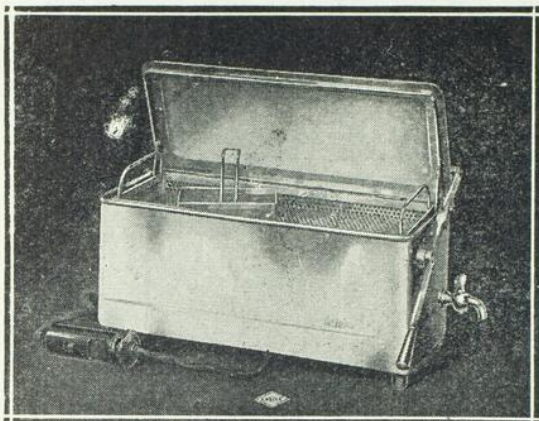
ASSOCIATION SYNERGIQUE
HYPERACTIVE

LABORATOIRES LICARDY 38, B^O BOURDON - NEUILLY - PARIS

Agents pour le Canada: **VINANT Limitée** - 533, Rue Bonsecours, **MONTREAL**.

STERILISATION

EFFICACE AUTOMATIQUE ECONOMIQUE
POUR
MEDECINS ET HOPITAUX



Les Stériliseurs CASTLE vous assurent une stérilisation parfaite sans qu'il vous soit nécessaire de les surveiller constamment.

Installez un CASTLE "Full Automatic" entièrement automatique. Ils ne sont jamais en bas du point bouillant. Ils maintiendront le degré de stérilisation sans qu'il soit nécessaire de tourner aucune clef.

Vous ne pouvez endommager le Stérilisateur par négligence.

La bouilloire est en bronze coulé d'un seul morceau.

WILMOT CASTLE COMPANY
Rochester, N. Y.

"CASTLE"

CASGRAIN & CHARBONNEAU LIMITÉE, MONTRÉAL

Représentants Exclusifs

Permettez-nous de vous tenir au courant des améliorations apportées à la stérilisation moderne.

Appareillage à Rayons-X et d'Electricité Médicale de WESTINGHOUSE X-RAY CO. INC.

Générateurs à Thérapie Profonde 200 - 400 K. V.

Générateurs Combinés (Diagnostique - Thérapie)

Générateurs à Diagnostique (Haut Milliampéragé)

Générateur à Diagnostique (Condensateurs)

Générateurs à Diagnostique pour Praticien

Tables à Rayons-X (modèles de tous genres)

Fluoroscopes verticaux. Stéréoscope

Civière Radiographique Spéciale

Appareils à Haute-Fréquence

Escamoteurs de Cassettes

Ampoules à Rayons-X

Electro-Cardiographe

Accessoires.



Littérature descriptive gracieusement fournie

CASGRAIN & CHARBONNEAU
Limitée

Représentants Exclusifs

Lancaster 3292

MONTREAL

30 est, rue St-Paul

tation existait plusieurs siècles avant la découverte de Koch. Elle aurait tout aussi bien pu être précisée et codifiée comme elle a été depuis cinquante ans sans la connaissance du bacille. Les notions les plus fécondes en matière de tuberculose sont nées de l'étude du rôle du terrain. Deux conceptions s'affrontent depuis quarante ans : celle de Calmette, et des pasteuriens d'un côté, celle des cliniciens de l'autre côté. Chez l'enfant, le facteur essentiel est le facteur microbien, mais chez l'adulte, il semble bien que le rôle primordial appartienne au terrain. Chez ce dernier en effet, la tuberculose se comporte plutôt avec les caractères d'une maladie de la nutrition. N'est-ce pas là d'ailleurs la base de la cure sanatoriale? Pour la tuberculose de l'enfant, il n'y a donc rien à remédier aux données classiques. Pour celle de l'adulte, il importe de tenir compte davantage de l'hérédité de prédisposition, (hérédité de terrain et non hérédité de graine) et d'étudier les conditions des réveils dans leur détermination physico-chimique.

Dans le traitement des maladies infectieuses, après Pasteur, la destruction du microbe devint le but de la thérapeutique. Pasteur l'emporta sur Claude Bernard. Mais la critique eut tôt fait de remarquer que la pathogénie exclusivement microbienne est insuffisante.

1° L'observation montre qu'il y a souvent absence de contagion dans des cas où théoriquement, celle-ci devrait se réaliser.

2° La marche des épidémies n'est souvent pas en accord avec le strict concept bactériologique. Il faut revenir en quelque sorte « au génie épidémique » des anciens. Les contaminations massives dans le temps et dans l'espace posent au premier plan le rôle des influences cosmiques et des facteurs sociaux.

3° Les faits de microbisme latent, d'activation et de réactivation microbienne, d'infections biotropiques, de maladies secondes échappent à l'explication purement bactériologique et doivent faire intervenir le terrain.

4° On envisage la question des virus filtrants sous l'angle bactériologique mais elle serait à reprendre sous l'angle physico-chimique. On sait que pour d'Hérelle, la théorie cellulaire de la vie est une théorie erronée et que pour cet auteur la vie résulte d'un état physico-chimique particulier d'une micelle protéique. On aurait la preuve de ces êtres micellaires dans les virus.

5° La mutabilité, le polymorphisme des agents microbiens, la pluralité des races sont des notions subordonnées aux conditions du milieu.

6° On a trop conclu de l'inoculation expérimentale à la maladie humaine. La quantité inoculée, la voie d'introduction, l'animal employé sont des facteurs qui sont loin de la réalité clinique.

7° La part de plus en plus prépondérante faite aux auto-vaccins en vaccinothérapie, implique que la vraie spécificité n'est pas dans le germe mais dans l'individu malade. « La maladie n'est pas le microbe, pas davantage le terrain, elle est à leur point de rencontre; elle a deux faces, l'une microbienne extrinsèque, l'autre organique intrinsèque; elle est la conséquence directe de la modification du terrain ».

La thérapeutique n'a pas échappé à la fermentation des sciences médicales en général. Le scepticisme et l'indifférence qui étaient de mode dans ce domaine à la fin du dernier siècle ne sont plus de mise aujourd'hui. On se rend compte de la nécessité où on se trouve de mettre un peu d'ordre dans l'encombrement de la pharmacopée. On tend à faire une place de plus en

plus considérable à une homéopathie scientifique et rationnelle où l'élément qualitatif tient plus d'importance qu'en médecine allopathique.

« L'heure des négations systématiques est passée ». L'Art de guérir s'engage résolument dans toutes les voies susceptibles de l'enrichir. L'avenir est à une physiothérapie du terrain et des équilibres neuro-organiques; il est à l'utilisation rationnelle des radiations, aux méthodes de choc, d'immunisation et de désensibilisation infinitésimales plus adaptées, plus individualisées, moins grossières qu'aujourd'hui. »

Il y a nécessité urgente d'associer davantage la psychothérapie à toute action thérapeutique, de raffermir la collaboration entre médecins et chirurgiens, entre allopathes et homéopathes, entre médecins et familles, entre les instituts de thérapeutique et les grandes firmes de produits chimiques et pharmaceutiques.

« Science et art de la vie, science de l'homme, telle est la médecine. Quoi d'étonnant alors que son domaine soit mal limité, que ses frontières soient mouvantes. A ces confins, elle touche à la plupart des autres domaines de la pensée et de l'activité humaines; entre elle et eux, il y a interpénétration. Qui pourrait donc prétendre fixer d'une façon immuable le champ de la médecine, subordonnée qu'elle est à l'orientation des doctrines, aux progrès des autres sciences, à l'évolution de la sociologie. »

Le livre de Delore est un livre de synthèse. C'est dire par là qu'il comporte des points faibles. En médecine, la synthèse est un art. Et l'art est long. Mais les « Tendances de la Médecine contemporaine » renferment des pages magnifiques. Certaines expriment des pensées élevées ou jettent un jour nouveau sur des questions brûlantes d'actualité. L'ouvrage est écrit dans un style clair et élégant qui rend la lecture facile et attrayante.

G. PINSONNEAULT.





QUAND les nerfs sont irrités, que le sommeil paraît impossible, calmez votre malade avec le sédatif préminent, le tonique calmant, **ELIXIR GABAIL**. Ne contient pas de *barbital*. Son efficacité est due à l'extrait de Valériane et à l'acide valérianique combinés, auxquels on a enlevé l'odeur et la saveur répugnante sans en affaiblir les propriétés curatives.

ELIXIR GABAIL

VALÉRO-BROMURÉ

Littérature et échantillon de:

L'ANGLO-FRENCH DRUG CIE, 354 Sainte-Catherine Est, MONTRÉAL



SANATORIUM DE BLOIS

23, Avenue Laviolette, TROIS-RIVIERES, Qué.

Fondé en 1896

Maison de repos, de régimes et
de convalescence

Affections nerveuses en général

Maladies de l'estomac et de l'intestin ; surmenage, troubles de la nutrition.
Neurasthénie, rhumatisme, artério-sclérose, intoxications, morphine,
alcool, etc. Psychotérapie, hydrothérapie, électrothérapie,
rayons ultra-violets, etc.

DEUX MEDECINS RESIDENTS

PRIX MODERES

Pour prospectus illustré, s'adresser au

Directeur, DR C. DE BLOIS

Trois-Rivières, P. Q.

Téléphone, 932

Les aliénés et les contagieux ne sont pas admis.

ANALYSES

MEDECINE

Maurice VILLARET, André BERGERET, L. JUSTIN-BESANÇON et Alain RUBENS-DUVAL. — **Splénectomie pour polyarthrite chronique progressive déformante d'allure infectieuse.** « Bull. M. S. M. Hôp. Paris », 25; p. 1138; 19 juillet 1937.

Les auteurs rapportent un cas de polyarthrite chronique progressive ayant abouti, à la suite de nombreuses poussées subaiguës depuis six ans, à une atteinte de la plupart des articulations. Amaigrissement avec amyotrophie diffuse, pâleur du faciès, fièvre, phénomènes témoignant d'une atteinte profonde de l'état général. La survenance d'adénopathie et d'une splénomégalie, mise en évidence par une technique radiologique précise, a engagé les auteurs à tenter une ablation de la rate. Le résultat fut stupéfiant: dès le lendemain de l'opération, libération complète des articulations, avec mouvements d'amplitude normale sans la moindre gêne. Les jours suivants, il y eut disparition du gonflement périarticulaire et de l'acrocyanose, diminution des craquements, régression légère des adénopathies et stabilisation de la température à la normale.

L'examen histologique de la rate a montré une hyperplasie et une congestion élective du cordon de Billroth avec endartérite diffuse des artères centrales des follicules.

L'étiologie du syndrome est demeurée inconnue: réactions sérologiques négatives, ensemencements stériles — aucun parasite dans les frottis de la pulpe splénique.

Quant à la pathogénie, il s'agirait peut-être d'une atteinte des articulations et de la rate par un même germe pathogène s'extériorisant selon un mode réactionnel diffus des tissus mésenchymateux. Véritable réticulo-endothéliose.

Au point de vue thérapeutique et pronostic, les auteurs sont très réservés, vu le nombre restreint des observations publiées à date.

La maladie observée et traitée est pour le moins apparemment guérie. Cette guérison se maintiendra-t-elle?

Yves CHAPUT.

J. DUCUING. — **Contribution à l'étude des tumeurs du corpuscule rétro-carotidien.** « Bull. Ass. Fr. pour l'étude du cancer », 26; 1; pp. 6-19; janvier 1937.

Une femme de 48 ans se présente pour se faire opérer « pour un anévrisme du cou ». Dans la région carotidienne gauche, à la hauteur de l'os hyoïde,

on trouve une tumeur du volume d'un œuf de poule, ovoïde, lisse, rénitente, n'adhérant ni à la peau, ni aux plans profonds. Elle est animée de battements, mais ne présente ni expansion, ni thrill, ni souffle. Elle paraît légèrement réductible.

Les antécédents, l'examen des divers appareils, les analyses usuelles sont négatifs.

Au point de vue fonctionnel: douleur locale irradiée vers l'hémicrâne et la nuque, hémiparésie de la langue, syndrome de Claude Bernard-Homer. Intervention à l'anesthésie loco-régionale. Dissection et libération de la tumeur. Ligature des trois carotides. Pas d'incidents, ni d'accidents — guérison.

Jusqu'à l'examen histopathologique, tout le monde, Ducuing et ses assistants, crut à un anévrisme. La fourche carotidienne était noyée dans le tissu tumoral et la vascularisation très intense.

La tendance actuelle est de considérer les tumeurs du corpuscule carotidien comme des paragangliomes. Ce sont des tumeurs essentiellement bénignes. La littérature médicale en compte environ 150 cas avec seulement 3 ou 4 exemples de malignité. Ces derniers sont probablement dans la réalité des gliomes périphériques ou des schwannomes issus des troncs nerveux voisins (A. Peyron). Dans la conduite à tenir en présence de cette sorte de tumeur, Ducuing distingue trois cas:

I) *On est sûr du diagnostic.* On peut ne rien faire, et, c'est à conseiller, parce que la résection comporte 30% de mortalité opératoire et 43% d'incapacité fonctionnelle post-opératoire. On peut tenter la radiothérapie, dont l'efficacité est variable, ou faire une opération exploratrice et se conduire suivant les difficultés du cas.

II) *Le diagnostic est hésitant.* On intervient pour le fixer et on se comporte comme dans le cas précédent.

III) *On est en présence d'une tumeur dégénérée.* Il faut tenter l'ablation. L'opération est grave mais légitimée par la malignité de la tumeur.

G. PINSONNEAULT.

Sulfanilamide. Un avertissement. « The Journal of American Medical Association », 109; 1128; 2 octobre 1937.

Le journal de l'Association Médicale Américaine met en garde les médecins contre l'emploi abusif de ces médicaments qu'une publicité commerciale imprudente et prématurée a lancés depuis quelques mois. Il ne conteste pas les propriétés thérapeutiques de la sulfanilamide, mais croit opportun de faire connaître les dangers de son emploi et les déboires auxquels on s'expose si on ne juge de sa toxicité que d'après les rapports de l'expérimentation chez l'animal.

La livraison du 25 septembre du Journal contenait onze contributions sur la sulfanilamide. Sur ces onze articles, neuf rapportaient des complications toxiques dues à l'usage du médicament, parmi lesquelles les plus sérieuses sont: la granulocytopenie et la sulfhémoglobinémie, cette dernière pouvant passer inaperçue au début de son évolution.

Plusieurs médicaments, jusqu'à preuve du contraire, ne doivent pas être administrés en même temps que la sulfanilamide. Le sulfate de magnésium et certains dérivés du goudron de houille doivent être particulièrement évités.

L.-Henri GARIEPY.

HISTIDIN - IFAH

Au point de vue thérapeutique les propriétés caractéristiques sont:

- 1° **L'action analgésique** de l'histidine, due à son affinité neurotrope.
- 2° La retrogradation des déformations anatomiques des muqueuses atteintes, constatée à l'aide des rayons X.

L'histidine semble donc jouer un rôle dans la régénération des tissus ne fonctionnant plus.

Sous la désignation HISTIDIN - IFAH nous vendons une solution à 4% de chlorhydrate d'histidine en ampoules de 5 cm³ pour injections intramusculaires et intraveineuses.

INDICATIONS: **Ulcus ventriculi et duodeni**, notamment dans les **cas récents**. Dans le cas d'ulcères chroniques, récidivants, avec des adhésions péri-gastriques et périoduodénales on constate une amélioration.

DOSES: 5 cm³ par jour par voie intramusculaire ou intraveineuse. En tout 18 à 25 injections.

Il y a avantage à répéter les injections après 6 semaines ou trois mois, pour consolider la guérison.

PRESENTATION: 5 et 20 ampoules à 5 cm³.

" IFAH ", G.m.b.H. Hambourg 21 (Allemagne) 56 Humboldtstrasse

Renseignements fournis sur demande:

" IFAH ", Pharm. Products — (W. E. Ranniger)
MARquette 9824

1231 ouest, rue Ste-Catherine, - - - Montréal, Qué.

Les Lithinés du Dr Gustin

Procurent économiquement une
très bonne Eau de table
et de régime

Alcaline - Lithinée - Pétillante - Digestive

Indications:

**ACIDE URIQUE, GOUTTE, MALADIES DU FOIE, VESSIE,
PEAU, ESTOMAC, INTESTIN**

Une boîte de Lithinés contient 12 paquets suffisants
pour 12 grosses bouteilles d'un litre

Magnésie du Dr Gustin

MAGNÉSIE LOURDE, ASSIMILABLE

Magnésie active calcinée.

Ni goût, ni odeur, se dissout facilement dans l'eau.

Dose laxative: une cuillerée à thé. Dose purgative: une cuillerée
à soupe.

PRODUITS FRANÇAIS

LA CIE CANADIENNE DES AGENCES MODERNES

6614, DeLORIMIER

DOLLARD 1355

MONTRÉAL

LAIT DE BEURRE

"SANTÉINE"

Se recommande comme antiseptique dans les maladies de l'intestin,
particulièrement l'entérite, à cause de sa richesse en ferments lactiques.
Breuvage idéal comme article de consommation courante d'une
grande valeur tonique.

*Le secret d'être heureux,
D'avoir bonne mine,
Et de vivre vieux,
C'est le lait "Santéine".*

J. Joubert
LIMITÉE

Robert TIFFENEAU et J. J. MEYER. — **Traitement de la méningite cérébro-spinale par le Para-amino-phényl-sulfamide (1162 F.), ou Sulfamide.** « Paris Médical », 18 septembre 1937.

Les A. faisant l'historique de la chimiothérapie nouvelle des infections à cocci, insistent surtout sur le fait que le rôle antiseptique prépondérant dans les produits de la famille du Prontosil appartient au groupement amino-phényl-sulfamidé, et que par conséquent le corps le plus simple de cette série, le 1162 F. est le plus actif.

Expérimentalement chez la souris, il a donné des résultats brillants, même contre le méningocoque type B, contre lequel le sérum a peu d'action. En général le 1162 F. agirait mieux que le sérum, mais l'association chimio-biologique semblerait être la thérapeutique idéale. D'ailleurs il était logique d'espérer *in vivo* des résultats comparables à ceux réalisés *in vitro* puisque, même administré par la bouche, le 1162 F. se retrouve dans le L. C.-R. à des concentrations mortelles pour le méningocoque.

R.T. et J.J.M. citent le travail de Schwentker et autres (Jour. Am. Med. Ass., 24 avril 1937), portant sur 11 cas de méningite cérébro-spinale, dont 10 furent guéris par le sulfamide: le 11e, forme très grave, mourut de pneumonie. Les Américains l'emploient en solution à 0.8% dans du sérum physiologique en injections intrarachidiennes et sous-cutanées. Ils donnent ainsi des doses quotidiennes de 5 à 6 grammes. Cependant les A. français pensent que la voie rachidienne doit être réservée aux formes particulièrement graves, et ils emploient surtout la voie buccale.

Voici ce qu'ils conseillent comme posologie: 3 grammes comme dose initiale, pris après 12 heures, 1 gramme 50 toutes les 6 h. Il est bien évident qu'il faut suivre par des ponctions lombaires en série — ce qui a en plus l'avantage de constituer un drainage — les modifications du L. C.-R., et celui-ci devenu normal, continuer pour quelques jours la médication à raison de 3 à 4 grammes par 24 heures. Ici, comme avec les autres produits de cette famille, ne pas employer concurremment de sulfates comme laxatifs. Enfin, il est bon de garder en mémoire que sa facilité d'emploi et sa faible toxicité indiquent tout à fait le 1162 F. comme préventif de la méningite cérébro-spinale en milieu épidémique.

Léopold MORISETTE.

René MARTIN et A. DELAUNAY. — **L'action du para-amino-phényl-sulfamide (1162 F.) dans les méningites purulentes à streptocoques et accessoirement à méningocoques.** « Presse Médicale », 6 octobre 1937.

Ici encore historique de la chimiothérapie, et histoire d'un cas personnel des auteurs: cas très grave de méningite prise d'abord pour méningococcique et enfin reconnue comme streptococcique et guérie par le 1162 F. R. M. et A. D. citent les résultats obtenus un peu partout dans les méningites otogènes à streptocoques, résultats des plus encourageants tant contre l'infection causale que contre la méningite elle-même. Ils rapportent ensuite les travaux de Schwentker (cf. analyse plus haut), et ceux de Fuller et de Marshall sur l'absorption et la concentration du produit dans le sang et le

méningite bacillaire, il y aurait grand avantage à employer le 1162 F. en se conformant aux doses mentionnées.

Il s'en suit que dans le plus grand nombre de méningites aiguës sauf la méningite bacillaire, il y aurait grand avantage à employer le 1162 F. en se conformant aux doses mentionnées ci-haut.

Léopold MORISETTE.

PHTISIOLOGIE

R. BARTHELEMY. — **L'acnitis.** « Clinique et laboratoire », p. 200; 30 septembre 1937.

L'ancien chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis, appuie sur ce fait que l'acnitis, a par son siège, son aspect et son évolution, un type clinique à part la folliculite et la périfolliculite, d'étiologie tuberculeuse. Que la lésion soit nodulaire ou papuleuse, et nécrotique, on les a nommées tuberculides nodulo ou papulo-nécrotiques.

On la trouve chez les sujets jeunes ou adultes, à prédominance à la figure; début en pleine santé sans symptôme général; localisation spéciale, aux tempes, front, aux lisières du cuir chevelu, sous forme de saillies sous-cutanées dures, indolentes et profondes. La lésion cutanée n'apparaît que 8 jours après, par rougeur, se résorbe ou évolue vers l'ouverture comme une pustule d'acnée. D'autres lésions apparaissent par poussées... Laisse enfin une cicatrice déprimée et ronde, pigmentée ou non. C'est un syndrome acnéiforme qui n'est pas franchement délimité.

L'auteur traite des associations morbides, telles que les ulcères t.b., le lupus érythémateux, des ganglions t.b., et conclut de sa nature t.b. Histologiquement; c'est une structure hautement tuberculoïde, avec mise en évidence difficile des B. K. Il remarque que l'inoculation au cobaye est souvent positive, ainsi que la cuti-réaction et l'intradermo-réaction de Mantoux.

Pathogénie: par une bactériémie atténuée et légère, qui touche au derme pourvu d'hyperallergie. Fréquence: très restreinte. Son pronostic est bon; témoignant une défense organique puissante et efficace.

Le diagnostic: se fait par les caractères de l'élément, son siège, son évolution, par l'évolution générale, en poussées de l'éruption. Il n'a pas la couleur roussâtre « sucre de pomme » du lupôme. On le différencie des leucémides, des dialectides, leishmaniose, filariose, l'acné, et les syphilides acnéiformes. L'acné vulgaire occupe les zones seborréiques du tronc, évitant la face d'extension des grandes articulations. Les papulo-pustules, l'évolution rapide, la tête blanche acuminée, un peu de démangeaison au début, son début pubertaire, la coexistence de furoncles, abcès, orgelets, suffisent au caractère staphylococcique de l'acné. Eviter également de prendre comme acnitis, les syphilides acnéiformes chez un sujet à sérologie positive. L'acnitis est une forme faciale de tuberculides papulo-nécrotiques; la folliculis, elle, est une pseudo-folliculite aquinée des membres.

Traitement: Pommades à la tuberculine et aux vitamines, les ultraviolets locaux, la radiothérapie bien maniée, l'héliothérapie médicale sont de bons agents. Les meilleurs résultats s'obtiennent par le traitement général, combiné aux injections d'antigène méthylique, ou au vaccin de Vaudremer en

séries intradermiques progressives en gouttes. — La médication spécifique serait l'injection i. m. de sels d'or, administrés avec prudence, en solution huileuse. Le calomel i. m. est très douloureux.

Vincent GAUTHIER.

M. FOURESTIER, M. RACINE, J. PAILLAS. — **Hémoptysies, Dyscrasies sanguines et transfusions.** « Rev. de la Tub. », p. 754; juillet 1937.

Les auteurs mettent à profit une observation pour établir la valeur de la transfusion dans la tuberculose pulmonaire à forme hémoptoïque.

Rares sont les cas où la transfusion a un effet heureux et permanent dans les hémoptysies. Cependant de multiples mécanismes ont motivé son emploi: substitution, hémostatique, hématopoïétique, anti-asphyxique, action immunisante grâce à un ancien T. B. comme donneur.

De tous ces mécanismes, le seul de grande valeur est l'action hémostatique dans les hémoptysies prolongées ou à répétition. Le tableau clinique y est celui d'une tuberculose discrète, avec troubles hépato-endocriniens légers, ou celui d'une tuberculose fibreuse hémoptoïque lentement ou non évolutive, où l'hémoptysie à répétition n'est jugulée par aucun traitement. Dans ces cas encore, en général, la formule sanguine n'offre que deux particularités: un temps de saignement allongé; une diminution des plaquettes sanguines.

L'observation rapportée entre dans le cadre clinique donné plus haut: hémoptysie à répétition, chez un homme souffrant d'une tuberculose discrète, dont la formule sanguine comporte les deux particularités données plus haut. Avec sept transfusions de 200 c. c. en 20 jours les auteurs ont obtenu une guérison complète maintenue après quinze mois. Le malade est au travail. Le terrain hémogéno-hémophilique a été modifié.

Jean-Philippe PAQUETTE.

NUTRITION

Samuel SIMKINS. — **Le dinitrophénol et l'extrait thyroïdien dans le traitement de l'obésité.** « Journal of A. M. A. », 108; 2110; 19 juin 1937.

Revue très complète de l'action pharmacologique du dinitrophénol comparée à celle de l'extrait thyroïdien: action qui peut se résumer en une augmentation du métabolisme cellulaire.

L'administration quotidienne de dinitrophénol produit une augmentation rapide du métabolisme basal le premier jour, une augmentation moins considérable le deuxième jour, l'augmentation maxima étant atteinte le quatrième jour, ceci en opposition avec l'augmentation et la diminution plus lentes du métabolisme sous l'effet de l'extrait thyroïdien.

Une augmentation du taux du métabolisme de 30 à 40% ne produit pas d'autres réactions générales qu'une vaso-dilatation périphérique et une légère augmentation du débit respiratoire. Si l'augmentation dépasse ce taux, on note une augmentation de chaleur désagréable et de la transpiration. Une augmentation du métabolisme de dix fois le taux normal est possible et peut

entraîner la mort par hyperthermie. L'hyperthermie n'est pas d'origine centrale, elle est due à une stimulation directe de la respiration cellulaire. L'administration de dinitrophénol est suivie d'une chute considérable du quotient respiratoire contrairement à ce qui se produit à la suite de la médication thyroïdienne qui a peu d'action sur le Q. S. L'augmentation du métabolisme s'accomplit principalement aux dépens des graisses, une quantité négligeable de l'énergie provenant de la combustion des hydrates de carbone et des protéines. Particularité importante dans l'application thérapeutique et qui contraste avec l'augmentation de l'excrétion azotée chez les malades soumis au traitement thyroïdien. Le métabolisme de la molécule de graisse sous l'effet du dinitrophénol s'accomplit complètement sans production de corps cétoniques ni augmentation de la lipémie. Le dinitrophénol est sans action sur l'hypothyroïdie et les symptômes du myxœdème.

L'action clinique principale du dinitrophénol et l'effet de son administration prolongée sur les différents systèmes ont été étudiés chez une série de 181 cas d'obésité ambulants.

La réaction de la fonction hépatique (ou des fonctions hépatiques) au dinitrophénol a été étudiée par l'observation de l'index ictérique, la réaction van den Berg et l'épreuve de bromsulfaleïn. La fonction rénale a été explorée par des analyses répétées des urines et par l'épreuve de la P. S. P. par voie I. V. La fonction circulatoire, par l'observation du pouls, de la tension artérielle et des tracés électro-cardiographiques. Le métabolisme hydrocarboné, par le dosage de la glycémie à jeun et l'épreuve d'hyperglycémie provoquée au glucose.

Les conclusions de ce travail considérable valent d'être retenues: L'organisme acquiert vis-à-vis du dinitrophénol, une tolérance (mithridatisme) rapidement croissante qui oblige à augmenter régulièrement la dose et qui explique certains cas où le traitement devient tout à coup inopérant. Dans certains de ces cas cependant, l'arrêt de la chute du poids a pu être attribué d'une façon certaine à un œdème médicamenteux. La diminution du poids serait toujours plus facilement obtenue l'été que dans les saisons plus froides à cause de la transpiration plus abondante l'été. On n'a pu démontrer aucune action toxique immédiate sur le parenchyme hépatique ce qui permettrait de conclure à l'inocuité de la drogue sur le foie en dehors des cas d'idiosyncrasie. Même conclusion quant aux reins. Les moyens d'investigation employés n'ont révélé aucune action toxique sur le système cardio-vasculaire à l'exception de modifications sans importance du tracé électro-cardiographique. Le métabolisme hydrocarboné étudié au moyen de l'hyperglycémie provoquée chez le sujet sain et diabétique ne paraît pas être influencé d'une façon certaine par le dinitrophénol. Il semble qu'on puisse conclure à l'absence de toute action nocive du dinitrophénol à l'égard de la tolérance hydrocarbonée en dehors du diabète ou dans le diabète.

(A suivre.)

L.-Henri GARIEPY.

Samuel SIMKINS. — **Le dinitrophénol et l'extrait thyroïdien dans le traitement de l'obésité.** (Suite.) « Journal of A. M. A. », 108; 2193; 26 juin 1937.

Les complications les plus fréquemment observées dans l'emploi du dinitrophénol sont les complications cutanées qu'on observe, suivant les au-



“Ils vont rire en nous voyant arriver dans un 'sleigh'—”
“Ils vont acclamer quand nous leur donnerons les Sweet Caporals!”

CIGARETTES SWEET CAPORAL

“La forme la plus pure sous laquelle le tabac peut être fumé.”—Lancet



Bronchites

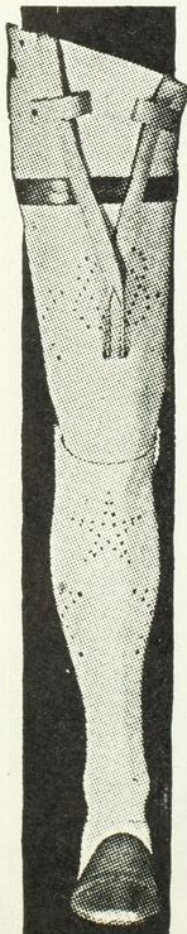
« Éliminé par les Bronches,
« le "Lacto-Crossote Famel"
« détermine un processus inflam-
« matoire simple, qui fait réagir cet
« organe contre le catarrhe chronique. »
FERRAND.

MATIN, MIDI et SOIR
une cuillerée à soupe de

SIROP FAMEL

Echantillons gratuits sur simple demande adressée à
P. FAMEL, Fabricants de Produits Pharmaceutiques, PARIS (20^e), 20-22, Rue des Ortoaux

Dépôt général pour le Canada: ROUGIER Frères, 350, rue Le Moyne, à Montréal.



Dernière Création de la Prothèse

Prodige de la mécanique moderne.

Une jambe artificielle en métal, presque "naturelle" grâce à son articulation sur billes du genou et de la cheville. Plus solide et plus légère que les appareils de prothèse en bois, fibre ou cuir.

Cuissard et molletière parfaitement moulés —
Pièces de rechange uniformes — Pas de rivets
criards — Forme gracieuse; fini spécial qui élimine
la peinture et protège le métal.



La merveilleuse invention dont la jambe illustrée ci-contre est la résultante, a étonné des fabricants de membres artificiels du monde entier.

Cet appareil vaut d'être examiné par les chirurgiens qui s'intéressent au sort de leur patient après l'opération et désirent procurer à l'amputé tout le confort et la capacité possibles avec un appareil.

J. A. DUCKETT

Membres Artificiels, Appareils Orthopédiques,
Bandes Herniaires, Ceintures Abdominales, etc.

2014, RUE BLEURY, angle Ontario
MONTREAL

Téléphone HArbour 0630

teurs, dans 15 à 23% des cas soumis à la médication. On a observé du prurit, des éruptions maculaires ou papulaires, des œdèmes localisés, de l'urticaire, on a même rapporté un cas d'alopécie.

Des manifestations de névrite périphérique ont été observées et elles affectent surtout des formes sensorielles. Elles sont habituellement sans gravité et disparaissent avec la suppression du médicament. Chez un certain nombre de malades, ces accidents sont localisés à l'appareil gustatif, agueusie, dysgueusie.)

La parenté chimique du benzène et du dinitrophénol pourrait faire craindre une action toxique particulière sur les éléments figurés du sang. De la série de malades observés par l'auteur et des rapports publiés ailleurs, il ne semble pas que cette complication soit à craindre en dehors des cas présentant une susceptibilité particulière à l'égard des substances de ce groupe.

Sans qu'on puisse en expliquer le mécanisme, un certain nombre de femmes soumises au traitement du dinitrophénol, présentent, pendant la période menstruelle, un œdème apparent ou une augmentation du poids. Ce rapport entre l'action du médicament et la fonction ovarienne s'est également manifesté dans plusieurs cas, l'amélioration des caractères anormaux des règles, dès l'institution du traitement.

Pour ce qui est de la haute incidence de la cataracte, à la suite de l'emploi du dinitrophénol, l'auteur, tout en reconnaissant la réalité, ne peut en offrir d'explication définitive. Le nombre des cas rapportés dépasse la centaine et des études intéressantes sont en cours au sujet du rôle de la vitamine « C » dans le maintien de la transparence de l'appareil optique de l'œil. La diminution de transparence dans ces milieux serait toujours accompagnée d'une diminution dans la concentration de la vitamine « C » et du glutathion dans ces mêmes milieux. La vérification de cette constatation pourrait faire espérer un traitement préventif ou curatif efficace.

Certains symptômes toxiques ne pouvant être classés dans le groupe ci-dessus, ont également été observés: langueur, faiblesse, prostration, courbature, infection des voies respiratoires supérieures et même asthme. (un cas). Ces accidents n'ont jamais présenté de gravité particulière et n'ont exigé aucun traitement.

La présence d'une néphrite antérieure ne semble pas conférer aux accidents de la médication plus de gravité et on ne peut dire que les sujets atteints de néphrite soient plus sensibles que les autres au dinitrophénol.

Quant aux effets du dinitrophénol sur l'obésité, ils sont assez variables et peuvent se résumer comme suit: D'un ensemble de 290 cas soumis au médicament et dont l'observation est rapportée dans la littérature médicale, 276 accusent une diminution de poids.

Des 181 malades qui constituent la série de l'auteur, 59 reçurent du dinitrophénol seul (sans extrait thyroïdien) et de ce groupe, 12 n'accusèrent aucune perte de poids.

Tous ceux qui reçurent de l'extrait thyroïdien associé au dinitrophénol perdirent du poids. De ce nombre, ceux chez qui on observa les meilleurs résultats furent ceux qui reçurent une dose quotidienne de 100 milligrammes de dinitrophénol et une dose d'extrait thyroïdien variable, ajustée dans chaque cas en vue d'obtenir les meilleurs effets, lesquels se chiffrent pour ce groupe, à une perte de poids moyenne de 1180 grammes (2.6 livres) par semaine.

L'obésité du type exogène est celle qui réagit le mieux à la médication.

L'auteur affirme en conclusion que le dinitrophénol possède des indications plutôt restreintes en dehors desquelles il est imprudent d'y avoir recours tant qu'on n'aura pas pénétré le mécanisme de son action.

L.-Henri GARIEPY.

NEUROLOGIE

Paul A. O'LEARY. — **Traitement actuel de la neuro-syphilis.** « J. A. M. A. », 109; 15; p. 1163; 9 octobre 1937.

L'auteur adopte la classification anatomo-clinique suivante de la neuro-syphilis et applique à chacune de ces formes les données les plus récentes du traitement approprié:

1) *Neuro-syphilis asymptomatique* qui ne se manifeste par aucun trouble ni symptôme, sauf des réactions biologiques positives du liquide céphalo-rachidien. Plus cette forme est traitée précocement, les réactions liquidiennees étant alors moins profondément positives, plus sûrement et fréquemment le traitement anti-syphilitique classique (arsénic, bismuth, mercure) réussira à rendre les réactions biologiques négatives (84% des formes légères). D'autre part, l'usage de la tryparsamide, de l'autosérothérapie intraspinale après injection de 914, de la malariathérapie, surtout chez les malades ayant résisté au traitement habituel, augmente le pourcentage de la disparition des réactions positives du liquide et établit un maintien plus stable de la guérison biologique.

2) *La neuro-syphilis méningée* avec syndrome de méningite sub-aiguë ou aiguë, d'hypertension intracrânienne avec réactions liquidiennees positives. Selon Moore et Stokes, 80 à 85% des cas atteints de cette forme s'améliorent rapidement par le traitement usuel de la syphilis. Certains cas à formule liquidienne de P. G. et de caractère résistant nécessiteraient l'emploi heureux de la malariathérapie.

3) *Neuro-syphilis méningo-vasculaire.* Forme de syphilis nerveuse se confondant anatomiquement avec la forme vasculaire. Cependant, ici, le liquide est plus habituellement positif, les symptômes sont plus rares et discrets. Elle peut s'installer précocement, comme tardivement. Souvent constitue stade de transition vers le P. G. Le traitement chimiothérapique précoce peut être très efficace. La malariathérapie y serait encore infiniment plus effective. (La résistance des réactions biologiques du liquide qui demeurent franchement positives malgré un traitement énergique est un critère important de la malariathérapie dans toutes les formes de neuro-syphilis évolutive.)

4) *Forme vasculaire* s'accompagnant d'accidents neurologiques divers: hémiplégie, convulsions, aphasie, amoindrissement intellectuel avec liquide plus ou moins positif. La malariathérapie y est dangereuse. Se rappeler que l'évolution fugace des accidents neurologiques suggère plutôt le processus de paralysie générale. Chimiothérapie à petites doses; iodure de potasse.

5) *Paralysie générale.* Forme spéciale ne se laissant pas influencer par le traitement classique (914, mercure, bismuth). L'auteur insiste sur l'importance de la pyrétothérapie. La malaria et la fièvre artificielle auraient la

OPOTHÉRAPIE SÉRIQUE

DÉCHÉANCES ORGANIQUES,
CONVALESCENCES,
ANÉMIES.



SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS de CHEVAL
(Sirop)

Agent de Régénération Hématique, de Leucopoïèse et de Phagocytose,

2 à 4 cuillerées à potage par jour.

LANCOSME, 19, rue Alain Chartier, PARIS (XVe)

Littérature et Echantillons: ROUGIER & FRERES, 350, rue Le Moyne, Montréal.

Traitement polyvalent des états infectieux
par la

LIPOSEPTINE

(médication polyvalente des agents pathogènes)

INDICATIONS THERAPEUTIQUES : La Liposeptine agit dans bien des affections contre lesquelles il n'y a jusqu'à présent ni sérum, ni vaccin, telles: les **Fièvres éruptives, Rougeole, Oreillons, la Fièvre puerpérale, les Phlébites;**

affections plus banales, mais souvent graves par leurs complications: **Trachéites, Bronchites, etc...**

affections purulentes: **Otites, Mastoïdites, Abscess divers** au début.

En cas d'épidémie son action préventive est recherchée.

Laboratoires de la Liposeptine,

2, Place des Vosges, Paris, France.

Agence exclusive pour le Canada:

MM. HERDT & CHARTON, INC.,

2027, avenue McGill College

Montréal

A VENDRE

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

Madame Docteur O.-A. Gagnon offre, à de très bonnes conditions, des instruments de chirurgie, bibliothèque à rayons, etc. S'adresser à 1324 ouest, rue Saint-Viateur, CRescent 3454.

A VENDRE

Toge de professeur de médecine

Conditions avantageuses.

S'adresser à l'Union Médicale du Canada, MARquette 7334.

AIDES-MALADES

Sont qualifiées par l'Association des Aides-malades (enregistrée), pour soins à donner dans les convalescences, dans tout cas de maladies bénignes ainsi que dans les accouchements. S'adresser à Mme G. St-Germain, 4027 Harvard Ave. N.-D.-C. Tél.: DEXter 0433.

BUREAUX À LOUER POUR MÉDECINS OU DENTISTES

Meubles, chaise et instruments. Salle d'attente, service de téléphone et gardes-malades. S'adresser à: Papineau-Couture, Notaire, 418 est, rue Sherbrooke, MARquette 7334.

EMPLOI DEMANDÉ

Jeune médecin désire emploi comme assistant d'un spécialiste. Ecrire à l'« Union Médicale du Canada », 418 est, rue Sherbrooke, Montréal.

même efficacité curative: soit de 25 à 80% de rémissions permettant la reprise du travail, selon la précocité de la thérapeutique et selon que la pyrétothérapie rapide sera suivie d'une cure à la tryparsamide et au bismuth combinés. Le traitement radical de la P. G. réside dans sa prévention: traitement énergique et continu de la syphilis au début, malariathérapie prophylactique de la syphilis nerveuse aux réactions liquidiennes résistantes.

6) *Tabès*. Les cas de tabès fruste ou « incipiens » avec réactions biologiques du liquide C.-R. légères s'améliorent et même peuvent guérir dans une forte proportion par le traitement chimiothérapique. L'auteur a confiance dans l'association de l'emploi du 914 à l'autosérothérapie intraspinal. Il a constaté, en plus, que des tabès résistants à la chimiothérapie ont bénéficié de la malariathérapie (évolution clinique arrêtée 26%; amélioration 40%; crises gastriques diminuées 31%; amélioration des douleurs fulgurantes 11%; arrêt dans l'évolution de l'atrophie optique 14%. D'autre part, ces accidents persistant chez des sujets à sang et liquide C.-R. entièrement négatif ne bénéficient à peu près pas de la chimiothérapie, ni de la pyrétothérapie.

Ajoutons que la tryparsamide est un agent puissant contre la neuro-syphilis et que son emploi peut donner des résultats aussi encourageants que ceux qui suivent l'usage de la pyrétothérapie. Ne pas l'employer si le nerf optique est le moins lésé.

On doit employer l'iode de potasse dans tous les cas de neuro-syphilis.

Intéressant travail, très objectif et pratique, dans lequel l'expérience de l'auteur a versé le meilleur de ses constatations personnelles.

Roma AMYOT.

A. BEAUDOIN et H. SCHAEFFER. — **La neurologie en 1937.** « Paris Médical », 40; p. 233; 2 octobre 1937.

Chaque année, les auteurs font une revue générale des principales questions de neurologie étudiées particulièrement durant les 12 mois qui viennent de s'écouler.

Cette année ils se sont arrêtés à l'étude de:

- 1) L'exophtalmie unilatérale en neurologie;
- 2) Les lipoïdoses en neurologie;
- 3) Les polynévrites et avitaminoses;
- 4) Les paralysies oculaires périodiques.

Nous dirons un mot de l'exophtalmie unilatérale et des rapports qui existent entre les polynévrites et les avitaminoses.

1° L'exophtalmie unilatérale peut être causée par:

a) *La maladie de Basedow*. Le goitre toxique est le plus souvent accompagné d'une exophtalmie bilatérale; il n'est pas exceptionnel d'y rencontrer, cependant que la protusion d'un seul globe oculaire. L'exophtalmie du goitre toxique semble dépendre d'une excitation exagérant le tonus des fibres musculaires lisses adjacentes à la capsule de Tenon. Cette excitation porterait sur le sympathique orbitaire qui paraît jouir d'une certaine individualité; elle serait due à l'action d'une hormone de la pituitaire antérieure.

b) *Certains processus inflammatoires aigus de la région*: ostéo-périostite orbitaire aiguë, périotite suppurée de l'orbite, le phlegmon-abcès et le pseudo-phlegmon de l'orbite, la thrombo-phlébite orbitaire, la ténionite, la thrombo-phlébite du sinus caverneux.

c) *Certains processus inflammatoires chroniques*: ostéo-périostite tub., syph. et mycosique de l'orbite, sinusite chronique et enkystée.

d) *L'empyème, l'hématome traumatique ou spontané de l'orbite.*

e) *L'anévrisme artérioso-veineux du sinus caverneux*: exophtalmie pulsatile.

Varicocèle de l'orbite: exophtalmie dans l'antiflexion de la tête.

f) *Les tumeurs primitives ou secondaires de l'orbite.*

h) Les tumeurs primitives du nerf optique.

g) *Une tumeur cérébrale* (surtout de la loge antérieure); *un abcès cérébral.*

i) Une dysostose crânienne ou facio-crânienne (oxycéphalie, maladie de Crouzon, maladie de Schuller-Christian.)

Il existe aussi une exophtalmie unilatérale réflexe, par lésion irritative, à distance, sur le segment céphalique, que les auteurs ne mentionnent pas. Une observation récente de Teulière et Viaud rapporte une exophtalmie unilatérale par dent incluse dans le maxillaire supérieur.

Deux malades observées par Hartman présentaient, chacune, une rétraction de la paupière supérieure, d'un seul côté, associée, chez l'une d'elles, à une exophtalmie unilatérale. Dans les deux cas, une dent incluse était la cause du phénomène d'excitation s'exerçant sur le muscle lisse de la paupière supérieure et de la capsule de Tenon.

2° *Polynévrites et avitaminoses.*

Durant ces dernières années, autant des faits cliniques que des constatations cliniques ont porté l'attention des médecins sur le rôle de l'insuffisance vitaminique dans la genèse des polynévrites, surtout de la polynévrite éthylique. Au point de vue expérimental, la suppression des vitamines B¹ et B² détermine, chez le chien, des phénomènes de parésie associée ou non à de l'incoordination. Chez ces animaux, on retrouve des lésions névritiques et parfois une dégénérescence des cordons postérieurs de la moelle. Au point de vue chimique, certains auteurs (Strauss, Blankenhorn et Spies) montrèrent que la polynévrite éthylique de malades observées s'améliorait si on leur donnait une alimentation riche en vitamine B¹ et des extraits de cette vitamine par voie orale, même s'ils continuaient à ingérer de l'alcool. Jolliffe et Colbert ont soumis des cas de polynévrite éthylique à une alimentation diversement riche en vitamine B¹. Selon que ces malades, répartis en 3 groupes, ingèrent plus ou moins de vitamine B¹ par une alimentation contrôlée, l'amélioration de leurs troubles sensitivo-moteurs se montra plus ou moins complète et précoce; elle fut même nulle chez les malades à qui on avait fourni des aliments débarrassés de leur vitamine B¹. Et il semble bien, d'après les travaux de Villaret, Justin Bezançon et Klotz, que l'avitaminose des alcooliques dépendrait de troubles et lésions gastro-hépatiques associés à des altérations endocrinienne, surtout de la thyroïde et des glandes génitales. La polynévrite s'installerait sous l'effet de cette avitaminose à laquelle s'ajouterait l'influence déclanchante d'un processus infectieux, comme la tuberculose.

A tout événement, il faut retenir l'importance apparemment primordiale de l'avitaminose dans l'installation de certaines polynévrites. Parfois, les lésions polynévritiques sont, selon toute vraisemblance, l'effet du seul facteur carenciel, l'avitaminose étant la conséquence d'une insuffisance d'apport par alimentation qualitativement viciée, ou encore d'un défaut d'absorption et

Chère Maman:

*Je suis tellement contente
que je peux à peine
ruminer. Nous envoyons
toutes notre lait à Borden
maintenant —*

*Affectueusement,
Blanchette*

IL FAUT QU'ELLES SOIENT BONNES! Car avant d'être admis à l'usine d'Evaporation de Borden, tout le lait, au moment de sa livraison, est soigneusement inspecté quant à sa température, son acidité, son goût et sa qualité en général. Les fermes qui sont sur la liste de Borden doivent, pour passer cet examen régulier, produire un lait constamment bon.

C'est pourquoi nous savons que le Lait Borden's St. Charles Evaporé Irradié est toujours uniforme et toujours pur.

Il vaut mieux écrire BORDEN'S

sur toutes les formules d'alimentation qui demandent du lait évaporé. Vous serez sûr alors que le bébé reçoit un lait de qualité dont vous approuvez la marque.

Si vous ne connaissez pas le Lait Borden's St. Charles Evaporé, non sucré, écrivez à The Borden Company, Limited, Yardley House, Toronto, Ontario, pour recevoir des échantillons et de la documentation professionnelle.



La diète du Diabétique



ALIMENTS DEPOURVUS D'AMIDON

La farine casinée de Listers est entièrement dépourvue d'amidon. Sa pâte lève bien et sert à la confection de plats agréables. Une liste de recettes est fournie avec chaque boîte.

Grande boîte pour 30 cuissons
\$4.85

Petite boîte pour 15 cuissons
\$2.75

En vente chez tous les pharmaciens ou directement chez
LISTERS Limited **Huntingdon, Quebec** **CANADA**

PAVERAL

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

COQUELUCHE

Le Pavéral est journellement prescrit avec
succès pour les cas de coqueluche et des toux
Coqueluchoïdes.

Ne cause ni intolérance, ni complication.

Littérature sur demande

Agents : **CANADA DRUG COMPANY**
Pharmaciens en Gros

857, rue Saint-Maurice,

MONTREAL

d'utilisation par lésions gastro-hépatiques; ailleurs, le processus polynévritique est encore lié à l'avitaminose, mais se joindra à l'étiologie une intoxication, comme l'éthylisme.

L'alcool, d'ailleurs, ne créerait-il pas les lésions gastro-hépatiques qui sont la principale cause de l'avitaminose définitivement pathogène? La vitamine B possède sûrement une action trophique sur le système nerveux; des troubles métaboliques et endocriniens semblent entraver ce rôle neurotrophique. Et les recherches expérimentales indiquent que ce rôle est exercée par le truchement de l'influence qu'elle possède sur le métabolisme des hydrates de carbone.

Roma AMYOT.

CHIRURGIE

Edouard MOURGUE-MOLINES. — **Traitement des brûlures cutanées étendues récentes.** « Journal de chirurgie », p. 480; octobre 1937.

Après avoir étudié, en collaboration avec Pierre Duval, la physiopathologie des brûlures cutanées étendues, l'auteur présente une vue d'ensemble sur les données thérapeutiques actuelles.

Le traitement général immédiat comporte une injection de morphine, le réchauffement du patient, les toni-cardiaques (coramine, caféine, camphre) contre le collapsus hypotensif.

Ce qui importe surtout, c'est de lutter le plus tôt possible contre la toxémie, intoxication provenant des tissus dévitalisés, par une surhydratation (4 à 5 litres par jour) qui diminuera la concentration sanguine, et par des injections de sérum chloruré physiologique et hypertonique pour combattre les altérations humorales, l'hypochlorémie et l'hyperpolypeptidémie.

Les petites transfusions sanguines de 200 gr. répétées possèdent une action reconstituante et antitoxique.

Parmi les médications complémentaires, signalons la digitale toni-cardiaque et diurétique, l'atropine et le chlorure de calcium calmants du système nerveux, l'hyposulfite de soude qui rétablirait le métabolisme perturbé du soufre, l'insuline et le sérum glucosé contre l'acidose, les sérums antistreptococcique et antitétanique préventifs de l'infection.

Le traitement local combat l'élément douleur, l'infection, l'intoxication. L'application immédiate d'un topique adoucissant, d'un corps gras (Liniment oléo-calcaire, tulle gras, pommades) possède l'avantage de mettre à l'abri de l'air les extrémités nerveuses dénudées, mais présente l'inconvénient de favoriser les résorptions toxiques.

Une désinfection méthodique, un véritable nettoyage chirurgical, au besoin sous anesthésie générale, sont indispensables pour lutter contre l'infection.

Quant à l'intoxication, on s'efforce d'empêcher la résorption de toxines, soit par une excision chirurgicale des tissus brûlés (débridement des Américains), soit par une dilution des poisons dans un bain continu, mais surtout par la dessiccation des surfaces brûlées. On peut recourir à la simple exposition à l'air et à la chaleur électrique qui ont le mérite d'éviter l'inconvénient du pansement et de son renouvellement. Le procédé de choix est encore celui du tannage, par l'acide tannique ou ses succédanés. Le tannage, appelé mé-

thode coagulante, transforme les tissus mortifiés en une croûte dure et sèche, imperméable, ne permettant ni résorption de produits toxiques ni pénétration des germes extérieurs, et favorisant la réparation par le mécanisme de la cicatrisation sous-crustacée.

Parmi les procédés de tannage, mentionnons l'application d'un pansement humide imbibé d'une solution de tannin à 2.5%, des pulvérisations sur les lésions d'acide tannique à 5%, le bain de tannin, les onguents à l'acide tannique utiles dans les brûlures de peu d'étendue.

Les conditions exactes du tannage sont encore mal précisées. Si l'on veut assurer la pénétration du tannin et la coagulation de tous les tissus atteints par la brûlure, on emploie une solution faible: 2.5 à 5%, d'action lente mais progressivement pénétrante. Par contre si l'on désire protéger le plus vite possible par une croûte les extrémités nerveuses dénudées, on peut employer une solution fortement concentrée à 20% qui provoquera une coagulation superficielle peut-être mais immédiate. Afin d'augmenter le faible pouvoir antiseptique du tannin, on conseille l'adjonction de l'oxycyanure de mercure à 0.25 pour 1000 ou encore l'acriflavine.

Dans le traitement des brûlures par la méthode coagulante, le tannin peut être remplacé par des badigeonnages au nitrate d'argent à 10% joint à une solution d'acide tannique à 5%, par des attouchements au perchlorure de fer en solution à 5%, par des pulvérisations au violet de gentiane à 1% ou encore au mercurochrome à 2%.

La croûte obtenue par le tannage se détache spontanément entre le 10^e et le 15^e jour. Les pansements humides antiseptiques au liquide de Dakin assurent alors la désinfection des surfaces de granulation. La vitaminothérapie par l'application d'huile de foie de morue, les rayons ultra-violets activent la formation du tissu de granulation et favorisent l'épidermisation. Dans les brûlures de grande étendue, les greffes en semis peuvent être d'une aide précieuse.

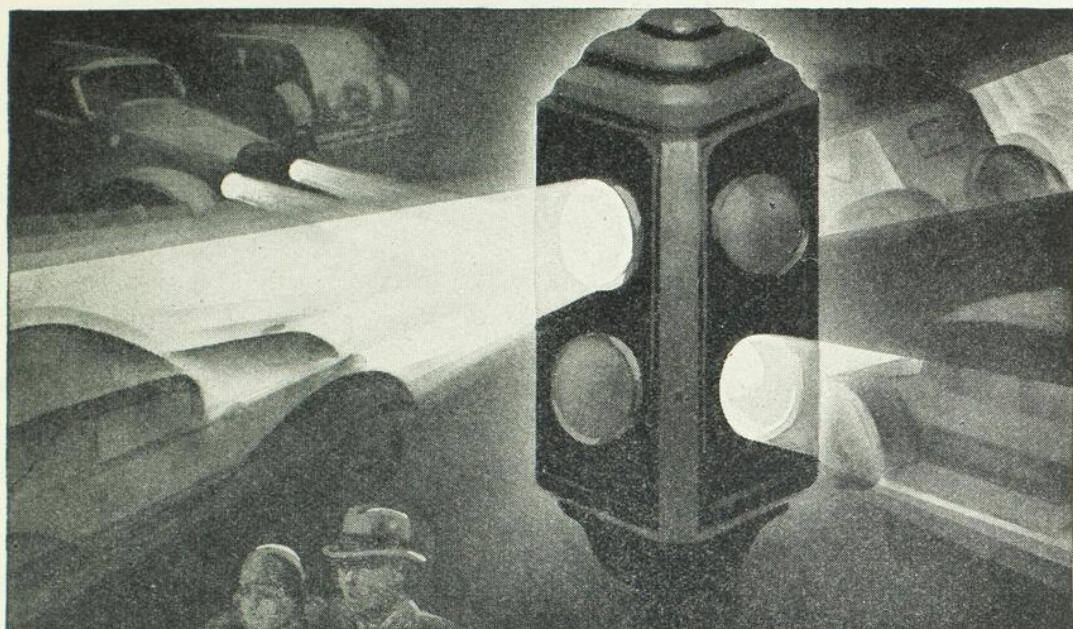
Pour résumer, en présence d'un grand brûlé: morphine, réchauffement, transport immédiat dans un milieu hospitalier, toni-cardiaques, surhydratation, rechloruration, transfusions sanguines. Nettoyage chirurgical des plaies. Coagulation des tissus brûlés par le tannage. Contrôle de l'évolution par les examens de laboratoire. Désinfection du tissu de granulation. Activation de l'épidermisation par la vitaminothérapie, les rayons ultra-violets et les greffes au besoin.

J.-R. BOUTIN.

John C. RUDDOCK. — L'endoscopie péritonéale. « Surgery, Gynecology, and Obstetrics », LXV; pp. 622-639; novembre 1937.

L'endoscopie péritonéale est un moyen très spécial d'examen de la cavité abdominale et de son contenu. Elle consiste dans l'éclairage de celle-ci et son étude au moyen d'un appareil d'optique.

Bien que décrite pour la première fois en 1901 par Kelling, cette méthode d'investigation clinique n'a pas joui d'une grande popularité. L'A., ayant pris une connaissance précise de la technique, s'y est adonné largement. Il nous donne dans cet article, avec force graphiques, ses constatations personnelles et s'efforce de convaincre ses lecteurs de l'utilité très grande de l'endoscopie péritonéale.



Green Light... **RED LIGHT**

Lumière verte . . . **LUMIÈRE ROUGE**

APLIQUER les freins, enlever les freins. Lumière verte, lumière rouge, lumière verte. Des millions de voitures sur la route demandant une vigilance continuelle. Des piétons surgissant de partout. Vous, comme médecin, savez ce qu'une journée à conduire une voiture est pénible et énervante. Les céphalées sont fréquentes — et souvent chroniques.

Avez-vous déjà accordé un réel essai à Bromo-Seltzer comme analgésique? Il s'est montré un vainqueur sûr de la douleur. Sa rapidité d'action est un facteur qui mérite votre attention. Les composants de Bromo-Seltzer sont mélangés dans des proportions scientifiquement synergique comme analgésique, sédatif et stimulant léger de l'activité mentale. Les citrates produisent l'effervescence carbonique et combattent l'acidité.

Tournez la lumière verte sur Bromo-Seltzer. Vous pouvez le recommander avec confiance à vos patients pour le soulagement de la douleur.

*Des échantillons et de la littérature
seront envoyés avec plaisir.*



BROMO-SELTZER LIMITED
TORONTO CANADA

PROTECTION CONTRE le RACHITISME

pour aussi peu que 2½c par jour avec

NAVITOL

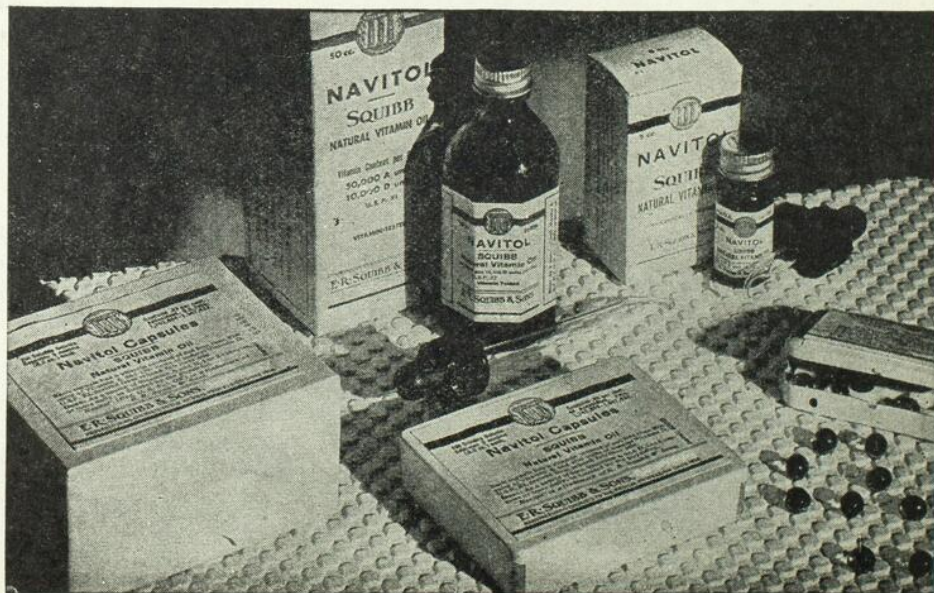
l'Huile Squibb contenant des Vitamines Naturelles.

Depuis que se prennent régulièrement des suppléments alimentaires contenant les Vitamines A et D, le coût de médication est devenu un important facteur. En Navitol, le médecin a à sa disposition un produit aussi richement doté des Vitamines A et D que l'huile de foie de flétan avec viostérol, et qui coûte cependant 40% de moins.

Navitol est un mélange d'huiles de foie de poissons spécialement choisies, raffinées fournissant les Vitamines A et D sous leur forme naturelle exclusivement. Il contient par gramme pas moins de 50,000 unités de Vitamine A et 10,000 unités de Vitamine D

(unités internationales). Navitol est d'emploi commode et efficace à petites doses. Une dose prophylactique quotidienne moyenne de 10 gouttes ou d'une capsule de 3 minim. fournissent pas moins de 8,500 unités de Vitamine A et 1,700 unités de Vitamine D (unités internationales).

On peut se procurer Navitol chez le pharmacien, en bouteilles de 5-cc. et 50-cc., avec compte-gouttes, ainsi qu'en boîtes de 25 et de 100 capsules. Pour imprimés, écrire au Professional Service Department, 36 Caledonia Road, Toronto.



E·R·SQUIBB & SONS OF CANADA, Ltd.

Cette méthode permet de voir clairement les organes malades par la seule ponction de l'abdomen sans laparotomie et sans ennuis pour le malade.

Elle est recommandée également quand il s'agit de pratiquer une biopsie. Elle n'a pas la prétention de remplacer l'intervention chirurgicale dans tous les cas, mais elle a, pour l'A., ses indications impérieuses et ses contre-indications non moins importantes.

Ainsi l'endoscopie est interdite dans tous les syndromes abdominaux aigus; mais elle doit être pratiquée dans tous les cas chroniques. Elle y est plus agréable que la laparotomie et mérite un encouragement pour de nombreuses raisons: elle n'obère pas le budget par de fortes dépenses hospitalières, car c'est une opération mineure ne demandant qu'un séjour de vingt-quatre heures à l'hôpital et que quelques pansements. C'est une opération qui peut être faite sous anesthésie locale sans forcer le malade à la diète, qui ne lui procure que peu d'ennuis et dont le risque mortel est pratiquement nul.

L'A. a fait l'endoscopie péritonéale chez 500 malades — 285 femmes et 215 hommes — 308 fois dans le but de faire un diagnostic différentiel, 118 fois afin de confirmer un diagnostic, 58 fois pour déterminer le lieu des métastases et 16 fois avec l'intention de situer et de différencier certaines tumeurs.

L'A. a pu, au moyen de la méthode préconisée dans cet article, faire le diagnostic des affections suivantes: carcinomatose généralisée de la cavité péritonéale, cancer nodulaire du foie, cancer de la vésicule biliaire, sarcome mélanique du foie, hydrocholécyste, cancer de l'estomac, fibrome utérin, grossesses normale et ectopique, kystes de l'ovaire, hydrosalpinx, myxosarcome rétro-péritonéal, cirrhose hépatique, congestion passive du foie, kyste du pancréas, cancer des côlons, hémorragies intra-abdominales, adhérences, tuberculose péritonéale, adénopathie calcifiée, appendicite rétro-cæcale et reins polykystiques.

Les malades ascitiques sont des candidats heureux à l'endoscopie, car l'insufflation du péritoine y est aisée. L'air atmosphérique ordinaire est employé et peu importe la quantité introduite tant que le décubitus dorsal ou la position de Trendelenburg sont en jeu. L'air est aspiré d'ailleurs en fin de technique, mais il en reste quand même assez fréquemment et sans ennuis.

La technique exige une instrumentation spéciale, mais peu compliquée dont le principal article est un télescope.

Aucune préparation n'est nécessaire avant l'examen. Vingt minutes avant celui-ci toutefois, une injection hypodermique de morphine est donnée. Le lieu d'élection de la ponction est situé sur la ligne médiane un peu au-dessous de l'ombilic.

L'anesthésie locale à la novocaïne est la seule employée. Puis incision au bistouri de la peau et du tissu sous-cutané, de l'aponévrose et du péritoine; insufflation du péritoine; introduction du trocart et évacuation d'ascite, passage du télescope.

L'abdomen bien distendu par l'air permet un éclairage efficace. L'examen de la cavité doit être fait méthodiquement. Les images pathologiques deviennent familières rapidement; elles sont très claires et faciles à comprendre.

L'endoscopie péritonéale permet l'étude de la surface des organes abdominaux, mais ne peut rien faire voir de l'intérieur des viscères.

Cette méthode n'est pas cependant sans danger. La blessure d'un vis-cère abdominal peut s'y présenter. La mort est même survenue dans un cas d'hémorragie incontrôlable à la suite d'une biopsie du foie.

En résumé, l'endoscopie péritonéale remplace avantageusement la laparotomie exploratrice pour le diagnostic des lésions chroniques abdominales. Elle permet la confirmation d'un diagnostic et facilite les biopsies.

Elle est aux affections de l'abdomen ce que la cystoscopie est aux maladies de la vessie et des reins. La technique en est relativement facile et l'instrumentation peu compliquée. Seule l'interprétation des images demande une certaine expérience.

Edouard DESJARDINS.

GYNECOLOGIE

L. F. BURCH. — **Diagnostic de l'endométrite hyperplasique.** « Surg., Gynec. and Obst. », 15 février 1936.

Le principal symptôme de l'hyperplasie glandulaire de l'endomètre est l'hémorragie. Dans plusieurs cas l'hémorragie est du même type que celle qui est occasionnée par d'autres lésions utérines et alors le curettage biopsie est le seul procédé qui conduit au diagnostic. Cependant il est possible de faire un diagnostic par un examen subjectif et objectif plus attentif. D'après l'auteur, les nouvelles méthodes de faire une biopsie utérine sont assez avancées qu'il n'est pas nécessaire de faire un curettage.

L'endométrite hyperplasique est très fréquente. Elle apparaît à tous les âges mais surtout après 35 ans. L'hémorragie est le principal symptôme. Elle est souvent précédée d'une période d'aménorrhée. Elle est abondante, prolongée et sans douleur. Elle est paroxystique.

A l'examen on constate une anémie. Le métabolisme est bas sans toutefois atteindre le niveau du myxœdème. Au toucher vaginal, le col est ordinairement mou et entr'ouvert. L'utérus est de grosseur normale mais souvent augmenté de volume. Dans les cas types les ovaires sont gros à cause de la formation de quelques kystes folliculaires.

Le diagnostic entre l'hyperplasie et le cancer de l'endométrite est important.

Les traitements aux extraits du lobe antérieur de l'hypophyse, d'œstrin, thyroïde, progestin sont indiqués. Ils ont pour but de rétablir les relations normales entre l'hypophyse et l'ovaire.

Le curettage est un traitement symptomatique et arrête l'hémorragie temporairement. L'hystérectomie n'est pas indiquée, excepté chez les jeunes femmes où le curettage n'a donné aucun résultat. Chez les femmes à la ménopause le curettage, suivi du radium, est indiqué.

Arthur MAGNAN.

CHIRURGIE INFANTILE et ORTHOPÉDIE

William CONE et W. G. TURNER (Montréal). — **Le traitement des fractures-luxations des vertèbres cervicales par la traction squelettique et l'ostéosynthèse.** « The Journal of Bone and Joint Surgery », pp. 584-602; juillet 1937.

Le poids considérable de la tête et la grande mobilité de la colonne



La découverte et la fabrication scientifique d'hormones sexuelles féminines de composition chimique définie et connue ont fait époque dans l'histoire de la médecine. Puis, on publie un grand nombre de travaux sur leur emploi dans le traitement des troubles endocriniens. Les préparations employées avec tant de succès étaient le PROGYNON-DH*, le PROGYNON-B* et le PROLUTON*. Parmi les auteurs de ces recherches on relève des noms aussi renommés que :

ALBRIGHT . DRIPS . DUNN . ELDEN . FALLS
 FRANK . FREED . GESCHICKTER . HALL . HAMBLÉN
 HAWKINSON . KANE . KROHN . KURZROK . LACKNER
 LIMPER . MAZER . PAPANICOLAU . ROCK
 SEVRINGHAUS . SHORR . SMITH . SOSKIN

On a démontré la valeur des comprimés et des suppositoires vaginaux de PROGYNON-DH et des ampoules de PROGYNON-B (produits œstrogéniques) contre les troubles de la ménopause, la vaginite gonococcique infantile et les aménorrhées. Le PROLUTON (hormone du corps jaune) est utile dans

les cas d'avortement récidivant et certaines dysménorrhées. On peut maintenant traiter avec succès les différentes affections dues à un manque de l'une ou l'autre des deux hormones sexuelles féminines. Nous serons heureux d'envoyer sur demande des notices explicatives.

* Nom déposé au Canada et aux Etats-Unis.

SCHERING (CANADA) LIMITED

Boîte Postale 358 (Place d'Armes) Montréal

CHLORURE D'ETHYLE

EPINEPHRINE 1:1000



VALDINE

Spécifique de la constipation

Tous les produits "VALOR" sont fabriqués par
Usines Chimiques du Canada Inc.
87 Station C, Montréal

IODALOSE GALBRUN

IODE PHYSIOLOGIQUE, SOLUBLE, ASSIMILABLE

L'IODALOSE EST LA SEULE SOLUTION TITRÉE DU PEPTONIODE
Combinaison directe et entièrement stable de l'Iode avec la Peptone
DÉCOUVERTE EN 1896 PAR E. GALBRUN, DOCTEUR EN PHARMACIE
Communication au XIII^e Congrès international de Médecine, Paris 1900.

Remplace Iode et Iodures dans toutes leurs applications,
sans Iodisme.

Vingt gouttes IODALOSE agissent comme un gramme Iodure alcalin.
DOSES MOYENNES : cinq à vingt gouttes pour Enfants; dix à cinquante gouttes pour Adultes.

Demander Brochure sur l'Iodothérapie physiologique par le Peptoniodé.
LABORATOIRE GALBRUN, 8 et 10 r. du Petit-Musc, Paris

Dépôt général pour le Canada: ROUGIER Frères, 350, rue Le Moyne, à Montréal.

PROSTHÉNASE

GALBRUN

SOLUTION ORGANIQUE TITRÉE DE FER ET DE MANGANÈSE
Combinés à la Peptone & entièrement assimilables
NE DONNE PAS DE CONSTIPATION

ANÉMIE: — CHLOROSE — DÉBILITÉ — CONVALESCENCE

DOSES QUOTIDIENNES : 5 à 20 gouttes pour les enfants; 30 à 40 gouttes pour les Adultes

Échantillons et Littérature: Laboratoire GALBRUN, 8 et 10, r. du Petit-Musc, PARIS.

Dépôt général pour le Canada: ROUGIER Frères, 350, rue Le Moyne, à Montréal.

cervicale sont des raisons qui expliquent la fréquence des traumatismes cervicaux. Ils se produisent facilement quand le cou est surpris en état de relâchement musculaire par un violent choc indirect. La fracture-luxation du cou est donc facile à produire mais un traitement approprié et urgent la réduit assez facilement. Ce qui est plus difficile c'est d'empêcher la luxation de récidiver. La récurrence expose évidemment à des complications graves du côté de la moelle épinière et des racines: Paralyse respiratoire, quadriplégie, etc.

Au cours des dernières cinq années, les auteurs ont observé 36 cas de fractures-luxations de la colonne cervicale. Vingt-cinq de ces cas, ont été traités par la traction squelettique et l'ostéosynthèse. Cette méthode leur a procuré des résultats fort intéressants qu'il importe de faire connaître.

Il semble que l'ostéosynthèse occipitale-cervicale change d'heureuse façon le pronostic relativement sombre des traumatismes de la colonne cervicale.

Dans la manipulation du blessé pour l'examen radiographique, pour l'opération, les auteurs ont mis au point une technique rigoureuse qui consiste surtout à maintenir constamment la traction céphalique et à déplacer le malade le moins possible.

La traction continue céphalique est exercée au moyen de fils métalliques inoxydables passés à travers les pariétaux ou par une pince à crampons en forme de pince à glace.

Les soins post-opératoires sont minutieusement contrôlés. Dès que l'état local le permet, la traction continue est supprimée et remplacée par un appareil plâtré type minerve.

Le blessé porte cet appareil pendant plusieurs mois. En résumé, les indications de cette méthode de traitement sont les suivantes;

- 1) Les fractures multiples de la colonne cervicale.
- 2) La fracture isolée de l'apophyse odontoïde.
- 3) Les fractures —luxations récidivantes.
- 4) Les fractures avec paralysie des muscles du cou.

L'article est abondamment illustré par de nombreux clichés radiologiques et par de jolies photographies.

J.-C. FAVREAU.

RADIOLOGIE

Ernest FREUND et C. B. MEFFERT. — **Les tumeurs à cellules géantes des os. Résultats concernant 15 cas traités par les rayons X et l'intervention chirurgicale.** « The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy », 37; 1; pp. 36-45; janvier 1937.

Cet article est le pendant d'un travail des mêmes auteurs sur le kyste des os. (Surg. Gynec. & Obst. 1936, 62: 541-561.) Les observations sont assez détaillées et accompagnées de nombreux clichés radiographiques.

La tumeur à cellules géantes présente certaines ressemblances avec le kyste solitaire des os. L'une et l'autre affectent les extrémités des os longs, se rencontrent chez des individus jeunes, ont une évolution relativement bénigne et se manifestent assez souvent par des fractures. On sait que certains auteurs, particulièrement les auteurs allemands, rattachent à un même

processus, l'ostéite fibreuse, le kyste osseux et la tumeur à cellule géante. Pour quelques-uns, cette dernière ne serait même qu'un hématome médullaire en voie d'organisation.

Freund et Meffert rejettent cette opinion en se basant sur les raisons anatomo-cliniques suivantes tirées de leurs observations. Le kyste osseux affecte des individus généralement plus jeunes que la tumeur à cellules géantes. Cette dernière se développe sur l'épiphyse alors que le kyste se présente sur la métaphyse ou à l'extrémité de la diaphyse. On trouve généralement la tumeur à cellules géantes sur l'extrémité inférieure du radius ou du fémur, alors que le kyste osseux siège la plupart du temps sur les extrémités supérieures de l'humérus, du fémur ou du tibia. Le kyste osseux est une affection incontestablement plus bénigne que la tumeur à cellules géantes, mais par contre, prédispose plus à la fracture que cette dernière. Certaines tumeurs à cellules géantes ont un pouvoir de récurrence locale qui confine à la malignité.

Au point de vue du traitement, les auteurs donnent la préférence à la chirurgie. Curetage avec implantation de copeaux d'os, ou amputation en cas d'échecs.

Cinq cas traités par la radiothérapie ont comporté deux échecs. Mais cette constatation ne prouve pas grand'chose car il n'est fait mention ni de la technique, ni de la dose.

G. PINSONNEAULT.

Ira I. KAPLAN et Sidney RUBENFELD. — **Les tumeurs conjonctives malignes des parties molles. (Sarcoma of the soft tissue.)** « The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy », 37; 1; pp. 53-69; janvier 1937.

Cette étude porte sur 3,750 cas de cancer qui se sont présentés au « Radiation Therapy Service » de l'Hôpital Bellevue de 1924 à 1934. De ce nombre, 162 ou 4.3% étaient des sarcomes. Sur les 162 sarcomes, 78 ou 48.7% étaient des sarcomes des parties molles (peau et muscles). Au point de vue de la localisation, on trouve que 18 siégeaient sur la cuisse, 10 sur le pied, 9 sur la jambe, 6 dans l'aîne, le reste un peu partout. Dans 13.1%, il y avait une étiologie traumatique vraisemblable. Cinquante-six pour cent des tumeurs sont apparues dans la 3e, la 4e ou la 5e décennie de la vie. Vingt-cinq pour cent sont apparues sur des individus de moins de 30 ans. Soixante-dix pour cent des malades atteints étaient des hommes.

Le degré de malignité de ces tumeurs s'est montré moins marqué en général que dans les épithéliomas, en ce sens que leur évolution fut plus longue. Quarante-quatre pour cent des malades sont allés consulter pour symptômes qui duraient depuis 1 à 4 ans.

Sur les 78 tumeurs, 22 étaient des sarcomes fuso-cellulaires; 19, des mélanosarcomes; 16, des fibrosarcomes; 7, des sarcomes polymorphes; 5, des sarcomes globocellulaires; 5, des myxosarcomes; 2, des périthéliomes et 2, des tumeurs non classifiées. Plusieurs de ces lésions auraient pu être cataloguées par certains auteurs comme des sarcomes neurogéniques, mais Kaplan et Rubinfeld refusent cette dénomination aux tumeurs où la structure et l'origine nerveuses ne sont pas évidentes.

Les sarcomes fuso-cellulaires et les mélanosarcomes se sont montrés fortement métastasiants.

TRAITEMENT EFFICACE DE LA
COQUELUCHE

ET DE SES COMPLICATIONS PAR

**L'AMPHO-
QUINTIVACCIN**

Par c.c. : Le Lysat de 1 milliard de corps microbiens et 1 milliard
de bactéries entières stérilisées et stabilisées.

—♦—
Traitement Per Os

-- **ACTIF et COMMODE** --

—♦—
LABORATOIRES DES AMPHO-VACCINS

A. D. RONCHESE

—♦—
Agents Généraux

MILLET, ROUX & Cie, Limitée

1215, Rue Saint-Denis - Montréal

La Pharmacie d'Ordonnances**ARTHUR HIRBOUR**

se spécialise depuis 35 ans dans
l'exécution des ordonnances de
MM. les Médecins et n'emploie que
les produits chimiques supérieurs.

—♦♦—
angle Saint-Denis et De Montigny

MONTREAL

Tél. LA. 7356

LA MÉDICATION
OPOTHÉRAPIQUE

CHOAY

Opothérapie simple

Opothérapie associée: **SYNCRINES**

EXTRAITS TOTAUX
(poudres d'organe)

} Comprimés

EXTRAITS INJECTABLES
en solution aqueuse

} Ampoules stérilisées

OVAIRE
THYROÏDE
SURRENALE
HYPOPHYSE
Autres glandes...

Laboratoires E. Choay,
48, rue Théophile-Gautier, PARIS, France.

Représentants exclusifs:

HERDT & CHARTON, INC.,

2027, avenue McGill College

Montréal

Les myxosarcomes ont présenté une radiosensibilité marquée. Les plus longues survies ont été observées dans les fibrosarcomes.

L'extirpation par la chirurgie a échoué invariablement. Il est impossible de tirer de cette étude, une règle adéquate de traitement. L'amputation a été pratiquée dans un trop petit nombre de cas pour juger de sa valeur thérapeutique.

Le travail de Kaplan et Rubinfeld a été présenté comme communication au congrès de l'American Roentgen Ray Society, à Atlantic City, en septembre 1935 et a donné lieu, dans la discussion, à certaines remarques intéressantes de la part de Stewart de New-York. (*Am. J. Cancer* 1931; 15; pp. 1235-1320.)

Le terme de sarcome neurogénique doit être réservé aux alternatives suivantes: 1^o le malade présente des signes cliniques de Recklinghausen. 2^o La tumeur est située sur un nerf ou dans un nerf. 3^o La tumeur présente la structure en tourbillon caractéristique des neurosarcomes et n'est pas macroscopiquement une tumeur musculaire, périostique, osseuse, graisseuse ou autre, bien définie. Ce terme de sarcome neurogénique signifie que la tumeur vient d'un nerf et non pas qu'elle produit du tissu nerveux. On sait en effet que ni la gaine de Schwann, ni le périnèvre, ni l'endonèvre ne peuvent engendrer des fibres nerveuses. Il ne faut donc pas s'attendre à ce que les tumeurs issues de ces formations donnent lieu à des nerfs.

Quand il s'agit de savoir si tel sarcome fusocellulaire est d'origine nerveuse ou non, il est possible que l'histologie seule soit incapable de fournir la réponse. Il faut alors s'inspirer de l'anatomie macroscopique. Or, on se trouve là, en présence d'autres difficultés: quand la tumeur est petite il arrive qu'on ne trouve pas le nerf et quand la tumeur est volumineuse, il arrive que le nerf puisse être très ténu. Le diagnostic de sarcome neurogénique doit donc s'appuyer sur des constatations anatomo-cliniques autant qu'histologiques. Ce que Stewart ne veut à aucun prix, c'est revenir à la terminologie purement histologique de sarcomes à cellules rondes, sarcomes à cellules fusiformes, sarcomes à cellules géante, etc. Ewing a déjà d'ailleurs depuis longtemps exprimé le même désir.

G. PINSONNEAULT.

LABORATOIRE

Hilding BERGSTRAND (Stockholm). — **Notes concernant la genèse des tumeurs à cellules géantes. (Notes on the genesis of giant cell tumors.)** « *The Am. Journ. of Cancer* », 27; 4; pp. 701-706; août 1936.

La pathologie des tumeurs à cellules géantes a beaucoup évolué. Virchow les rangeait parmi les sarcomes, mais depuis 20 ans, tout le monde est à peu près d'accord sur la nature bénigne de ces néoplasmes. Les auteurs allemands, Lubarsch, Konjetzny, Oberndorfer et autres vont plus loin. Ils mettent en doute la nature néoplasique de cette formation et l'assimilent au granulome. L'école américaine, avec Geschickter et Copeland, reste en faveur de la théorie néoplasique et considère que les formations vasculaires et les cellules géantes de ces tumeurs sont l'équivalent du bourgeon conjonctif qui,

au cours de la vie embryonnaire, se détache du périchondre et envahit le cartilage pour lui substituer de l'os.

L'auteur défend une théorie différente déjà formulée par Haggqvist et l'école suédoise. Il essaie de prouver que les cellules géantes sont le résultat d'un processus de résorption osseuse. Quand les particules de chaux et les fibrilles collagènes sont disparues, le tissu matriciel de l'os, qui est un tissu syncytial, est libéré. Une partie de ce tissu contribue à border la lumière des vaisseaux et une autre se différencie en moelle fibreuse. Ce serait ce tissu syncytial, issu de la dédifférenciation du tissu osseux, qui donnerait naissance aux tumeurs à cellules géantes.

Les cellules géantes seraient alors non pas des « ostéoclastes » mais des corpuscules osseux « démasqués ». Dans une tumeur le pouvoir hyperplasique des cellules s'atténuerait peu à peu, des modifications régressives interviendraient et la lésion subirait finalement la dégénérescence kystique.

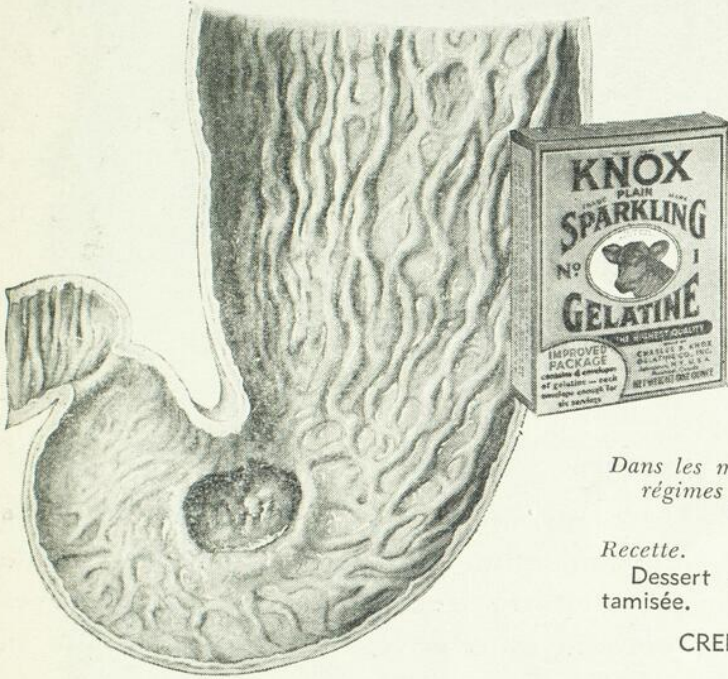
A côté de la théorie inflammatoire et de la théorie néoplasique, en voici donc une troisième qu'on peut dénommer diversement.

Le travail est illustré de quatre microphotographies et comporte 21 références bibliographiques.

G. PINSONNEAULT.



Gélatine Knox «B.P.», Important Adjuvant dans les REGIMES des DYSPEPTIQUES



Lorsque vous conseillez un régime dans les troubles digestifs, rappelez-vous que la Gélatine Knox (B.P.) est un adjuvant précieux. La Gélatine Knox n'est pas seulement une protéine qui se digère bien, elle peut être ajoutée à n'importe quel aliment dans la composition de salades et de desserts appétissants.

Dans les cas d'hyperacidité gastrique ou dans le traitement d'ulcères, des repas fréquents sont recommandés. Des gelées de jus de fruits ou un dessert de gélatine ordinaire, légèrement sucré, permettent de varier les boissons usuelles prises entre les repas.

La Gélatine Knox est scientifiquement préparée avec les os longs et durs de pattes de bœuf — elle surpasse le minimum requis par B.P. — son pH est d'environ 6.0 — elle ne contient pas d'hydrate de carbone — renferme moins de 0.1% de matières grasses — est sans odeur — sans goût — bactériologiquement sûre.

Dans les menus quotidiens et les régimes prescrits, employez la Gélatine Knox.

Recette.

Dessert avec pulpe de pruneaux tamisée.

CREME DE PRUNEAUX (Six portions)

1. Faites tremper la Gélatine dans de l'eau froide environ 5 minutes, en employant:
 - 1 enveloppe de « Knox Sparkling Gelatine »
 - 1/4 de tasse d'eau.
2. Ajoutez aux ingrédients suivants, en brassant parfaitement:
 - 3/4 de tasse de jus de pruneaux chaud
 - 1 tasse de pulpe de pruneaux cuits
 - 2 cuillerées à soupe de jus de citron
 - 1/2 tasse de sucre
 - 1/4 de cuillerée à thé de sel.
3. Faites refroidir. Lorsque le mélange commence à épaissir, ajoutez-y:
 - 2 blancs d'œufs, fortement battus.
4. Rincez le moule ou le plat dans l'eau froide et remplissez-le du dessert. Faites refroidir. Pour servir, démoulez et garnissez avec de la crème fouettée, ou servez avec une sauce "custard".

KNOX GELATINE LABORATORIES
472, Knox Avenue, Johnstown, N. Y.

Veillez m'envoyer des livrets de prescription de régimes, ainsi que votre littérature la plus récente.

Nom

No rue

Ville Prov.

KNOX SPARKLING GELATINE



Dans l'OBSCURITÉ. On dit que : "La nuit, tous les chats sont gris". Toutes les émulsions d'huile minérale, si on les examine superficiellement, peuvent paraître semblables. Mais observez Agarol d'une façon approfondie et vous le trouvez unique dans sa catégorie.

Aucune autre émulsion d'huile minérale ne surpasse Agarol en efficacité. Aucun autre produit ne peut lui être comparé quant à la saveur et à l'absence de goût huileux. Les soins minutieux apportés à la préparation de l'Agarol—les ingrédients de qualité exceptionnelle qui entrent dans sa composition, le caractérisent vraiment comme un produit unique.



L'AGAROL est présenté en bouteilles de 6, 10 et 16 onces. La dose moyenne pour adultes est une cuillerée à soupe.

Si vous avez observé les désappointements causés, par l'usage d'émulsions d'huile minérale de qualité incertaine, dans le traitement de la constipation, nous croyons que vous serez intéressés à mieux connaître le principe fondamental qui a su faire distinguer l'Agarol des autres produits similaires.

● Nous serions heureux de vous fournir l'occasion d'essayer l'Agarol. Ecrivez pour demander un échantillon généreux d'essai.

WILLIAM R. WARNER & CO., LTD., 727 King St. W., Toronto, Ontario.

NOUVELLES

Nous apprenons la mort très récente des docteurs C.-O. Milot, médecin à l'hôpital du Sacré-Cœur, et J.-A. Normandeau médecin pratiquant à Saint-Jovite.

Nous offrons aux familles éprouvées nos plus sincères sympathies.

A partir de janvier 1938, les bureaux de l'administration et de la rédaction de l'« Union Médicale du Canada » seront à l'adresse suivante:

No 326 est, boul. St-Joseph, Montréal. — Téléphone: LA. 9888.

LACTOGEN ne peut pas être préparé avec du lait vieux ou inférieur

Il est impossible de faire un lait de vache modifié, desséché par pulvérisation en chambre chaude et contenant beaucoup de graisse de lait — capable de se « conserver » — sans un soin extrême quant à la qualité du lait employé.



Conséquemment, Lactogen ne peut être fait qu'avec du **Lait de Haute Qualité!**

Car Lactogen, avec sa haute teneur en graisse de lait, soigneusement préparé suivant un procédé spécial dont la « chaleur » ne dépasse jamais la température de pasteurisation, **exige** l'usage de lait strictement pur, propre et frais, d'une très faible teneur en bactéries.

Le lait servant à la préparation de Lactogen vient de troupeaux ayant subi l'épreuve de la tuberculine et de laiteries régulièrement inspectées; il est soumis à de rigoureuses

épreuves en fait de propreté et de teneur en bactéries avant d'être accepté. Il n'y a que cette vigilance constante qui puisse maintenir la pureté, la qualité de conservation, la saveur fraîche, la grande solubilité et la faible teneur en bactéries de Lactogen.

En d'autres termes, la formule de Lactogen et le procédé de préparation sont deux garanties, pour les médecins, du fait que Lactogen ne peut pas être préparé avec du lait ordinaire. Le lait "passable" n'est pas accepté pour la préparation de Lactogen — il n'y a que le lait de la plus haute qualité qui soit employé dans la préparation commerciale de Lactogen.



Pour matière descriptive et échantillons, veuillez adresser votre formule professionnelle à:

NESTLÉ'S MILK PRODUCTS (Canada) LTD.
TORONTO METROPOLITAN BLDG. CANADA

BIBLIOGRAPHIE

Physiologie du système lymphatique, formation de la lymphe, circulation lymphatique normale et pathologique, par H. ROUVIERE, professeur d'anatomie à la Faculté de Médecine de Paris. Membre de l'Académie de Médecine, et G. VALETTE, pharmacien des Hôpitaux de Paris. Assistant à la Faculté de Pharmacie. 1 vol. de 160 pages avec 138 figures, 45 fr. Masson et Cie, éditeurs, libraires de l'Académie de Médecine, 120, boul. Saint-Germain, Paris.

Cet ouvrage expose en même temps que les résultats expérimentaux obtenus au cours de ces dernières années par MM. Rouvière et Valette l'ensemble des travaux parus jusqu'à maintenant sur ces questions.

Depuis la fin du siècle dernier, l'étude de la formation et de la circulation de la lymphe n'avait pas suscité en France de nombreuses recherches expérimentales. Il s'imposait de reprendre à la lumière des données récentes de la physico-chimie et de la physiologie les notions classiques concernant la lymphogénèse et la circulation lymphatique.

La première partie a pour objet l'étude de la lymphogénèse. On y trouvera développé le rôle de la pression capillaire, des constituants colloïdaux du plasma, de l'activité des cellules endothéliales, musculaires et glandulaires, des facteurs nerveux et humoraux. Un dernier chapitre a trait à l'étude des substances lymphagogues.

La deuxième partie comporte tout d'abord l'étude de la progression de la lymphe dans les différentes régions de l'organisme, celle du rôle des ganglions lymphatiques dans cette progression, enfin la détermination de la véritable pression lymphatique, c'est-à-dire celle de la lymphe en circulation. En exposant les résultats de leurs expériences, les auteurs montrent pourquoi sont erronées les notions jusqu'ici classiques concernant ces différentes questions.

MM. Rouvière et Valette abordent ensuite l'important problème de la régénération des ganglions et des vaisseaux lymphatiques auquel ils apportent une solution qu'on peut considérer comme définitive. Les auteurs exposent enfin leur opinion sur le rôle probable de la circulation lymphatique rétrograde dans la propagation de certaines maladies, en particulier la tuberculose, le cancer et les affections à virus neurotropes. Un dernier chapitre a trait aux œdèmes d'origine lymphatique.

Cet ouvrage intéresse à la fois le physiologiste, le médecin et le chirurgien.

L'Union Médicale du Canada

La plus ancienne revue française de Médecine et de Chirurgie
au Canada

FONDÉE EN 1872

Rédacteur en chef
Albert LeSAGE

Secrétaire de la rédaction
Léon GERIN-LAJOIE

Secrétaire-Trésorier
J.-A. VIDAL

Membres:
Roma AMYOT, Edouard DESJARDINS, Jean SAUCIER.

(Tome 65ième)

ONT COLLABORÉ À CE VOLUME :

Drs. Aumont (Gérard), Amyot (Roma), Archibald (Edward), Archambault (P.-R.), Attendu (Gérard), Baril (H.), Barry (Gaétan), Bélanger (Léopold), Belisle (L.-P.), Bellerose (A.), Benoît (E.-P.), Bernier (Alph), Bertrand (Albert), Bertrand (A.), Bonin (Wilbrod), Boucher (S.), Bourgeois (Paul), Boutin (J.-R.), Caillon (Louis), Cantero (Antonio), Chaput (Yves), Charron (Ernest), Delâge (Jean), DeMontigny (Gérard), Desjardins (Edouard), Doré (Réal), Dreyfus (Gilbert), Dubé (J.-E.), Dufresne (Eugène), Dufresne (Origène), Dufresne (Roger-R.), Facquet (J.), Fauteux (Mercier), Favreau (L.-C.), Ferron (Maurice), Fortier (L.-E.), Fortier (Louis), Gagnier (L.), Gagnon (Paul-A.), Gariépy (L.-Henri), Gariépy (J.-U.), Gélinas (Henri), Gendreau (J.-E.), Gérin-Lajoie (Léon), Gratton (Armand), Hartmann (Henry), Jutras (Albert), Lafresnière (Gabriel), Lamoureux (Léopold), Lefrançois (Charles), Lemierre (A.), Lemieux (J.-Edouard), LeSage (Albert), LeSage (Jean), LeSage (Jules), Letondal (Paul), Leven (Roland), Lian (C.), Major (Willie), Marin (Albéric), Martel (J.-Alcide), Martin (Paul), Mercille, Millet (J.-A.), Mongeon (Léo), Morin (Gaspard), Morin (Paul), Mourgue (R.), Mousseau (J.-Alfred), Panneton (Philippe), Paquette (J.-P.), Pariseau (Léo), Parizeau (T.), Pilon (J.-Alcide), Pinsonneault (G.), Poirier (Paul), Poliquin (Paul-A.), Ravina, Riopelle (J.-L.), Roch (Sylvio), Roy (J.-N.), Saint-Jacques (Eugène), Saucier (Jean), Sergent (Emile), Simard (L.-C.), Simard (Raymond), Simard (Roland), Smith (Pierre), Sorrel (E.), Stillmunkes (A.), Tétrault (Edouard), Winiphen (André).

L'Union Médicale du Canada

Fondée en 1872

Comité de Direction

MM. Benoît, Boucher, Bourgeois, Bousquet, Bruneau, Comtois, Desloges, Dubé, Gérin-Lajoie, Leduc, LeSage, Marin, Marion, Masson, Mercier, Mousseau, Parizeau, Roy, Saint-Jacques, Vidal.

Président: E. St-Jacques; Vice-Président: L.-A. Mousseau; Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal. Membre d'honneur: Professeur Pierre Masson.

Bureau de Collaboration

MM. Amyot, Roma; Archambault, P.-R.; Baril, Henri; Barry, Gaétan; Bellerose, A.; Bertrand, Albert (Hôp. de la Miséricorde); Bertrand, Albert (Hôp. N.-D.); Bourgeois, Paul; Brault, Jules; Desforges, Aimé; Desjardins, Ed.; Doré, Réal; Dubé, Edmond; Fauteux, Mercier; Favreau, Calixte; Fontaine, Rosario; Fortier, Louis; Gagnier, L.-A.; Gariépy, L.-H.; Gatien, R.; Gélinas, Henri; Jutras, Albert; Lafresnière, Gabriel; Lapierre, Gaston; Lefebvre, R.; Legrand, Emile; LeSage, Jean; Letondal, Paul; Magnan, L.-A.; Manseau, A.; Mathieu, Emile; Morin, Paul; Paquette, J.-P.; Poirier, Paul; Riopelle, J.-L.; Saucier, Jean; Simard, L.-C.; Smith, Pierre.

Président: A. LeSage; Vice-président: J.-A. Vidal;
Secrétaire: Léon Gérin-Lajoie.

Prix de l'abonnement pour 1937

Canada et Etats-Unis	\$3.00
Etranger (pays faisant partie de l'Union Postale)	4.00
Etudiants	1,50
Prix du numéro	0.50

Conditions de Publication

L'Union Médicale du Canada paraît tous les mois par fascicules de 164 pages. Chaque numéro contient des mémoires originaux, des faits cliniques, une revue générale, un mouvement médical, les notes de pharmacologie, des analyses et des nouvelles médicales.

Le Comité de Rédaction accepte des articles de tous les médecins à condition que ceux-ci n'aient pas déjà été publiés dans un autre journal. Les Mémoires Originaux ne doivent pas excéder 15 pages; les Faits Cliniques auront un maximum de 5 pages et les Revues générales comprendront au plus 10 pages.

TABLE DES MATIÈRES ⁽¹⁾

A

Abcès du poumon. Traitement des abcès du poumon par les ondes courtes	1001	Anémie des femmes dans la classe pauvre. L',	664
Action du para-amino-phénylsulfamide dans les méningites purulentes à streptocoques et accessoirement à méningocoques. L'	1249	Anévrysme artériels intracrâniens. Les,	1176
Acnitis. L'	1250	Angine de poitrine. Note sur la radiothérapie de l',	881
Adéno-papillomes de l'estomac associés à un cancer de l'oesophage. (J.-E. Gendreau et Albert Jutras)	1209	Anorexie des jeunes enfants. L',	321
Admission aux fonctions publiques des tuberculeux guéris. L',	756	Antiseptiques urinaires. Usage interne des., Revue historique, leur valeur actuelle	1179
Aérophagie. Illusions et vérités sur l'.	186	Appendicite aiguë. La mortalité dans l'	320
Albuminuries juvéniles. Le traitement des	208	Appendicite chronique avec brides à forme latente. L' (Jean LeSage)	601
Alimentation des travailleurs de l'industrie l'	194	Application thérapeutique de l'insuline	317
Alliance Médicale de la Province de Québec. L'., (Léon Gérin-Lajoie)	1158	Archibald. Le Prof. (Distinction honorifique)	463
Alliance Médicale de la Province de Québec. L'., (Léopold Lamoureux)	1159	Arsenicaux. Exagération de leur toxicité. Des. (Paul Poirier)	278
Amibiase. Porteurs d'amibiase chez les manipulateurs d'aliments à San Francisco	996	Arthrite psoriasique., L',	1096
Amyot, Dr Roma (Félicitations)	1104	Asthme bronchique. Traitement chirurgical de l'. Essai d'explication de la stlectomie	202
Anémie aiguë par hémolyse au cours d'un traitement par sulfanilamide	1169	Atélectasie pulmonaire et expérimentale. L'	193
		Attitude radicale opposée à l'attitude conservatrice dans le traitement des tumeurs cérébrales	989

B

Banquet à l'Honorable M. Paquette. Le leçon du (Gérin-Lajoie)	127	Benzédrine. Considération sur la,	758
Banquet au Ministre de la Santé. (Jean Saucier)	129	Benzédrine. Effets et indications des sels de,	1170
Banquet du 9 janvier 1937	115	Besoins alimentaires dans la première année de la vie. Les,	665

(1) Les titres en caractères gras indiquent les articles originaux.

Bill No. 12 — Loi relative à certaines corporations subventionnées par la Province	447	Bronchectasie et Phrénicectomie. (P.-R. Archambault)	1136
« Blocs opératoires ». Simple réflexions sur la constitution et le fonctionnement des,	560	Bronchites aiguës du nourrisson. Traitement des, (Paul Letondal)	182

C

Calcul biliaire. Les effets de l'obstruction par calcul biliaire sur la structure et les fonctions hépatiques	321	Colibacilles et déséquilibre alimentaire	997
Cancer de l'estomac. Du diagnostic clinique précoce du,	1091	Colibacillurie et sérothérapie, La. (LeSage)	440
Cancer de l'estomac. Facteurs d'importance dans le pronostic du,	667	Coma diabétique. L'emploi de l'insuline protamine avec zinc dans le,	985
Cancer gastrique. La gastroscopie. Sa valeur dans le diagnostic précoce du,	1091	Complexe d'infériorité et l'art dentaire. Le. (Ernest Charon)	414
Cancer de l'estomac, Le. (Eugène St-Jacques)	1229	Complications post-opératoires après hystérectomie élargie pour cancer du col	1179
Cellulite abdominale. Quelques remarques sur la (Roland Leven)	143	Concours Casgrain et Charbonneau à l'Université	245
Chimioprophylaxie de la poliomyélite	664	Conditionnement de l'air	875
Chirurgie chez les Indiens du Nord-Amérique. La, (Gariépy)	526	Conjonctivite avec adénopathie due au virus de la maladie de Nicolas-Favre	214
Chloromyélose aleucémique leucopénique chez un enfant. Un cas de,	326	Contamination de l'air par le streptocoque pyogène dans les salles de scarlatineux	996
Cholécystite non calculuse. Analyse de cent cas traités par la cholécystectomie. La,	878	Contribution à l'étude des tumeurs du corpuscule rétro-carotidienne	1247
Choléra infantile. En présence d'un choléra infantile, que doit-on faire?	324	Coqueluche. Enquête sur la coqueluche, son traitement, sa prophylaxie, ses conséquences	999
Chorée. Expérience de deux ans dans le traitement de la chorée par la fièvre artificielle	990	Corps étranger du duodenum. (Eugène Dufresne)	400
Clinique et Laboratoire. (Bertrand)	514	Correspondance. (J.-N. Roy)	861
Clou de tapissier dans la bronche droite. Ablation. (J.-N. Roy)	724	Cours de perfectionnement de technique chirurgicale concernant l'appareil moteur	1003

D

Décollement obstétrical de l'épiphyse supérieure de l'humérus. Le,	761	Dégénérescence en boule hyaline et athrocytose dans les épithéliums rénaux	219
Décoration. Remise de,	245	Delirium tremens. Traitement rationnel du,	660
Décubitus ventral dans le post-partum. (Paul-A. Poliquin)	1233		

Dépistage des hépatites tuberculeuses par l'épreuve des concentrations galactosuriques provoquées. Le . . .	185	Diagnostic et traitement des traumatismes cérébraux. Sur le,	552
Diabète chirurgical. Mortalité et,	668	Diagnostic et traitement des traumatismes du rein	669
Diabète sucré. L'exercice dans le	551	Diagnostic précoce du cancer gastrique. La gastroscopie. Sa valeur dans le,	1091
Diabète sucré. Signes et symptômes du,	659	Diagnostic de l'endométrite hyperplasique	1260
Diagnostic anatomique et clinique de l'ulcère chronique de l'estomac et de certaines formes de cancer gastrique	456	Diarrhées. Résultats obtenus avec la poudre de pommes dans les. (Henri Baril)	841
Diagnostic clinique précoce du cancer de l'estomac. Du,	1091	Diète hydrique. Les origines de la,	1000
Diagnostic de la typhoïde et des paratyphoïdes par la méthode de Welsh et Stuart. (Albert Bertrand)	639	Diphthérie. Epidémiologie de la,	556
Diagnostic de l'imminence d'une thrombose coronarienne aiguë. Le,	982	Divers traitements qu'il convient d'appliquer aux différentes formes d'ostéomyélite aiguë. Des., (E. Sorrel) .	371
Diagnostic des cardiopathies congénitales de la première enfance. (P. Letondal)	535	Dolicho-sigmoïde et dolichotransverse associés. (Pierre Smith)	392
Diagnostic et diagnostic différentiel de la grossesse par injection intraveineuse d'extrait hypophysaire postérieur	1094	Dosage du chlorure de sodium dans le liquide céphalorachidien au cours de la méningite tuberculeuse . .	993
E			
Eczéma « en couronne »	215	Endoscopie péritonéale. L', . . .	1258
Effets de l'obstruction par calcul biliaire sur la structure et les fonctions hépatiques. Les,	321	Enquête sur la coqueluche, son traitement, sa prophylaxie, ses conséquences .	999
Effets des petites doses de rayons X sur l'hypertension essentielle et le diabète	217	Enseignement de la pédiatrie à la Maternité	116
Effets du sulfate de benzédrine sur l'humeur et la fatigue, chez les individus normaux et chez les névropathes. Les,	327	Enseignement médical en France. L', (Henry Hartmann)	298
Effets et indications des sels de benzédrine	1170	Epicondylalgie. Pathologie et traitement de l',	205
Eléments du pronostic dans la fièvre typhoïde. Les. . . .	866	Epidémiologie de la diphtérie	556
Emploi de l'insuline protamine avec zinc dans le coma diabétique. L',	985	Epilepsie. Le traitement rationnel de l',	194
Empoisonnement par le plomb chez les ouvriers cigariers	454	Epilepsie. Les facteurs héréditaires dans l',	759
Encéphalographie gazeuse par voie lombaire chez l'enfant. L',	217	Epilepsie. Rapport de l'alcoolisme et de l',	990
Endocardite infectieuse aiguë due au bacille pyocyanique	448	Epilepsie infantile. Résultats après quinze années d'expérience, du traitement de l'épilepsie infantile par le régime cétogène	992
		Epiphyse supérieure de l'humérus. Le décollement ostétrical de l',	761

Epithéliums rénaux. Dégénérescence en boule hyaline et athrocytose dans les, . . . 219

Epreuves d'agrégation. (T. Parizeau) 114

Erysipèle généralisé du nouveau-né avec gangrène du scrotum, suivi de guérison complète par le chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine 461

Erythème du 9e jour. (Albéric Marin) 636

Erythème nouveau. Tuberculose infantile et, 1092

Essai sur une maladie nouvelle « La Sociale ». (LeSage) 1

Estomac et rayons X. Perforation de l'. (Antonio Belterose) 55

Etranglement hémorroïdaire. La conduite à tenir dans l', 1093

Etude de l'ossification comme moyen de différencier les vrais et les faux jumeaux dans les grossesses multiples 218

Eventration diaphragmatique droite avec volvulus organo-axial sous-bu'baire de l'estomac et interposition hépato-diaphragmatique de l'angle droit du colon. (Albert Jutras et Edouard Tétrault) 49

Examen des réticulocytes dans le sang périphérique pour l'étude clinique de la tuberculose pulmonaire. Sur l'importance pratique de. L', . 326

Examen radiologique des poumons en position couchée 658

Exercice dans le diabète sucré. L', 551

Exophtalmie sans goitre. (Réal Doré) 731

Expérience de deux ans dans le traitement de la chorée par la fièvre artificielle . . 990

Exploration fonctionnelle du pancréas endocrine 870

F

Facteurs alimentaires influençant la régénération de l'hémoglobine. Farine de blé entier, farine blanche, son préparé et farine d'avoine 558

Facteurs d'importance dans le pronostic du cancer de l'estomac 667

Facteurs héréditaires dans l'épilepsie. Les, 759

Fibrome et grossesse. (Léon Gérin-Lajoie) 160

Fièvre typhoïde. Les éléments du pronostic dans la 866

Formule d'Arneth. La valeur pronostic de la (Eugène Saint-Jacques) 856

Furoncle et anthrax 1095

Forme cortico-sous-corticale de la paralysie pseudo-bulbaire. (Roma Amyot) 1202

G

Gale. Traitement de la, (Paul Poirier) 442

Gastro-entero-anastomose. A propos du traitement de l'ulcère duodénal à forme hémorragique par la, . . . 456

GastroscoPie. Sa valeur dans le diagnostic précoce du cancer gastrique. La, . . . 1091

Glycosurie. Conduite à tenir en présence d'une. (Gilbert Dreyfus et André Winiphen) 854

Goitre colloïde diffus 452

Granulie. Sur un cas de. (J.-A. Millet) 1142

Grossesse. Diagnostic et diagnostic différentiel de la grossesse par injection intraveineuse d'extrait hypophysaire postérieure . . . 1094

Grossesse. Fibrome et, (Léon Gérin-Lajoie) 160

Guérison de la syphilis et reinfection. (Saint-Jacques) . . 499

H

Hémophilie. Nouvelle méthode de traitement dans les cas d', 546

Hémophysies, Dyscrosies sanguines et transfusions . . . 1251

Hémorragies gastriques. Les hémorragies gastriques des toxi-infections de la première enfance 998

Hépatites tuberculeuses. Dépistage des hépatites tuberculeuses par l'épreuve des concentrations galactosuriques provoquées	185	Huile de foie de morue. L'action bactéricide de L'	876
Hernie inguinale. Un procédé radical de, (Pierre Smith)	617	Hyperidroses essentielles. Les.	873
Hétéro-hémothérapie. Réaction à l',	999	Hyperplasies du corps thyroïde. Traitement thyroïdien de certaines hyperplasies du corps thyroïde non justiciables d'un traitement chirurgical	184
Histidine dans le traitement des ulcères gastriques, duodénaux et post-opératoires jéjunaux. L'. (Antoine Cantero et Albert Jutras) . .	151	Hypertension essentielle et diabète. Effets des petites doses de rayons X sur l', . .	217
Hormones gastro-intestinales à l'exception de celles qui possèdent une action anti-anémique et circulatoire . .	449	Hyperthyroïdie avec accidents cardiaques. (C. Lian, J. Facquet)	420
Hormone parathyroïdienne. Thérapeutique par l', . . .	190	Hypertrophie cardiaque essentielle du nourrisson. L', . .	670
		Hygiène municipale. (Sylvio Roch)	169-285
		Hypoglycémie avec courbe de tolérance paradoxale simulant l'ulcère peptique . . .	756

I

Ictus laryngé (vertige laryngé de Charcot) (Henri Gélinas)	1133	Individualité des insulinoïdes végétaux et des vitamines B.	187
Identification des cellules tumorales dans le sédiment des épanchements séreux .	460	Infarctus du myocarde. Traitement par le chlorure de sodium. (Ravina)	643
Illusions et vérités sur l'aérophagie	186	Infections locales en dermatologie	214
Immunsation anti-diphtérique par une dose unique de « Toxoid » diphtérique précipitée par l'alun	557	Influence sociale de la Presse Médicale au Canada. (Albert LeSage)	4
Immunsation anti-scarlatineuse	197	Inspection médicale des fabriques. Nécessité de l', . . .	198
Immunité active et passive et la porte d'entrée, dans la poliomyélite. L',	988	Insuline. Application thérapeutique de l',	317
Impotents par raideur. Le traitement physiothérapique des impotents par raideur, suite de lésions des parties molles ou d'arthrite. (Laquerrière)	495	Insuline protamine. Résultats cliniques obtenus avec (Clinical Experiences with Protamin Insulin in its various modifications)	1173
Inconvénients du lait de vache cru dans l'alimentation des jeunes enfants	558	Insulinoïdes végétaux et des vitamines B. Individualité des,	187
Indications de la vaccination antitétanique	993	Intoxications digitaliques. Les.	1168
		Invagination du sigmoïde à travers le rectum et l'anus. Un cas d', (Charles Lefrançois)	1139

K

Kystes entéroïdes. Les,	1177	tions du revêtement épithélial des,	326
Kystes hématiques de l'ovaire. Note sur certaines modifica-			

L

Lacassagne. Le Dr Antoine, Sous-Directeur de l'Institut du Radium de Paris, en mission au Canada 897

Lacerte. Le Dr Jean. (Bourse d'Etudes) 1104

Laennec Clinicien et Médecin. (Emile Sergent) 805

Lait. Les inconvénients du lait de vache cru dans l'alimentation des jeunes enfants 558

Lait évaporé irradié dans la prévention du rachitisme 876

Lait. La minéralisation et la vitamisation du, 196

Lafortune. Le Dr Sylvio. (Supper intime) 1104

La neurologie en 1937 1255

Lapierre, Dr G. (Condoléances) 1104

Laquerrière, Le professeur. (René Turck) 517

LeSage. Le professeur Albert. (J. E. Dubé) 305

Le dinitrophénol et l'extrait thyroïdien dans le traitement de l'obésité 1251

Le dinitrophénol et l'extrait thyroïdien dans le traitement de l'obésité 1252

Lésions des valvules cardiaques dans la fièvre rhumatismale 189

Le traitement des fractures-luxations des vertèbres cervicales par la traction squelettique et l'ostéosynthèse 1260

Les tumeurs à cellules géantes des os. Résultats concernant 15 cas traités par les rayons X et l'intervention chirurgicale 1261

Les tumeurs conjonctives malignes des parties molles 1262

Leucémie traumatique. Existait-il une., à propos d'une observation personnelle inédite. (J. E. Gendreau et G. Pinsonneault) 1119

Lever précoce et lever immédiat de nos opérés 456

« L'Hôpital ». Un nouveau Journal de Médecine 113

Lichen plan provoqué par des ventouses 214

Lupus érythémateux. Radiographie pulmonaire de 29 cas de, 563

Luxation du coude réduite par traction dans quatre directions 205

Luxation récidivante du maxillaire inférieur et son traitement La., (J. C. Favreau) 271

Lymphosarcome de l'estomac 328

M

Maladie de Graves. A propos de la pathogénie de la, 315

Maladie de Heine Médin. Valeur pratique de la sérothérapie pour le traitement de la, 562

Maladie de Kohler et la scaphoïdite du tarse. La, 322

Maladies de la nutrition 196

Maladie de Nicolas-Favre. Conjonctivite avec adéno-pathie due au virus de la maladie de, 214

Maladie de Recklinghausen. Neurinome de la queue de cheval. Syndrome de sciatique sévère et tenace. Forme fruste de la., (Roma Amyot) 403

Manie aiguë. Traitement par le gluconate de calcium intraveineux. (Roma Amyot) 629

Marin. Le docteur Albéric 364

MEDECINE PRATIQUE ET FORMULAIRE:

Accès d'apnée du nourrisson. Les. (Paul Letondal) 1089

Angine de Vincent. (Henri Gélinas) 864

Bronchites aiguës du nourrisson. Traitement des. (Paul Letondal) 182

Collibacillurie et la serothérapie. La., (A. LeSage) 440

Dents infectées et pression artérielle. (Gérard de Montigny) 1147

Diagnostic des cardiopathies congénitales de la première enfance. (P. Letondal) 535

Diagnostic précoce de la poliomyélite épidémique. (Paul Letondal) 1153

Gale. Traitement de la., (Paul Poirier) 442

Hémorragies gastro-intestinales ulcéreuses. Les. (LeSage)	755	Mise au point. (Pariseau)	1183
Infarctus du myocarde. Traitement par le chlorure de sodium. (Ravina)	643	Monument à Laennec. Un, (LeSage)	805
Médecins franco-américains de la Nouvelle-Angleterre. Nos confrères et amis: Les, (J. E. Dubé)	57	Mortalité au Canada, par tuberculose en 1936. La,	1176
Médication diurétique. (Eugène St-Jacques)	978	Mortalité et diabète chirurgical	668
Memento thérapeutique	590	Principales indications physiologiques de la paralysie infantile. (Albert Jutras)	1155
Méningite à streptocoque hémolytique	759	Rhino-pharyngites du nourrisson. Traitement des. (Paul Letondal)	61
Méningite tuberculeuse. Dosage du chlorure de sodium dans le liquide céphalo-rachidien au cours de la,	993	Salicylate de soude chez les enfants. Le, (Paul Letondal)	1240
Menstruation et tuberculose. (J.-A. Millet)	739	Scorbut infantile. Traitement par l'acide ascorbique. (Paul Letondal)	313
Métatarsien. L'épine du premier	323	Syndromes dysentériques du nourrisson. Traitement des., (Paul Letondal)	437
Méthode Rivers: nouvelle vaccination intradermique contre la variole. La,	877	Traitement de l'orchite-épididymite et de la prostatite aiguë gonococciques. (Eugène St-Jacques)	1150
Minéralisation et la vitamini-sation du lait. La,	196		

N

Nécessité pour les médecins de Québec de s'unir. La, (Gérin-Lajoie)	263	Le Prof. Frank Smithies. (J. E. Dubé)	257
Nécroses hépatiques au cours de thrombopénies essentielles. Des,	449	Professor F. A. C. Scrimger (Edward Archibald)	261
Neurinome de la queue de cheval. Syndrome de sciatique sévère et tenace. Forme fruste de la maladie de Recklinghausen. (R o m a Amyot)	403	Joseph-M. Raphaël Trudeau. (Léon Gérin-Lajoie)	595
Nominations	243	M. Henri Lanctôt	488
Nominations à la faculté de Médecine	795	Le Docteur J. H. Forgues	488
gleterre. (J. E. Dubé)	57	Le Docteur T. E. McKenty (L. G.-L.)	792
Notions actuelles sur les anesthésies chirurgicales	458	Le Professeur Louis-Napoléon Delorme. (L.-E. Fortier)	1113
Notes concernant la genèse des tumeurs à cellules géantes	1263	Louis-Napoléon Delorme 1867-1937. (E. P. Benoit)	1116
		Le Professeur Louis-Napoléon Delorme. (Jean Delage)	1118
NECROLOGIE:		Le Professeur J.-P.-E. Bousquet	1185
Le Professeur Mariotti (Paul Letondal)	111	Le Professeur J.-P.-E. Bousquet (Damien Masson)	1195
Le Professeur E. A. René de Cotret (L.-E. Fortier)	251	Albert Laramée. (Joseph Gauvreau)	1199

O

Occlusion iléale post-appendiculaire. Observations personnelles. L'. (Pierre Smith, Gérard Aumont)	1126	Ostéomyélite aiguë. Des divers traitements qu'il convient d'appliquer aux différentes formes d'. (E. Sorrel) . . .	371
Oedèmes des hépatiques. Les,	448	Ostéo-synthèse de la colonne vertébrale. (Eugène St-Jacques)	721
Oléochrysos. Lumière	192	Oto-mastoïdite latente et états de dénutrition aigus chez les nourrissons	462
Opération de Bouilly	1095		

P

Pancréas. Sécrétion interne du,	316	Pneumonie chronique chez les petits enfants,	323
Pancréatectomie partielle dans les états convulsifs associés à l'hypoglycémie. La valeur de la,	455	Poliomyélite. Conduite à tenir en présence d'un cas de. (A. Stillmunkes)	1060
Para-amino-benzène-sulfonamide et ses dérivés. Prontosil	867	Poliomyélite. L'immunité active et passive et la porte d'entrée dans la,	988
Paralysies faciales. Tentative d'explication des paralysies périphériques improprement appelées « A Frigore », (Ph. Panneton)	704	Polypose multiple du colon: maladie familiale. La,	559
Paralyse générale. Formes atypiques de la	872	Poumons. Examen radiologique des poumons en position couchée	658
Parathyroïdes. Physiologie des	191	Pouponnière de l'hospice des Enfants-Assistés de la Gironde	212
Parlons d'hygiène. (H.-Sylvio Roch)	1166	Pouvoir filtrant du nez humain. Le,	667
Pathogénie de l'hémorragie cérébrale	871	Presse Médicale au Canada. Influence de la (Albert LeSage)	1
Pathologie et traitement de l'épicondylalgie	205	Principe anti-anémique du foie et de l'estomac	450
« Patraques ». Le rôle de la tuberculose chez les,	319	Prix Casgrain & Charbonneau	793
Peau et le foie. La,	898	Problème médico-social de l'enfant délinquant. Le,	554
Perforation de l'estomac et rayons X. (Antonio Bellero-se)	55	Produits glandulaires commerciaux	547
Phrénicectomie. Action de la phrénicectomie sur les sécrétions broncho-pulmonaires et son mécanisme	550	Prophylaxie chirurgicale et le traitement médical de certaines séquelles de la cholécystectomie dues à l'angio-cholite et au spasme du sphincter d'Oddi. Sur la,	1172
Physiologie de l'embolie pulmonaire massive. La,	200	Psychopolynévrite de Korsakoff. (Jean Saucier)	742
Physiologie des parathyroïdes	191	Puberté précoce (macrogénitosomie)	1171
Pleurésies invisibles. Les,	453	Pyknolepsie. La,	1093
Pleurésies sèches et séro-fibrineuses. Quelques considérations sur les, (Jean-Philippe Paquette)	423	Pyrétothérapie. La, (Marin)	507

R

Rachitisme. Lait évaporé irradié dans la prévention du, . . .	876	Révuision électrique. La. (A. Laquerrière)	956
Radiographie des tissus mous	564	Rhino-pharyngites du nourrisson. Traitement des, (Paul Letondal)	61
Radiographie pulmonaire de 29 cas de lupus érythémateux	563	Rôle des états endométrôides dans la pathogénie de la grossesse tubaire	206
Radiokymographie du diaphragme. Résultats de la . .	882	Rotule. Fractures de la. (Eugène Saint-Jacques)	850
Radioscopie en salle éclairée. A propos de la. (Léo Parisseau)	976	Royal College of Physicians and Surgeons of Canada . . .	1005
Radiothérapie — Thyroïdectomie — Myxoédème. (Albert Jutras)	308	Royal College of Physicians & Surgeons of Canada . . .	1183
Radiothérapie — Thyroïdectomie — Myxoédème — Commentaires. (Réal Doré)	311	REVUE DES LIVRES ET THESES	
Radiothérapie de l'angine de poitrine. Note sur la, . . .	881	Annuaire du Canada, 1936	181
Réaction à l'hétéro-hémothérapie	999	Archivas da servico de dias urinarias de la policlinica geral do Rio de Janeiro. (Belmiro Valverde) . . .	899
Réaction de Kahn. Résultats de la réaction de Kahn avec des sérums provenant du sang ou du liquide céphalo-rachidien	215	Chirurgie des glandes parathyroïdes. (J. Braine) . .	647
Recherches sur la tolérance de l'appareil optique à l'acétylarsan	216	Chirurgie des grandes parathyroïdes. (J. Braine et R. Rivoire)	657
Rectification. (Réal Doré) . .	845	Dictionnaire des bactéries pathogènes pour l'homme, les animaux et les plantes. (Paul Hauduroy et C. Ehringer — A. Urbain et Dr Guillot — Dr J. Magrou)	657
Régime du diabétique. Le, (Louis Caillon)	1076	Diagnostic radiologique des affections osseuses et articulaires. (Markovits) .	180
Résistance du sphincter d'Oddi chez l'homme. La, . . .	560	Digest of Treatment. (Publié par J. B. Lippincott Co.)	800
Résultats, après quinze années d'expérience, du traitement de l'épilepsie infantile par le régime céto-gène	992	Endocrinologie clinique, Thérapeutique et expérimentale. (P. Sainton, H. Simonnet et L. Brouha)	1102
Résultats cliniques obtenus avec l'insuline protamine (Clinical Experiences with Protamin Insulin in its various modifications)	1173	Etudes sur le spina bifida. (Jacques Leveuf, Ivan Bertrand et H. Sternberg)	447
Résultats de la radiokymographie du diaphragme. Quelques	882	Fiches de pratique médicale. (Dr Desfour)	902
Résultats de la réaction de Kahn avec des sérums provenant du sang ou du liquide céphalo-rachidien	215	Forty years of psychiatry. (William A. White)	979
Résultats éloignés des perforations d'ulcères peptiques traitées par l'enfouissement	202	Heart disease and tuberculosis. (S. Adolphus Knopf)	177
Résultats obtenus avec la poudre de pommes dans les diarrhées. (Henri Baril) . .	841	Humanisme et médecine. (Dr Joseph Okinczyc) .	899
Rétinite pigmentaire. Adipose. Arriération mentale. Syndrome de Laurence-Bordet-Biedl. (Roma Amyot) . . .	823		

- Interprétation du fonctionnement du système nerveux par la notion de subordination et posture.** (Pierre Mollaret) 645
- La blennorrhagie. Méthodes actuelles de diagnostic et de traitement.** (Pierre Barbellion) 899
- La chirurgie de la douleur.** (René Leriche) 1001
- La diététique (par les religieuses de l'Hôtel-Dieu)** 544
- La diététique.** (Ouvrage écrit en collaboration et publié par l'Hôtel-Dieu de Montréal) 899
- L'anaphylaxie expérimentale et humaine.** (Pasteur Vallery-Radot) 899
- L'année médicale pratique.** (C. Lian) 649
- L'année médicale pratique.** (Camille Lian) 1001
- L'année thérapeutique.** (A. Ravina) 545
- La pathogénie des oedèmes. Confrontation des théories à la clinique.** (Pierre Mauriac) 800
- La radiokymographie du coeur et des vaisseaux.** (Emile Bordet et H. Fischgold) 657
- La thérapeutique du nourrisson en clientèle.** (Nobécourt et Marcel Maillet) 899
- La tuberculose.** (A. Jousset) 1102
- La vesicule biliaire et ses voies d'excrétion.** (M. Chiray, J. Pavel, A. Lomon) 91
- Le chirurgien devant l'état puerpéral.** (M. Metzger) 648
ger) 447
- Le chirurgien devant l'état puerpéral.** (M. Metzger) 648
- Les courants de haute fréquence.** (Geo. Ronneaux) 180
- Les dents humaines — Morphologie.** (E. Marseillier) 314
- Les feuillets médicaux.** (Publiés par la Librairie Maloine. Paris) 899
- Les gastropathies des syphilitiques.** (B. Udaondo) 545
- Les hémorragie utérines avant et après le ménopause.** (Claude Bécclère) . 447
- Les hémorragies utérines avant et après la ménopause.** (Claude Bécclère) 649
- Les immunités locales.** (A. Besredka) 1102
- Les médications dermatologiques.** (Georges Levy) . 1102
- Les régulations hormonales.** (Journées Médicales de Paris) 1102
- Les révélations du visage.** (Jean des Vignes Rouges) 654
- Les rhumatismes de l'épaule.** (Robert Merklen) . . 1102
- Les sérums de convalescents.** (A. Stillmunkes) . 1102
- L'homoeopathie sans mystère.** (Louis Bercher) . . . 1102
- L'hormone folliculaire.** (Dr Henri Simonnet) 800
- L'infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et chez les animaux.** (A. Calmette, A. Boquet, L. Negre) 365
- Maladies des femmes enceintes — Tomes III & IV.** (Henri Vignes) 1001
- Maladie hypertensive et syndrome d'hypertension.** (A. Dumas) 899
- Maladies infectieuses.** (A. Lemierre) 646
- Manuel des questions et réponses d'examens des gardes-malades.** (Charlotte Tassé) 543
- Mecanismo probable de la cancerizacion.** (Par Americo Garibaldi) 1001
- New Theory of the Etiology, Pathogenesis, Treatment and Prevention of Cancer.** (D. Cascio) . . 538
- Physiologie du système lymphatique.** (H. Rouvière et G. Valette) 1102
- Physiologie générale des articulations à l'état normal et pathologique.** (A. Policard) 447
- Physiologie générale des articulations à l'état normal et pathologique.** (A. Policard) 655
- Précis de médecine catholique.** (Dr Henri Bon) . . 181
- Précis de médecine coloniale.** (C. Joyeux et A. Sice) 1001

Précis de phtisiologie. (Albert Giraud et F. Cardis)	1102	Thérapeutique biologique. (Gaston Lyon)	1102
Précis d'urologie. (F. Legueu et E. Papin)	899	Traité de biocolloïdologie. (W. Kopaczewski)	545
Précis d'urologie. (F. Legueu et E. Papin)	1167	Traité de chirurgie orthopédique. (5 volumes) (Ombredanne et P. Mathieu)	1102
Pression solaire. Faisceau énergétique et biologie. (Dr G. Froin)	545	Traité de thérapeutique clinique. (Paul Savy)	653
Quelques vérités premières, ou soi-disant telles en pneumologie clinique. (Emile Sergent)	443	Traité de thérapeutique clinique. (Paul Savy)	447
Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) sur les maladies infectieuses. (A. Lemierre)	1102	Traité élémentaire d'exploration clinique médicale. (Emile Sergent, avec la collaboration de MM. Francis Bordet, Paul George, Clément Launay, Camille Lian, René Mignot, Pierre Oury, Pierre Pruvost, L. Ribadeau-Dumas)	747
Rapport du congrès français de Médecine, Paris, 1936	447	Tuberculose du tube digestif. (André Cade)	1102
Revista dos cursos. (Faculdade de Medicina de Porto Alegre)	1001	Ultra-sons et biologie. (A. Dognon, F. et H. Biancani)	314
Roentgenologie. (Professeur Alban Kohler)	181	Urgences de chirurgie. (Ls. Dambrin)	1102
Séméiologie radiographique pulmonaire. (Jacques Stéphan)	1102		
Sérothérapie antipoliomyélitique d'origine animale. (S. A. P.) (Par le Dr Auguste Pettit)	444		

S

Sangs incompatibles comme thérapeutique de shock dans les infections graves. Les, (Paul-A. Poliquin)	381	Signes et symptômes du diabète sucré	659
Sarcome de Ehrlich de la souris. Action du venin de cobra in vitro et in vivo sur un,	997	Simple réflexions sur la constitution et le fonctionnement des « blocs opératoires »	560
Saturnisme. Le, (Henri Gélinas)	164	Sirois. Le Docteur L. J. O. Cinquantième anniversaire de pratique de la médecine. (La direction)	1103
Scaphoïdite du tarse. La maladie de Kohler et la,	322	Sphincter de l'urètre chez la femme. De l'insuffisance du sphincter de l'urètre chez la femme et de sa reconstitution	760
Scorbut. Est-ce du scorbut? (LeSage)	502	Sphincter d'Oddi. La résistance du sphincter d'Oddi chez l'homme	560
Scorbut infantile. Traitement du scorbut infantile par l'acide ascorbique. (Paul Letondal)	313	Sorrel. Le Professeur Etienne. (J.-U. Gariépy)	428
Sécrétion interne du pancréas. La,	316	Sorrel. Madame, Née Dejerine-Klumpke. (J. Saucier et Amyot)	430
Septicémies. Les, (A. Lemierre)	1067	Spirochaeta Haemophilus	566
Services sanitaires des compagnies d'assurance-vie et les examens sanitaires périodiques. Les,	454		

Splénectomie pour polyarthrite chronique progressive déformante l'allure infectieuse . . .	1247	Assemblée scientifique du bureau médical de l'Hôpital Notre-Dame	94-220-464-572-672-762
Sténose pylorique d'origine ulcéreuse. Le syndrome de la grande sténose pylorique d'origine ulcéreuse. Azotémie consécutive par manque de sel. Opération. Guérison. (J.-Alfred Mousseau)	834	Congrès de 1936	64
St-Jacques. Le Professeur Eugène	364	Congrès de l'Association Médicale Canadienne à Ottawa. (Léon Gérin-Lajoie)	858
Sulphate de Benzédrine. Les effets du sulfate de benzédrine sur l'humeur et la fatigue, chez les individus normaux et chez les névropathes	1170	Congrès des Dentistes de langue française de l'Amérique du Nord	488
Sulfanilamide, avertissement, Un	1248	Le congrès de psychiatrie XXVe. Congrès français de médecine	897
Sympathies au Docteur J.-A. Vidal	792	Congrès international de l'insuffisance hépatique	795
Syndrome de la grande sténose pylorique d'origine ulcéreuse. Azotémie consécutive par manque de sel. Opération. Guérison. Le (J.-Alfred Mousseau)	834	1er Congrès international de l'union thérapeutique	488
Syndrome de Laurence-Bordet-Biedl. Rétinite pigmentaire, Adipose, Arriération mentale. (Roma Amyot)	823	Cinquième congrès international de radiologie tenu à Chicago du 13 au 17 septembre 1937. (Albert Jutras)	1144
Syndrome de Menière. Le traitement médical du,	661	La semaine gastro-entérologique	793
Syndromes dysentériques du nourrisson. Traitement des, (Paul Letondal)	437	La vingt-deuxième réunion annuelle de « The Radiological Society of North America »	362
Syndromes psycho-anémiques. Les,	757	Rapport de l'assemblée scientifique de l'Hôpital Général de Verdun	572
Syphilis. Neuf ans de traitement préventif de la syphilis par le bismuth de Lodz	667	Réunion annuelle de la Canadian Physiological Society à l'Université Queen's, Kingston, Ont.	115
Syphilis conjugale inapparente. La,	215	XVIe réunion neurologique internationale annuelle	697
Syphilis et réinfection. Guérison de la. (St-Jacques)	499	Société de Chirurgie de Montréal. Rapport du secrétaire général	359-692
SOCIETES ET CONGRES		Société de Gastro-entérologie de Montréal	780
Assemblée scientifique de l'Hôpital St-Luc	360-485-567-788-894	Société de phtisiologie de Montréal	890
		Société Médicale de Montréal	330-464-690-789-884-1097

T

Technique de l'enfouissement de l'ulcère perforé du duodénum. La,	667	Testicule. La valeur des irradiations dans les tumeurs du,	455
Tentative d'explication des paralysies faciales périphériques improprement appelées « A Frigore ». (Philippe Panneton)	704	Tétanie gastrique	328
		Thérapeutique auxiliaire de l'arthrite	793
		Thérapeutique par l'hormone parathyroïdienne	190

Thymus. Le,	546	Traitement de la méningite cé- rébro-spinale par le Para- amino - phényl - sulfamide	1248
Tissus mous. La radiographie des,	564	Traitement actuel le la neuro- Syphilis	1255
Tendances de la médecine con- temporaine. La médecine à la croisée des chemins	1242	Traitement des brûlures cuta- nées étendues récentes . . .	1257
Toxi-infections de la première enfance. Les hémorragies gastriques des,	998	Traumatismes cérébraux. Sur le diagnostic et le traite- ment des,	662
Traitement chirurgical de l'asthme bronchique. Essai d'explication de la stlecto- mie	202	Traumatismes du rein. Dia- gnostic et traitement des, . .	669
Traitement de la gale. (Paul Poirier)	442	Trépanation du sphénoïde par voie trans-septale dans un cas de névrite optique retio- bulbaire. (Jules Brault) . .	1225
Traitement de la tuberculose curable de la deuxième enf- fance. Le,	984	Trombose coronarienne aiguë. Le diagnostic de l'imminen- ce d'une	982
Traitement de l'ulcère pepti- que par l'histidine	559	Tuberculeux guéris. L'admis- sion aux fonctions publi- ques des tuberculeux gué- ris	756
Traitement des abcès du pou- mon par les ondes courtes	1001	Tuberculose. Le rôle de la tu- berculose chez les « patra- ques »	319
Traitement des albuminuries juvéniles. Le,	208	Tuberculose curable de la deuxième enfance. Le trai- tement de la	984
Traitement des bronchites ai- guës du nourrisson. (Paul Letondal)	182	Tuberculose infantile et éry- thème nouveau	1092
Traitement des rhino-pharyn- gites du nourrisson. (Paul Letondal)	61	Tuberculose pulmonaire. Sur l'importance pratique de l'examen des réticulocytes dans le sang périphérique pour l'étude clinique de la	326
Traitement des troubles gyné- cologiques d'origine endo- crinienne	879	Tuberculose pulmonaire. Sur quelles bases établir un traitement de la,	983
Traitement des ulcères gastro- duodénaux par les acides aminés	982	Tumeurs cérébrales. L'atti- tude radicale opposée à l'attitude conservatrice dans le traitement des,	989
Traitement médical du syn- drome de Menière	661	Tumeur du cou et du médi- astin antérieur de provenance sympathique	201
Traitement physiothérapique des impotents par raideur, suite de lésions des parties molles ou d'arthrite. (La- querrière)	495	Tumeurs malignes non obs- truantes du petit intestin . .	671
Traitement rationnel de l'épi- lepsie. Le,	194	Typhoïde et paratyphoïde. Diagnostic de la typhoïde et des paratyphoïdes par la méthode de Welsh et Stuart. (Albert Bertrand)	639
Traitement rationnel du deli- rium tremens	660		
Traitement thyroïdien de cer- taines hyperplasies du corps thyroïde non justiciables d'un traitement chirurgical	184		

U

Ulcère de l'estomac. Est-ce un? (Albert LeSage)	846	Ulcères gastriques, duodénaux et post-opératoires jéju- naux. L'histidine dans le traitement des, (Antonio Cantéro et Albert Jutras)	151
Ulcère et cancer gastrique. (Albert Jutras et Ant. Can- téro)	733		

Ulcères gastro-duodénaux. Traitement des ulcères gastro-duodénaux par les acides aminés	982	Ulcère peptique perforé d'un diverticule de Meckel . . .	320
Ulcères peptiques. Résultats éloignés des perforations d'ulcères peptiques traitées par l'enfouissement	202	Ulcère perforé du duodénum. La technique de l'enfouissement de, l',	667
Ulcère peptique. Le traitement de l'ulcère peptique par l'histidine	559	Un cas d'abcès épidermique revêtant l'aspect initial d'un syndrome abdominal aigu. (Jean LeSage et Jean Panet-Raymond)	1217

V

Valeur des irradiations dans les tumeurs du testicule. La,	455	Vitamine D. Nouvelles observations sur la valeur comparée et anti-rachitique de la,	210
Valeur pratique de la sérothérapie pour le traitement de la maladie de Heine Médin	562	Volvulus du grand épiploon. Trois observations de, . . .	204
Ventilation	555	Volvulus organo-axial sous bulbaire de l'estomac et interposition hépato-diaphragmatique de l'angle droit du colon. Eventration diaphragmatique droite avec, (Albert Jutras et Ed. Tétréault)	49
Vésicule biliaire et ses voies d'excrétion. La, (Jean LeSage)	91		
Viciation de l'air dans les écoles	197		



TABLE DES AUTEURS

A		DUFRESNE, Origène 217
AUMONT, Gérard	1126	DUFRESNE, Roger-R. 870
AMYOT, Roma	190, 191, 294, 316, 317, 403, 430, 449, 450, 546, 547, 629, 660, 661, 757, 758, 823, 992, 993, 1171, 1175	F
ARCHIBALD, Edward	261	FACQUET, J. 420
ARCHAMBAULT, P. R.	192, 193, 453, 550, 658, 868, 983, 1092, 1136.	FAUTEUX, Mercier 200, 201, 202, 320, 321, 455, 456, 559, 560, 667.
ATTENDU, C.-A.	867	FAVREAU, J.-C. 271
B		FERRON, Maurice 214, 215, 563, 564, 1096
BARIL, Henri	841	FORTIER, L.-E. 251, 1113
BARRY, Gaétan	546	FORTIER, Louis 1041
BELANGER, Léonard-F.	761	G
BELISLE, Louis-Philippe	881, 1001	GAGNIER, L. 217, 323, 564, 882
BELLEROSE, Antonio	55	GAGNON, Paul-A. 216
BENOIT, E.-P.	1116	GARIEPY, L.-Henri 551, 756, 869
BERNIER, Alph.	219, 449, 1041	GARIEPY, J.-U. 202, 428, 526
BERTRAND, Albert, (Hôp. N.-D.) 326, 514, 639		GELINAS, Henri 164, 448, 864, 1133
BONIN, Wilbrod	218	GENDREAU, J.-E. 1119
BOUCHER, S.	973	GERIN-LAJOIE, Léon 127, 160, 263, 493, 595, 858, 907, 1026, 1158.
BOURGOIS, Paul 94, 670, 728, 760, 1167		GRATTON, Arm. 987, 1014, 1173
BOUTIN, J.-R.	1169, 1179	H
C		HARTMANN 298
CAILLON, Louis	1076	J
CANTERO, Antonio	151, 328, 733	JUTRAS, Albert 49, 151, 308, 460, 671, 733, 1144, 1155.
CHAPUT, Yves	982, 999, 1000, 1168, 1170, 1172.	L
CHARRON, Ernest	414	LAFRESNIERE, Gabriel 659
D		LAMOUREUX, Léopold 1159
DELAGE, Jean	1118	LAPIERRE, Gaston 322
DeMONTIGNY, Gérard	281, 1147	LAQUERRIERE, Albert 180, 495, 545, 956, 1050
DESJARDINS, Edouard	459, 668, 878, 1038, 1093, 1177.	LEFRANCOIS, Charles 1139
DORE, Réal	184, 311, 315, 452, 731, 845, 953.	LEMIERRE, A. 1067
DREYFUS, Gilbert	854	LEMIEUX, J.-Ed. 872, 873, 990
DUBE, J.-E. 57, 121, 177, 257, 305		LeSAGE, Albert 1, 4, 64, 113, 441, 502, 538, 543, 623, 703, 718, 755, 805, 846, 909, 1041
DUFRESNE, Eugène	400	

LeSAGE, Jean 185, 186, 601, 1091
 LeSAGE, Jules-S. 1084
 LETONDAL, Paul . . . 61, 111, 182,
 212, 313, 324, 437, 461, 535,
 563, 670, 979, 998, 1089, 1153
 LEVEILLE, Antonio 462
 LEVEN, Roland 143
 LIAN, C. 420

M

MAJOR, Willie 208
 MARIN, Albéric 507, 636
 MARTEL, J.-Alcide 210
 MARTIN, Paul 189
 MERCILLE, 866
 MILLET, J.-A. 1142
 MONGEON, Léo 205, 322
 MORIN, Gaspard 984
 MORIN, Paul 982
 MOURGUE, R. 979
 MOUSSEAU, J.-Alfred 834

P

PANNETON, Philippe 704
 PAQUETTE, J.-P. . . . 319, 423,
 658, 756, 1171.
 PARISEAU, Léo 975
 PARIZEAU, T. 114
 PILON, Alcide 759, 1093
 PINSONNEAULT, G. 1119
 POIRIER, Paul 278, 442, 969
 POLIQUIN, Paul-A. 381

R

RAVINA 643
 RIOPELLE, J.-L. . . . 326, 448, 460
 ROCH, Sylvio 169, 194, 196,
 197, 200, 285, 454, 554, 556,
 557, 558, 664, 665, 666, 667,
 875, 876, 877, 993, 996, 997,
 1166, 1176.
 ROY, J.-N. 266, 724, 861, 945

S

SAINT-JACQUES, Eugène . . . 499,
 721, 752, 850, 856, 866, 978,
 1056, 1150.
 SAUCIER, Jean 129, 194, 327,
 430, 521, 552, 662, 742, 871,
 949, 988, 989, 1011.
 SERGENT, Emile 806
 SIMARD, L.-C. 962, 1030
 SIMARD, Raymond
 1026, 1094, 1095, 1178
 SIMARD, Roland 206
 SMITH, Pierre 204, 392, 456,
 458, 560, 1126.
 SORREL, E. 371
 STILLMUNKES, A. 1060

T

TETRAULT, Edouard 49

W

WINIPHEN, André 854



BIBLIOTHÈQUE
 SAINT-SUÏCE

TABLE ALPHABÉTIQUE DES ANNONCES

Abbott Laboratories Ltd, (<i>Métaphédrine</i>)	XII
Anglo-French Drug Cie, (<i>Elixir Gabail</i>)	XLIX
Antiphlogistine, (<i>Désarmer la bronchite</i>)	XXII
Ayerst, McKenna & Harrison, Limited, (<i>Le temps est aux tempêtes</i>)	XX
Banque Canadienne Nationale, (<i>À votre disposition</i>) . .	XLVI
Borden Company Limited, The, (<i>Lait Borden's St. Charles, Evaporé</i>)	LIX
Bromo-Seltzer Ltd.,	LXI
Canada Drug Company, (<i>Paveral</i>)	LX
Canadian Metalix Co. Ltd., (<i>Philips Metalix Rotalix</i>) . .	XI
Carnation Company Limited, (<i>Lait Carnation Irradié</i>) . .	XIV
Casgrain & Charbonneau, Ltée, (<i>Sulfocide</i>)	XXXVI
Casgrain & Charbonneau, Ltée, (<i>Stérilisateur "Castle"</i>)	XLVIII
Casgrain & Charbonneau, Ltée, (<i>Ray. X Westinghouse</i>)	XLVIII
Ciba, Compagnie, Limitée, (<i>Trasentine et le Perandren "Ciba"</i>)	III
Cloutier & Cloutier Cie Ltée, (<i>L'Unité de Demain... Dès aujourd'hui</i>)	X
Denver Chemical Manufacturing Co., (<i>Antiphlogistine</i>)	XXII
Duckett J. A., (<i>Dernière Création de la Prothèse</i>)	LIV
Eddé, J., Limitée, (<i>Tréphonyl</i>)	VI
Eddé, J., Limitée, (<i>Lactobyl</i>)	VI
Eddé, J., Limitée, (<i>Pommade Midy</i>)	XIX
Eddé, J., Limitée, (<i>Hémostyl</i>)	XXVII
Eddé, J., Limitée, (<i>Nucléarsilol Robin</i>)	XXX
Eddé, J., Limitée, (<i>Phospho-Strychnal</i>)	XXXIII
Eddé, J., Limitée, (<i>Ocréine Grémy</i>)	XXXIII
Eddé, J., Limitée, (<i>Peptonate de Fer Robin</i>)	XXXIII
Eddé, J., Limitée, (<i>Iodogénol Pépin</i>)	XXXIV
Eddé, J., Limitée, (<i>Neurinase</i>)	XLVI
Fellows Medical Mfg. Co., Ltd., (<i>Équilibrez le pH</i>) . .	XXXV
Kellogg, (<i>Un résumé des faits scientifiques à propos du son.</i>)	<i>Troisième page de la couverture.</i>
Frosst, Charles E. & Co. (<i>Kondremul</i>)	<i>Deuxième page intérieure de la couverture.</i>

BUDGETOLA
 10118-11118

Herdt & Charton, Inc., (<i>Liposeptine</i>)	LV
Herdt & Charton, Inc., (<i>Choay</i>)	LXVIII
Hirbour, Arthur, (<i>Pharmacie d'Ordonnances</i>)	LXIV
Hoffmann-LaRoche Limitée, (<i>Larostidine « Roche »</i>)	XLV
"Ifah", Pharm. Products, (<i>Histidin-Ifah</i>)	LI
Imperial Tobacco Co. of Canada, (<i>Sweet Caporal</i>)	LIII
Joubert, J. J., Limitée, (<i>Santéine</i>)	LII
Knox Gelatine Laboratories, (<i>Gélatine Knox « B. P. »</i> <i>adjuvant dans les régimes des dyspeptiques</i>)	LXIX
Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, (<i>Glycobyl</i>)	IX
Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, (<i>Génésérine</i>)	IX
Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, (<i>Génatropine</i>)	IX
Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, (<i>Genoscopolamine</i>)	IX
Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, (<i>Amidal</i>)	IX
Laboratoires A. Bailly, (<i>Pulmo-Bailly</i>)	XVIII
Laboratoire du Bismol, (<i>Anogel</i>) <i>Quatrième page de la couverture.</i>	
Laboratoires Clin, Comar & Cie, (<i>Spartoval</i>)	I
Laboratoires Clin, Comar & Cie, (<i>Sparto-Camphre</i>)	I
Laboratoires Clin, Comar & Cie, (<i>Genistéнал</i>)	I
Laboratoires A. Guerbet & Cie, (<i>Lipiodol</i>)	XLVII
Laboratoires A. Guerbet & Cie, (<i>Sédosine</i>)	XLVII
Laboratoires du Dr Roussel, (<i>Tréphonyl</i>)	VI
Laboratoire Nadeau Limitée, (<i>Sodiosal</i>)	XXX
Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Ltée, (<i>Désinfection buccale par les pastilles de gonacrine</i>)	XIII
Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Ltée, (<i>Freinix</i>)	XVII
Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Ltée, (<i>Péro-Freinix</i>)	XVII
Laboratoires du Dr P. Astier, (<i>Riodine Astier</i>)	XXV
Laboratoires Midy, (<i>Pommade Midy</i>)	XIX
Librairie Beauchemin Limitée, (<i>Linguaphone</i>)	XXVIII
La Cie Canadienne des Agences Modernes, (<i>Les Lithinés du Dr Gustin</i>)	LII
La Cie Canadienne des Agences Modernes, (<i>Magnésie du Dr Gustin</i>)	LII
Listers Limited, (<i>Listers</i>)	LX
Mercier & Dion, (<i>Fourrures</i>)	XXI
Millet, Roux & Cie, Ltée, (<i>L'Ampho-Quintivaccin</i>)	LXIII
Monty, Gagnon & Monty	VIII
Nestlé's Milk Products (Canada) Ltd, (<i>Lactogen ne peut pas être préparé avec du lait vieux ou inférieur</i>)	LXXII
Parke, Davis & Cie, (<i>Le Mapharsen</i>)	IV

Ranniger, W.-E., (<i>Histidin-Ifah</i>)	LI
Rougier Frères, (<i>Hepathemo</i>)	XVII
Rougier Frères, (<i>Hémoglobine Deschiens</i>)	XIX
Rougier Frères, (<i>Digitaline Nativelle</i>)	XXII
Rougier Frères, (<i>Freinix</i>)	XVII
Rougier Frères, (<i>Pero-Freinix</i>)	XVII
Rougier Frères, (<i>Sedlitz Chanteaud</i>)	XXVI
Rougier Frères, (<i>Sténol Chanteaud</i>)	XXVI
Rougier Frères, (<i>Rami</i>)	XXVI
Rougier Frères, (<i>La Néo-Gastricine</i>)	XXIX
Rougier Frères, (<i>Névrosthénine Freyssinge</i>)	XXXV
Rougier Frères, (<i>Chloramine Freyssinge</i>)	XXXV
Rougier Frères, (<i>Capsules Dartois</i>)	XXXV
Rougier Frères, (<i>Urseptine Rogier</i>)	XLV
Rougier Frères, (<i>Sirop Famel</i>)	LIV
Rougier Frères, (<i>Désinfection buccale par les pastilles de Gonacrine</i>)	XIII
Rougier Frères, (<i>Spectrol</i>)	XLV
Rougier Frères, (<i>Iodalose Galbrun</i>)	LXVI
Rougier Frères, (<i>Prosthénase</i>)	LXVI
Sanatorium de Blois	L
Sanatorium Prévost	II
Schering (Canada), Ltd., (<i>Les noms qui font époque</i>)	LXV
Squibb & Sons of Canada, Ltd., E. R., (<i>Navitol</i>)	LXII
Usines Chimiques du Canada, Inc., (<i>Valor Chlorure d'E- thyle</i>)	LXVI
Usines Chimiques du Canada, Inc., (<i>Valor Epinéphrine 1: 1000</i>)	LXVI
Usines Chimiques du Canada, Inc., (<i>Valor Valdine</i>)	LXVI
Vinant Ltée, (<i>Spartoval</i>)	I
Vinant Ltée, (<i>Sparto-Camphre</i>)	I
Vinant Ltée, (<i>Génistéнал</i>)	I
Vinant Ltée, (<i>Glycobl</i>)	IX
Vinant Ltée, (<i>Génatropine</i>)	IX
Vinant Ltée, (<i>Génésérine</i>)	IX
Vinant Ltée, (<i>Genoscopolamine</i>)	IX
Vinant Ltée, (<i>Amidal</i>)	I
Vinant Ltée, (<i>Lipiodol</i>)	XLVII
Vinant Ltée, (<i>Sédosine</i>)	XLVII
Vinant Ltée, (<i>Pulmo-Bailly</i>)	XVIII
Warner, William R., Co. Ltd., (<i>Agarol</i>)	LXX
Wander, A., Limited, (<i>Ovaltine</i>)	XXIX

Un résumé des faits scientifiques à propos du SON

Quels sont les avantages du son comme laxatif? D'importants laboratoires de nutrition ont fait plusieurs études de ce produit. Voici leurs conclusions scientifiques:

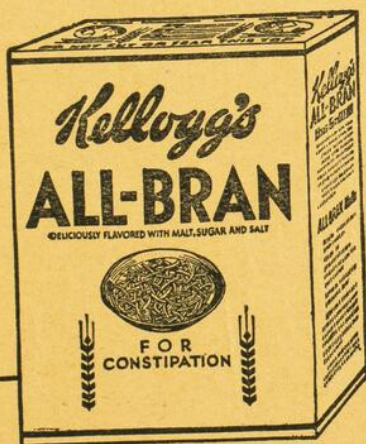
(1) Le son soulage la constipation, due à une insuffisance de volume de déchets. (2) Son emploi continu ne diminue pas son effet laxatif. (3) Le son est une excellente source de vitamine B (qui stimule l'activité intestinale). (4) Le son fournit le fer, générateur du sang. (5) Le volume total du son s'élimine moins, dans le tube digestif, que celui fourni par les fruits et les légumes.

De cette façon le son est souvent plus efficace.

Dans l'organisme, Kellogg's ALL-BRAN absorbe au moins deux fois son volume d'eau, il forme une masse molle, stimule légèrement et nettoie l'intestin. Le son peut être employé chaque fois qu'un plus gros volume alimentaire est permis dans le régime.

Kellogg's ALL-BRAN peut être servi comme céréale, avec du lait ou de

la crème, ou servir à la préparation d'appétissants muffins ou pains, etc. Vendu chez tous les épiciers. Fabriqué par Kellogg, à London, Ontario.



1 Effets laxatifs de son de blé et de "blé lavé" dans Healthy Men, pages 1866-1875, J. Am. Med. Assn., mai 1932.

2 L'influence du son sur le tube digestif, pages 133-156, J. Am. Dietetic Assn., juillet 1932.

3 Le son de blé, source de vitamine

B, pages 363-374, J. Am. Dietetic Assn., mars 1932.

4 Facteurs alimentaires agissant comme régénérateurs de l'hémoglobine, pages 593-608, J. Biological Chem., juin 1932.

5 Autres études sur l'emploi du son de blé comme laxatif, pages 795-802, J. Am. Med. Assn., 18 mars 1933.

ANO GEL CUM KASSIL

**Dans les cas de
Constipation
opiniâtre.**

•
DOSE

**Une ou
deux cuil-
lerées à
thé avec
beaucoup
d'eau matin
et soir.**

**Dans les cas bé-
nins de Constipa-
tion ANOGEL
(simple) forme
un volume favo-
rable au peris-
taltisme normal
de l'intestin.**

•
DOSE

**Une ou deux cuillerées
à thé dans de l'eau
matin et soir.**

ANO GEL

(simple)

Echantillons et Littérature

LE LABORATOIRE DU BISMOL

945, rue Côté, Montréal

"L'UNION MEDICALE DU CANADA" est éditée par l'Union Médicale du Canada (Incor-
porée), et imprimée par Librairie Beauchemin Limitée, 430, rue Saint-Gabriel, Montréal.