

L'Union Médicale du Canada

REVUE MENSUELLE

Fondée en 1872



NÉCROLOGIE

Le professeur Louis-Napoléon Delorme . . .	L.-E. FORTIER . . .	1113
Louis-Napoléon Delorme 1867-1937 . . .	E.-P. BENOIT . . .	1116
Le professeur Louis-Napoléon Delorme . . .	Jean DELAGE . . .	1118

MÉMOIRES

Existe-t-il une leucémie traumatique? A propos d'une observation personnelle inédite	J.-E. GENDREAU et G. PINSONNEAULT . . .	1119
L'occlusion iléale post-appendiculaire. Observations personnelles	Pierre SMITH Gérard AUMONT . . .	1126

RECUEIL DE FAITS

Ictus laryngé (Vertige laryngé de Charcot)	Henri GELINAS . . .	1133
Bronchectasie et phrénicectomie	P.-R. ARCHAMBAULT . . .	1136
Un cas d'invagination du sigmoïde à travers le rectum et l'anus	Charles LEFRANÇOIS . . .	1139
Sur un cas de granulie	J.-A. MILLET . . .	1142

MOUVEMENT MÉDICAL

Le cinquième Congrès International de radiologie tenu à Chicago du 13 au 17 septembre 1937	Albert JUTRAS . . .	1144
------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------	------

MÉDECINE PRATIQUE

Dents infectées et pression artérielle	Gérard de MONTIGNY . . .	1147
Traitement de l'orchi-épididymite et de la prostatite aiguë gonococciques	Eugène ST-JACQUES . . .	1150
Diagnostic précoce de la poliomyélite épidémique	Paul LETONDAL . . .	1153
Principales indications physiothérapiques de la paralysie infantile	Albert JUTRAS . . .	1155

ACTUALITÉS

L'Alliance Médicale de la Province de Québec	Léon GERIN-LAJOIE . . .	1158
L'Alliance Médicale de la Province de Québec	Léopold LAMOUREUX . . .	1159

(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

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.

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

LE BUREAU EXÉCUTIF



ANÉMIES,
ANÉMIES PERNICIEUSES,
DÉFICIENCES ORGANIQUES.

TREPHONYL

Sirop

Sérum Hémopoïétique (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.*

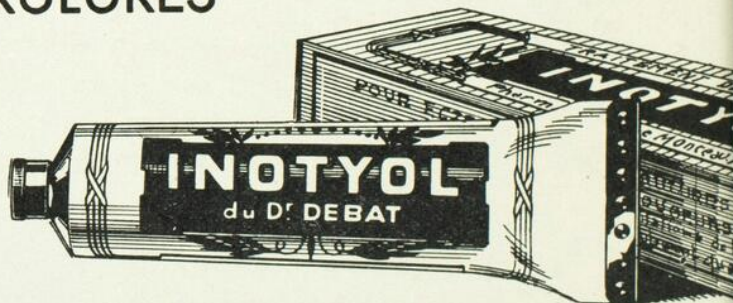
—♦♦—
Laboratoires du Dr ROUSSEL,
97, rue de Vaugirard, **PARIS.**

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

ECZÉMAS
ULCÈRES - BRÛLURES

Agent Général
J. EDDÉ Ltée
MONTRÉAL

Lésions et
Irritations
de la Peau



Pommade **INOTYOL**

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 Gouin, 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.

ENERGETENES VEGETAUX BYLA

Sucs purs, inaltérables, de plantes fraîches soigneusement dosés
et physiologiquement éprouvés

MARRON D'INDE - BYLA

Toni-vasculaire, solutif, analgésique

VALERIANE - BYLA

Sédatif, régulateur du système nerveux
(trois cuillerées à café par jour)

ERGOTININE CRISTALLISÉE DE TANRET

Utilisée avec succès dans toutes les:
hémorragies, hémoptysies, métrorragies, épistaxis, etc...
(solution)

HORMOVARINE BYLA

(adoptée par les Hôpitaux de Paris)

Folliculine ovarienne spécifique, physiologiquement titrée

Traitement de tous les dysfonctionnements ovariens
(comprimés — ampoules injectables)

Pelletiérine Tanret

TŒNIA

98 EXPULSIONS SUR 100 TENTATIVES

La **Pelletiérine** est le principe actif alcaloïde de l'écorce de grenadier, découvert
par **Tanret en 1878.**

La Pelletiérine Tanret est le tœnifuge le plus sûr et le plus facile à prendre.

La Pelletiérine ne doit pas être donnée aux épileptiques.

AMINO-SEL BYLA

Remplace le Sel

Régimes Achloruré et Déchloruré

INDICATIONS: Affections circulatoires, hépatiques — Albuminurie —
Néphrites aiguës — Scarlatine.

LES ÉTABLISSEMENTS BYLA, - - - PARIS

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

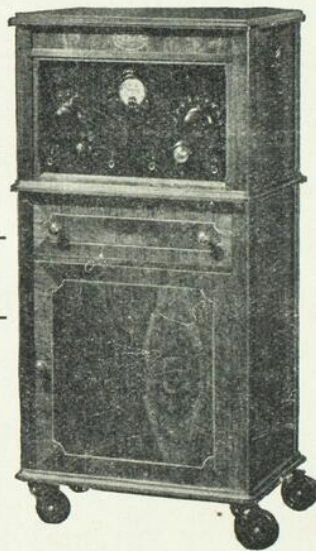
Ce sont les résultats cliniques qui importent le plus

Et, n'est-ce pas de ce principe que les médecins expriment généralement leur enthousiasme pour le « Modèle Clinique » HOGAN BREVATHERM, avant comme après s'en être servis.

Vous trouverez cette unité d'un bon rendement dans l'application thérapeutique de la diathermie à ondes courtes — comprenant l'hyperpyrexie ainsi que la chirurgie électrique.

Cependant, le coût est modéré et les conditions de paiement réellement faciles.

Nous sollicitons vos demandes et renseignements.



No 8821
Modèle Clinique
HOGAN BREVATHERM

Cloutier & Cloutier Cie, Ltée

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

4338, rue Saint-Denis

MONTREAL, Qué.

BElaIR 1616

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.; Gatién, R.;
Gélinas, H.; Jutras, A.; Lafresnière, G.; Lapierre, 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.), Bohémien (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.), Lapierre (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

VARIÉTÉS

Parlons d'Hygiène H.-Sylvio ROCH . . . 1166

REVUE DES LIVRES

Précis d'urologie Paul BOURGEOIS . . . 1167

NOUVELLES

Mise au point. — Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. — Mort du Professeur Bousquet 1185

BIBLIOGRAPHIE

Séméiologie radiographique pulmonaire, interprétation de radiographies pulmonaires. — Tuberculose du tube digestif. — Urgences de chirurgie, tableaux cliniques, conduite à tenir. — Les médications dermatologiques. — Les régulations hormonales en biologie, en clinique et en thérapeutique, 1937. — Endocrinologie, clinique thérapeutique et expérimentale. — L'homéopathie sans mystère. — Physiologie du système lymphatique, formation de la lymphe, circulation lymphatique normale et pathologique 1186

ANALYSES

MÉDECINE

Les intoxications digitaliques (p. 1168).
Anémie aiguë par hémolyse au cours d'un traitement par sulfanilamide (p. 1169). Effets et indications des sels de benzédrine (p. 1170).

ENDOCRINOLOGIE

Puberté précoce (macrogénitosomie) (p. 1171).

PHTISIOLOGIE

Relations entre les virulences des B. de Koch et les formes cliniques de la tuberculose pulmonaire (p. 1171).

NUTRITION

Sur la prophylaxie chirurgicale et le traitement médical de certaines séquelles de la cholécystectomie dues à l'angio-cholite et au spasme du sphincter d'Oddi (p. 1172). Résultats cliniques

obtenus avec l'insuline protamine (Clinical Experiences with Protamin Insulin in its various modifications) (p. 1173).

NEUROLOGIE

Les anévrysmes artériels intracrâniens (p. 1176).

HYGIÈNE

La mortalité au Canada, par tuberculose en 1936 (p. 1177).

CHIRURGIE

Les kyste entéroïdes (p. 1178).

GYNÉCOLOGIE

Complications post-opératoires après hystérectomie élargie pour cancer du col (p. 1179).

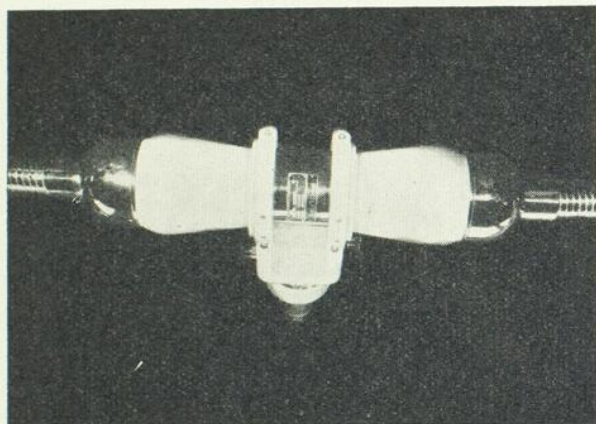
UROLOGIE

Usage interne des antiseptiques urinaires. Revue historique, leur valeur actuelle (p. 1180).

PHILIPS METALIX ROTALIX

TUBES À RAYONS-X

Connus et vendus dans
le monde entier



Tube universel à 200 kv pour la
thérapie profonde et permettant
les traitements à courtes distan-
ces, tensions réduites dues à
l'absence d'un filtre permanent
(seulement Imm. Al.).

**Tubes et appareils à
protection totale
pour la radiothé-
rapie moderne:**



Thérapie de contact
(Méthode du Dr Chaoul)

**Thérapie à courtes
distances**

Thérapie profonde
de 200 kv à 1000 kv

Représenté au Canada par

**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

LE PROFESSEUR LOUIS-NAPOLÉON DELORME

Il y a quelques mois à peine, nous célébrions, à la Faculté de Médecine, les Noces d'Or de notre regretté collègue dans l'enseignement.

Nous lui présentions nos vœux de santé et nous demandions à la Providence de conserver encore parmi nous ce modèle de travail et de fidélité au devoir.

Professeurs, aussi bien qu'élèves, l'acclamèrent.

Aujourd'hui, c'est un jour de deuil. — Nos souhaits ne se sont pas réalisés.

Après plusieurs semaines d'une maladie cruelle, supportée avec une résignation chrétienne, le professeur Delorme s'éteignait dans cet hôpital Notre-Dame dont il avait été l'un des premiers internes.

Né à Saint-Jacques-de-l'Achigan d'une famille favorisée des biens de la terre et jouissant d'une grande aisance, il fit à Joliette de sérieuses études secondaires puis il s'inscrivit à la Faculté de Médecine de l'Université Laval à Montréal, dont l'enseignement était fait par toute une pléiade de jeunes médecins de talent.

L'anatomie avait pour lui un véritable attrait et c'est à la Chaire du professeur Berthelot qu'il s'attacha surtout.

Ses études terminées, Delorme décida de faire de la pratique générale et de devenir ce que l'on appelait alors un médecin de famille. Il était déjà établi et avait des succès marqués lorsque le professeur Berthelot tomba gravement malade et devint dans l'impossibilité de continuer son travail. La Faculté se tourna alors vers Delorme et lui demanda de vouloir bien assumer la succession de son Maître. Delorme hésita. Ses succès en clientèle le détournaient de l'enseignement. Finalement, toutefois, il accepta et c'est de tout cœur qu'il se mit à sa nouvelle tâche.

Dans l'enseignement de l'anatomie il fut non seulement professeur, il dut être en même temps administrateur.

Il réorganisa le laboratoire ; il transforma les méthodes employées jusque-là pour la conservation des cadavres et des pièces anatomiques. C'est à lui que nous devons les méthodes si perfectionnées que l'on emploie aujourd'hui à l'Université de Montréal.

Le laboratoire établi, il s'agissait de créer un Musée anatomique. Il est toujours important, et Delorme l'avait bien constaté, que les élèves voient sur une pièce artificielle ou une pièce naturelle bien conservée, les organes qu'ils auront à étudier. Après plusieurs voyages en Europe et aux Etats-Unis, dans le but de perfectionner son matériel d'enseignement, le professeur réussit à réunir les éléments d'un Musée assez considérable et qui est assurément d'une grande utilité aux élèves qui doivent commencer, puis approfondir leur dissection.

S'il savait se faire aimer de ses élèves, exigeant d'eux du travail et de la précision, il avait le respect des morts et dans ces grandes salles, où il y avait parfois près de cent élèves, il savait maintenir une discipline vraiment remarquable.

Il est difficile de rencontrer un professeur-technicien qui ait pu faire avec autant de minutie et de succès la dissection des parties les plus délicates du corps humain.

Dans ses dernières années, alors qu'il avait plusieurs assistants pour l'aider à son travail, il s'était attaché d'une manière toute particulière à l'étude du grand sympathique, et nous ne croyons pas nous tromper en disant qu'il a contribué aux progrès qui se sont fait depuis quelques années dans les recherches sur le sympathique pelvien.

Il s'intéressait à ses élèves et avait pour eux des sentiments de bienveillance et d'affectueuse bonté. A ceux qui manifestaient des dispositions spéciales pour l'étude de l'anatomie, il facilitait l'octroi de bourses à l'étranger, et l'admission non seulement comme élèves, mais comme aides dans différentes facultés d'Europe ou des Etats-Unis, dont il connaissait les chefs.

Malgré les longues heures qu'il consacrait chaque jour à ses cours et leur préparation, il conserva toujours une clientèle nombreuse et l'affluence immense qui remplissait l'église où avaient lieu ses funérailles, constitue un témoignage éloquent de l'estime que les foules ont pour le médecin de famille.

Si le docteur Délorme laisse une épouse qui fut continuellement pour lui un aide précieux, il laisse une famille qui faisait son bonheur : des fils honnêtes et qui suivent les droits chemins qui mènent au

succès, des filles qui sont des modèles de dévouement, les unes dans le monde, les autres dans la vie religieuse.

Au nom de nos collègues de la Faculté, nous prions sa femme, ses enfants, toute sa famille d'agréer l'expression très sincère de notre vive sympathie. C'est une perte que nous subissons tous.

Le professeur Delorme fut un homme de bien, doublé d'un grand modeste.

L.-E. FORTIER.

LOUIS-NAPOLÉON DELORME

1861-1937

La mort, cette ouvrière inlassable qui n'a jamais déclaré la grève, en mettant fin à la carrière du professeur Delorme, fait disparaître du Conseil de notre Faculté, la dernière trace de l'ancien régime Laval.

Le professeur Delorme, en effet, représentait parmi nous la deuxième génération des anciens de la Faculté. Elève des Laramée, des Rottot, des Brosseau, des Foucher, des Desrosiers, pour ne nommer que les principaux, il entra, jeune médecin, comme interne à l'hôpital Notre-Dame avec ses deux grands amis, Brennan et Normand. Ce dernier était des Trois-Rivières, où il fit sa marque. Brennan fut chez nous le premier chirurgien spécialisé en gynécologie. Tous les trois, à cette époque, étaient en quelque sorte les mousquetaires du régime, toujours à l'avant-garde pour la défense des traditions.

Delorme survécut longtemps à ses deux amis. Imbu des traditions du passé, formé à l'école d'hommes qui furent constamment, dans leur vie professionnelle, intègres et désintéressés, il a été lui-même, sa vie durant, le fidèle disciple de ses maîtres.

Installé en avant-garde dans un territoire d'ouvriers, à la Pointe Saint-Charles, il montra à ses clients, de plus en plus nombreux, comment savait travailler un médecin intègre et consciencieux, avec application, avec patience et persévérance, et les ouvriers de sa paroisse pouvaient apprécier des qualités qu'ils pratiquaient eux-mêmes. C'était le temps, bien éloigné hélas! où l'employé était loyal à son patron et celui-ci déférent pour son employé. C'est avec ces méthodes, bien différentes de celles des temps nouveaux, que Delorme édifia patiemment sa réputation, qui fut grande, et ce sont ces mêmes méthodes, conformes à son caractère, qu'il apporta dans son travail à la Faculté.

Nommé professeur d'Anatomie pratique, Delorme apporta dans son enseignement, parce qu'il fut toujours logique avec lui-même, ses mêmes qualités d'application, de persévérance et d'intégrité.

Je ne connais pas de professeur, dans notre faculté, qui ait été plus consciencieux et plus loyal que Delorme. Indifférent au bruit et à la réclame, méprisant l'intrigue, sensible à l'injustice, il poursuivit dans la paix et la joie du travail une carrière qui fut féconde, qui reste pour nous tous un modèle, et dont il put lui-même, répondant aux compliments de ses collègues lors de son jubilé, souligner avec simplicité et modestie les qualités fondamentales, qu'il considérait comme essentielles.

Le mérite de ceux qui disparaissent est parfois vite oublié. C'est à peine, de nos jours, si l'on tient compte du sacrifice héroïque des soldats de la grande guerre. Ainsi va la vie moderne, nerveuse et désorientée. Il n'en est pas moins vrai qu'une belle vie reste digne d'admiration, qu'elle demeure pour nous un exemple et qu'un homme qui fut constamment, comme le professeur Delorme, intègre, travailleur, loyal et bon, ne mériterait pas l'oubli de ceux qui l'ont connu et vu à l'œuvre.

Puisse le souvenir de notre ami Delorme demeurer parmi nous, inspirer les générations qui montent et influencer les décisions de ceux qui nous conduisent (1).

E.-P. BENOIT.

Montréal, le 4 octobre 1937.



(1) Eloge prononcé à la réunion plénière du Conseil de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.

LE PROFESSEUR LOUIS-NAPOLÉON DELORME

Le 3 octobre dernier la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal perdait un de ses plus anciens membres. Monsieur le docteur L.-N. Delorme, issu d'une ancienne famille de Saint-Jacques-de-l'Achigan, il naquit en cet endroit le 12 octobre 1861, devint médecin le 15 avril 1886, et remplaça le docteur Chartrand alors professeur d'anatomie de l'Université Laval.

L'an passé, en une réunion toute intime, nous fêtions son cinquantième anniversaire de Professorat et de Doctorat en Médecine. Tous ceux qui assistaient à cette fête se rappelleront ses remarques sur la brièveté de la vie; ses paroles à ce moment étaient tristes à entendre, car à cette date il était facile de constater que la mort avait commencé de l'étreindre.

Fidèle à la parole donnée, sachant s'effacer devant les autres, comme tout gentilhomme fait, il devenait implacable devant la fourberie et l'injustice.

D'une grande bonté, peut-être trop grande pour des élèves en Médecine, il préférait le raisonnement à la contrainte. Dans l'intimité, aimable causeur, il abondait en anecdotes nombreuses et variées. Son œuvre scientifique se résume à quelques travaux très intéressants et importants du reste, sur le système nerveux sympathique.

Peut-on lui reprocher d'avoir publié peu? On peut le faire, la critique est à la portée de tous, mais en ce faisant on commettrait une injustice à son égard. Il faut se rappeler en effet que ce n'a pas été l'Université qui lui permit de vivre durant les années les plus difficiles de sa carrière: il était obligé de pratiquer son art pour subvenir aux besoins de sa famille.

Quoiqu'il en soit, je suis convaincu que son souvenir restera longtemps dans l'esprit de ses nombreux élèves. Pour ma part, je perds un maître estimé et un bienfaiteur.

Jean DELAGE.

de la rate est capable d'exercer, de manière courante, une action excitatrice sur la leucopoïèse. 4°) Le fait qu'une leucémie survient après un traumatisme ne pourrait constituer en soi une preuve en faveur de l'origine traumatique possible de la leucémie, que dans le cas où ce fait se renouvellerait fréquemment. Or, dans la littérature médicale recueillie jusqu'à date, les observations sont rares et un certain nombre de celles qu'on invoque sont peu suggestives.

Par contre, il s'en trouve de troublantes où on a bien de la peine à rejeter l'influence du traumatisme. Telle par exemple le cas relaté par Bousser, qui concerne une jeune fille de 27 ans, vue par Emile-Weil, et traitée par Sluys. Cette jeune fille, en excellente santé, est renversée violemment par une automobile. Plaies superficielles et contusions multiples. Huit jours plus tard, elle présente de la température, avec une tuméfaction très considérable de la rate. Deux examens médicaux, un premier, trois semaines avant l'accident, à propos d'un malaise léger, et un deuxième, au moment de l'accident, affirment qu'il n'y avait rien de tel précédemment. La malade meurt six mois plus tard de leucémie myéloïde. S'agit-il là seulement d'une leucémie révélée par un traumatisme? — Ou encore cette autre observation également due à Bousser, où un homme de 42 ans, sportif et en excellente santé jusque-là, est renversé le 4 mai 1929, par un camion-automobile. Perte de connaissance. Violente contusion avec vaste ecchymose de la région scapulaire gauche. Malgré un séjour d'observation à l'hôpital, le diagnostic reste hésitant et le blessé met plusieurs mois à recouvrer sa capacité de travail. Au mois de juillet 1930, quinze mois après l'accident, il consulte pour douleur à l'hypochondre gauche. On découvre la splénomégalie, et l'hématologie confirme le diagnostic de leucémie myéloïde. Traitement par la radiothérapie, suivi de rémissions temporaires de la maladie. Mort en décembre 1933. Les tribunaux français ont admis l'origine traumatique de l'affection. — Dans un troisième exemple (observation XXXII de la thèse de Bousser) où la splénomégalie est reconnue seulement 27 mois après l'accident, Emile-Weil et Bousser admettent encore la relation de cause à effet. Il s'agit d'un manœuvre heurté violemment par un tronc d'arbre, chez qui on diagnostiqua une fracture de la première vertèbre lombaire. En dépit de la consolidation de sa fracture, le blessé continua à ressentir des douleurs abdominales. Il traîna de tribunal en tribunal, avec une incapacité qui varia de 100 à 50%, et mourut de leucémie myéloïde typique trois ans après son accident.

Plusieurs objections théoriques s'opposent à l'hypothèse d'une leucémie traumatique. La principale est la suivante. Comment ex-

pliquer qu'une action locale, sur un os ou sur la rate, déclenche une action sur tout le système hémopoïétique en général? Car on sait que la leucémie est une maladie de système et que les foyers leucémiques sont constitués, non par des métastases, mais par une hyperplasie du tissu myéloïde ou, tout au plus, par une métaplasie myéloïde du tissu lymphoïde. A ceux qui ne sont pas réfractaires aux arguments d'autorité, on pourrait répondre que des pathologistes tels que Sternberg, Banti, Ribbert, Bard, Sabrazès et d'autres sont restés partisans, malgré ces faits, de la théorie néoplasique. D'abord, la théorie infectieuse n'a jamais fait sa preuve en pathologie humaine. On cite le cas de contagion classique, mais malheureusement unique d'Obratzow, où un infirmier aurait contracté une leucémie un mois après avoir soigné un patient atteint de la même maladie et la trouvaille d'Aubertin, qui aurait constaté quatre cas de leucémie, dans le même quartier, en deux mois. Il y a également la récente observation de Brulé et de ses collaborateurs, où il s'agit d'une leucémie aiguë contractée à la suite d'une piqûre septique. Mais ce sont là des faits isolés qui peuvent s'expliquer par des coïncidences.

Le principal argument de la théorie infectieuse est la transmission expérimentale de la leucémie des poules par un virus filtrant. Or la théorie néoplasique vient d'être remise en honneur sur des arguments tirés du même matériel d'étude. Oberling et Guérin, Troisier et Sifferlen en France, Furth aux Etats-Unis, Engelbreth-Holm et Rothe-Meyer au Danemark, viennent de montrer que le virus filtrant de la leucémie aviaire jouit d'un cytotropisme aussi marqué pour la cellule conjonctive que pour la cellule sanguine et peut produire, suivant des conditions encore non déterminées, tantôt des sarcomes, tantôt des leucémies.

On dira peut-être que ces faits ne font que plaider en faveur de la nature infectieuse de certains sarcomes; ce qu'on soupçonnait déjà depuis les recherches de Peyton Rous. Mais d'autres études tendent à confirmer l'analogie entre la leucémie et le cancer dans le domaine expérimental. Ceux qui croient encore à la pathogénie infectieuse des leucémies et qui liront l'important travail de Jean Bernard sur les leucémies provoquées par les injections intra-médullaires de goudron seront fortement ébranlés dans leur conviction. En ce qui concerne la leucémie expérimentale, on est forcé d'admettre, à l'heure actuelle, qu'elle se comporte comme un sarcome spécial du tissu conjonctif sanguin qui reconnaît tantôt une cause infectieuse, tantôt une cause purement toxique. On ne voit pas de raison à priori de récuser le même mécanisme en pathologie humaine. Il y a d'ailleurs longtemps

qu'on connaît, en clinique humaine, des intermédiaires entre la leucémie et le cancer, pour ne citer comme exemple que la leucosarcomatose, où la propagation par métastases, entre manifestement en jeu. Et pour en revenir à leucémie traumatique, on peut dire que si son existence n'a jamais été prouvée d'une façon certaine, son impossibilité théorique ne l'a jamais été davantage.

Pour affirmer l'origine traumatique vraisemblable de la maladie, on s'appuiera, dit Bousser, sur les criteria suivants. 1) L'intégrité de l'état antérieur du sujet sera recherchée par les commémoratifs, par l'interrogatoire de témoins et par les examens médicaux possibles. 2) La nature de l'accident sera précisée. « Il faut exiger un traumatisme assez considérable et qui a porté sur le squelette ou sur l'abdomen et plus particulièrement sur la région splénique ». 3) La relation chronologique comporte un délai de quelques jours seulement, lorsqu'il y a lieu de faire la preuve de l'aggravation d'une leucémie. Quand il s'agit d'attribuer la maladie au seul traumatisme, on cite des chiffres au minimum de l'ordre de quelques mois et au maximum de l'ordre d'un an. Mais toutefois, « lorsqu'il est impossible pour une raison quelconque (insuffisance de renseignements par exemple) de fixer la date d'apparition des premiers symptômes cliniques, et qu'on doit prendre pour point de repère, l'époque de la découverte de la splénomégalie, on peut, à notre avis, admettre la relation jusqu'à deux ans, deux ans et demi après l'accident ». (Emile-Weil et Bousser.) (1)

Observation:

E. X..., 32 ans, boxeur professionnel, poids lourd, nous est amené le 25 octobre 1934. Le malade se plaint de douleurs épigastriques, de faiblesse et d'essoufflement. Les troubles durent depuis plus d'un an et vont en s'aggravant. X... est un colosse, tout en muscles, sans antécédent pathologique personnel ou familial intéressant. Il a commencé à s'entraîner à la boxe en 1922 et est devenu un professionnel de son sport en 1924. Depuis cette époque, jusqu'en 1932, il a fait de l'entraînement quotidien et s'est battu avec la plupart des boxeurs connus de l'époque. Sa carrière officielle s'est terminée en 1932, pour des raisons étrangères à son état de santé. Après sa retraite, le malade a continué à faire de la boxe en amateur, mais déjà dès ce temps-là dit-il, il se sentait moins d'haleine, moins d'endurance, moins sûr de lui. Au cours de l'année 1933, il éprouva fréquemment des pesanteurs dans l'abdomen et une certaine fatigabilité qu'il mettait sur le compte de sa digestion.

(1) Il ne s'agit, dans cette étude, que de la leucémie myéloïde, la seule admise par les tribunaux de certains pays, de l'Allemagne notamment, les cas de leucémie lymphatique et leucémie aiguë étant beaucoup plus rares et d'interprétation plus difficile.

Comme tous les gens comblés de vitalité, il refusait de se croire malade et tentait de se remettre en équilibre par le régime et par l'hygiène. C'est là ce qui explique son retard à consulter.

X... nous avoue en toute modestie que ce qui, dans son opinion, a fait sa supériorité, c'est son endurance aux coups reçus, et une grande force dans un petit nombre de coups qu'il parvenait à porter. Les seuls coups qu'il s'appliquait à parer étaient ceux dirigés sur la mâchoire, quant aux autres, il les laissait le plus souvent venir. Il avait pour habitude constante de se garer de l'avant-bras gauche et de présenter à son adversaire, l'hémi-thorax gauche. Par une sorte d'accommodation de sa musculature et par beaucoup d'entraînement, il était arrivé à pouvoir recevoir en pleine poitrine, et sans broncher, des coups de poing formidables. En 1928, à Boston, au cours d'un combat, il se fait fracturer la portion antérieure des 5ième et 6ième côtes gauches. En 1930, à Londres, un coup de droite lui brise les 10ième et 11ième côtes. Tous ces accidents se réparent dans les délais normaux; X..., garde son endurance et les traumatismes sur la région splénique continuent à pleuvoir.

Une particularité de la vie de X..., que nous croyons importante à signaler comme facteur de longue durée de sa maladie est l'hygiène et le régime auxquels il s'astreint depuis 1922. C'est un végétarien, qui reste sur son appétit, dort beaucoup, et a toujours gardé l'habitude des exercices physiques, particulièrement de la marche. Il est absolument intransigeant sous le rapport du régime. La seule boisson qu'il se permette en dehors de l'eau, est un peu de thé. Certains jours où il se sent moins en train, plus lourd, il se borne à une diète liquide, jus de tomates et jus de fruits et le lendemain, ajoute-t-il, il se trouve invariablement plus en forme.

Etat en octobre 1934.

Individu de 6 pieds, 2 pouces, pesant 185 livres (son poids habituel est de 215 à 220 livres). Pâleur marquée des téguments et des muqueuses. Température normale. Pouls: 76. Tension artérielle, 120-70. Rien de particulier dans l'analyse des urines. B. W. négatif dans le sang.

L'examen des organes thoraciques montre un peu de matité à la base pulmonaire gauche. La radiographie confirme que le sinus costo-diaphragmatique gauche est bouché et laisse soupçonner un léger épanchement pleural. Aucun signe de lésions strictement pulmonaires. Le cœur et le médiastin sont normaux. Aucune adénopathie suspecte. On note une voussure assez considérable de l'abdomen. La palpation, la percussion, l'examen radiologique montrent que cette voussure est due à une tuméfaction de la rate, qui remplit à peu près la moitié gauche de l'abdomen. On note également un léger œdème des malléoles. Tout le reste de l'examen physique est négatif. La formule sanguine fixe le diagnostic: valeur globulaire: 0.90. Hémoglobine: 75%. Globules rouges: 4,150,000. Globules blancs: 321,360. Polynucléaires: 30%. Lymphocytes: 35%. Grands mono: 14%. Eosinophiles: 1%. Éléments myéloïdes immatures: (myélocytes et myéloblastes) 30%.

Traitement.

Le 20 octobre, on entreprend le traitement de radiothérapie dans les conditions suivantes: Appareillage Gaiffe, Tension constante: 190 K. V. In-

tensité secondaire: 4 M. A. Distance anticathode-peau: 50 cm. Filtre: 2 mm de Cu. plus 2 mm d'Al. Champ à la peau de 200 cm². Du 29 octobre 1934 au 18 janvier 1935, le malade a reçu sur l'hypocondre gauche, 3092 r; sur le flanc gauche, 365 r; sur la moelle des os longs, 200 r.

Le 21 novembre 1934, le nombre des leucocytes est tombé à 188,000, le 30 novembre, à 82,000, le 19 décembre, à 23,000. Le 28 décembre, la formule sanguine est parfaitement normale: valeur globulaire: 0.97. Hémoglobine: 85%. Globules rouges: 4,375,000. Globules blancs: 6,240. Polynucléaires: 70%. Lymphocytes: 23%. Grands mono: 6%. Eosinophiles: 1%. Le malade a repris alors son occupation de garçon de café, qu'il a pu remplir régulièrement jusqu'à maintenant. La numération globulaire fut pratiquée tous les mois durant toute l'année 1935. Elle se maintint normale jusqu'au mois d'octobre, où on trouva: valeur globulaire: 0.94. Hémoglobine: 85%. Globules rouges: 4,500,000. Globules blancs: 10,920. Polynucléaires: 73%. Lymphocytes: 18. Grands mono: 4%. Eosinophiles: 1%. Le malade fut soumis à un nouveau traitement de R. X. du 4 octobre au 6 novembre 1935, dans les mêmes conditions d'appareillage que celles citées précédemment. La rate fut irradiée par deux champs: sur le champ antérieur on donna 690 r, et sur le champ postérieur, 805 r. Le 13 novembre 1935, la formule sanguine donne les résultats suivants: valeur globulaire: 0.98. Hémoglobine: 85%. Globules rouges: 4,300,000. Globules blancs: 10,920. Polynucléaires: 73%. Lymphocytes: 18. Grands mono: 8%. Eosinophiles: 1%.

Le 8 janvier 1936, on trouve de nouveau 25,000 globules blancs, avec quelques éléments jeunes. On reprend le traitement qu'on poursuit jusqu'au 19 février. Rate, champ antérieur, 1035 r; champ postérieur, 1035 r. Le 21 février, la formule sanguine est la suivante: valeur globulaire: 0.94. Hémoglobine: 80%. Globules rouges: 4,250,000. Globules blancs: 15,600. Polynucléaires: 66%. Lymphocytes: 28%. Grands mono: 5%. Eosinophiles: 1%.

A la fin de mai, le malade présente des troubles oculaires qui seront décrits dans un travail ultérieur et une nouvelle poussée qui nécessite d'autres séances de radiothérapie. Champ splénique antérieur, 1495 r, et champ splénique postérieur, même dose, en 38 jours. L'hémogramme reste subnormal jusqu'à la fin d'août, où on enregistre 40,000 leucocytes, avec présence d'éléments jeunes dans le sang circulant. Du 25 août au 18 septembre, on administre sur la rate, en deux champs, 3930 r. Résultat: valeur globulaire: 0.90. Hémoglobine: 90%. Globules rouges: 4,900,000. Globules blancs: 18,720. Polynucléaires: 77%. Lymphocytes: 13%. Grands mononucléaires: 3%. Eosinophiles: 2%. Myélocytes: 5%.

La leucémie devient manifestement de plus en plus résistante aux radiations. De septembre 1936 à janvier 1937, le nombre des leucocytes oscille entre 18,000 à 42,000. De nouvelles doses de rayons X, 1867 r, durant les mois de janvier et février, et 650 r durant le mois d'avril, sur la rate, réussissent tout de même à abaisser le nombre des leucocytes à 15,000, mais six semaines à peine plus tard, la leucocytose est remontée à 75,000.

Devant ce nouvel état de choses, on décide de soumettre le malade à la téléroentgénéthérapie. Le traitement est conduit prudemment au rythme de 7 r par jour, avec des hémogrammes toutes les 48 heures. On a constaté alors ce que l'on constate habituellement dans les leucémies longtemps traitées par les radiations. Un moment arrive où, pour réduire la série blanche,

il faut donner des doses tellement poussées, qu'on finit par léser la série rouge. On navigue alors entre deux écueils: la leucémie et l'anémie.

L'état de X... est actuellement moins bon. Sa dernière formule sanguine en date du 1er octobre, est la suivante: valeur globulaire: 1.05. Hémoglobine: 80%. Globules rouges: 3,800,000. Globules blancs: 67,000. Polynucléaires: 70%. Lymphocytes: 8%. Grands mononucléaires: 6%. Eosinophiles: 1%. Myélocytes: 15%.

Discussion

Le diagnostic ne fait ici aucun doute: il s'agit bien d'une leucémie myéloïde. Le traumatisme porte bien sur la région splénique et sur la moelle active des os. Il constitue par sa répétition (10 ans) et par sa violence (fractures de côtes multiples) une condition éminemment favorable à l'éclosion de la maladie — en autant qu'il soit apte à jouer un rôle dans l'étiologie de la leucémie. L'état de santé antérieur du sujet ne laisse aucune suspicion. La relation chronologique est vraisemblable. La période de temps écoulée entre la cessation des traumatismes et l'apparition des premiers symptômes a pu être de l'ordre de 12 à 18 mois, dans la mesure où on peut en juger par les commémoratifs. Le cas nous a paru doublement intéressant à signaler parce que, parmi toutes les observations de leucémie attribuables à un traumatisme que nous avons pu relever, elle est la seule où une série de contusions, un traumatisme prolongé, si l'on peut dire, entre en jeu.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AUBERTIN, Ch. — *Encyclopédie médico-chirurgicale*. Fascicule 13016, p. 10.
- BERNARD, Jean. — *Polyglobulies et leucémies provoquées par les injections intra-médullaires de goudron*, un volume. Paris, Doin, 1936.
- BOUSSER, Jacques. — *Leucémie et traumatisme*. Thèse de Paris. Amédée Legrand, 1935.
- BRULE, M., HILLEMANT, P., COTTET, J., et SIGUIER, F. — « Leucémie aiguë apparue après une inoculation septique. » *Bull. et Mem. de la Soc. Méd. des Hôp.* 1934, p. 314.
- ENGELBRETH-HOLM, J. et ROTHE-MEYER, A. — « On the connection between erythroblastosis, myelosis and sarcoma in chicken. » *Acta pathol. et microbiol. Scandinav.*, p. 352, 1935.
- FURTH, J. — « Transmission of myeloid leukemia of mice, its relation to myeloma » *Journ. Experimental Med.*, n° 3, p. 423, 1935.
- OBERLING et GUERIN. — « Lésions tumorales en rapport avec la leucémie transmissible des poules. » *Bull. de l'As. fr. pour l'étude du Cancer*, t. 22, pp. 180-212, mars 1933.
- TROISIÈRE et SIFFERLEN. — « Leucose et sarcomatose des poules, limite du virus. » *Ann. Institut Pasteur*, t. 55, n° 5, pp. 501-517, nov. 1935.
- WEIL, P.-EMILE, et BOUSSER, J. — « Leucémie et traumatisme. » *Annales de Médecine*, t. 40, n° 3, pp. 220-234, 1936.

L'OCCLUSION ILÉALE POST-APPENDICULAIRE OBSERVATIONS PERSONNELLES ⁽¹⁾

Par
et
Pierre SMITH,
Chirurgien
Gérard AUMONT,
Interne

de l'hôpital Saint-Luc.

L'occlusion iléale se place au premier plan des complications post-opératoires graves chez des malades opérés pour appendicite aiguë ou chronique.

Toutefois un diagnostic précoce et une réintervention décisive peuvent encore sauver ces malades. Les trois observations personnelles suivantes aideront à confirmer ce que nous venons de dire.

OBSERVATIONS CLINIQUES ².

Observation I. — Dossier Nos 6450 et 6634, hôpital Saint-Luc.

Madame T. B., âgée de 32 ans, entre dans le service de chirurgie le 26 août 1932; les commémoratifs, l'examen physique et les recherches de laboratoire révèlent nettement et exclusivement l'existence d'une appendicite chronique avec épisodes aigus. Elle vient consulter à la suite d'une crise plus douloureuse, de date récente.

Préalablement vaccinée au Propidon, nous opérons la malade en période d'accalmie relative, par une incision de Jalaguier.

L'appendice enflammé, bas situé en position latéro-cæcale interne, de calibre irrégulier et hypertrophié, est fixé, par sa pointe renflée, au niveau du croisement de l'uretère et des vaisseaux iliaques. En dégageant sa pointe, on ouvre à ce niveau un petit abcès de la grosseur d'une noix; appendicectomie avec enfouissement du moignon. Drainage: deux mèches cigarettes (gaze entourée de cellophane), de grosseur moyenne, sont placées côte à côte; l'une d'elles est introduite jusqu'au fond du Douglas; l'autre, par une de ses extrémités, est mise au contact de l'abcès préalablement bien asséché aux tampons; fermeture de la paroi en trois plans.

Le drain du Douglas est enlevé le 2^e jour, celui placé au contact de l'abcès, le 6^e jour; les suites opératoires prochaines semblent n'offrir rien de bien inquiétant, si ce n'est la température qui oscille entre 100° et 102° pour atteindre définitivement la normale vers le 9^e jour.

(1) Travail présenté à la Société de Chirurgie de Montréal, séance du 1^{er} octobre 1937.

(2) Les deux premières observations ne sont pas entièrement inédites. Cependant, l'évolution lointaine, heureuse dans un cas, fatale dans l'autre, en justifie encore la publication.

Cependant, à y regarder de plus près, la convalescence n'était peut-être pas tellement salubre; un ventre trop souvent ballonné avec émission difficile des gaz et des matières alvines, quelques légères douleurs abdominales inusitées, des traits tirés et fatigués, nuits de longues insomnies, un vomissement le 4^e et le 5^e jour après l'opération, et plusieurs jours consécutifs sans selle spontanée. Et puis, les jours suivants, des signes de plus en plus expressifs et aussi plus alarmants: les crises douloureuses de coliques intestinales sont plus rapprochées et se terminent par un bruit sonore de gargouillement ou de borborygmes suivi d'émissions gazeuses ou diarrhéiques, qui soulagent immédiatement la douleur. Toujours des nausées et quelquefois un vomissement maintenant nettement fécaloïde.

Sous la paroi abdominale, souple et météorisée à la région péri-ombilicale, on perçoit nettement la contraction du grêle entre la fosse iliaque droite et la région ombilicale, sous forme d'ondes anti-péristaltiques. C'est la reptation intestinale sous-pariétale, visible, douloureuse, et sonore; c'est « le serpent déroulant ses orbes », sous la paroi, toujours dans le même rythme et le même sens; en déprimant brusquement la paroi on provoque au niveau de l'ombilic, dans cette anse dilatée, un bruit de clapotement très net.

Le syndrome de Kœnig est complet, révélateur d'une occlusion du grêle; il commande une réintervention sans plus de retard. D'autant plus que la malade est très amaigrie, déshydratée et que l'état général est nettement mauvais. Laparotomie à l'anesthésie rachidienne, le 15^e jour après la première opération.

Incision médiane ombilico-pubienne. Exploration: plusieurs anses grêles rouges et très dilatées; leur dilatation commence concentriquement un peu plus bas que l'angle iléo-cæcal à l'endroit même de l'abcès constaté lors de la première intervention.

Les anses agglutinées à cet endroit remontent ensuite parallèlement et libres sur leur parcours, en haut vers l'hypocondre gauche, profondément dans la fosse iliaque droite. A l'origine et entre ces anses dilatées, on aperçoit des anses grêles vides et aplaties rappelant l'aspect de « l'intestin de poulet ».

Pas de bride isolée étranglant le grêle, le cæcum ou le côlon ascendant. Pas de pus visible. L'occlusion est due à une agglomération adhérente, compacte, du grêle, au niveau de la cavité de l'abcès.

Sans s'attarder à libérer cette agglomération intestinale, on pratique une dérivation interne par anastomose iléo-iléale latéro-latérale, entre une anse dilatée et une anse aplatie, aux points de Cushing, de Lembert et de Connell. Pas d'iléostomie ou de jéjunostomie de drainage. Petit drain de cellophane à l'extrémité inférieure de l'incision.

Le soir, la malade a une débâcle diarrhéique soudaine et spontanée incontrôlable, extrêmement abondante. Les vomissements disparaissent. Quelques ascensions thermiques post-opératoires. Le mieux-être est précoce. Lever le 16^e jour; au départ, le 24^e jour, l'état local et général sont satisfaisants.

De retour dans sa famille, la malade ressent encore de temps à autre, à intervalles assez éloignés, des coliques intestinales de courte durée, moins douloureuses qu'avant sa deuxième intervention; malgré qu'elles inquiètent un peu la malade, elles ne semblent menacer en rien son existence.

Sur ces entrefaites, la malade est revue en 1935 par un autre chirurgien qui d'emblée suggère de la ré-opérer. Sans enquête préalable sur la nature et les détails des deux interventions antérieures, ce chirurgien intervient et, si j'en crois les informations reçues dans la suite, la malade succombe d'hémorragie post-opératoire dans les quarante-huit heures qui suivent l'intervention.

Observation II. — Dossier No 9699, hôpital Saint-Luc.

Enfant Jean D., âgé de 7 ans, entre dans le service de chirurgie le 2 juin 1933, pour appendicite aiguë avec phénomènes de réaction péritonéale marqués.

Intervention chirurgicale immédiate, sous anesthésie générale au balsoforme. Incision de Jalaguier. A l'ouverture du péritoine, issue d'un pus fétide assez abondant. L'appendice, masqué par un gâteau épiploïque, est du volume du petit doigt et plonge dans le bassin, perforé à sa base et à sa pointe; il existe du pus libre dans son voisinage, et ce pus est enlevé à l'aide de compresses. Appendicectomie sans enfouissement. Drainage: trois drains cigarettes de grosseur moyenne, l'un dans le fond du Douglas, les deux autres au foyer appendiculaire. Fermeture de la paroi en trois plans. Les suites opératoires sont satisfaisantes. On enlève un drain du foyer appendiculaire après 24 heures, le deuxième le 4^e jour, et la suppuration paraissant tarie, le drain du Douglas est enlevé le 5^e jour.

Température normale le 3^e jour; pas de vomissements, selle spontanée vers le 4^e jour.

Au 26^e jour, le petit malade se plaint de douleurs abdominales assez intenses. Le lendemain et les jours suivants, les crises douloureuses se rapprochent, accompagnées de vomissements. L'enfant n'avait pas eu de selle depuis quelques jours; l'abdomen, à présent, est un peu ballonné et un peu plus bombé dans la région ombilicale. Les douleurs deviennent de plus en plus fréquentes et extrêmement intenses. L'enfant, logé au 6^e étage de l'hôpital, hurle littéralement sa douleur qui est entendue jusque dans la rue. Cette douleur est soulagée lorsqu'il se produit un bruit abdominal de gargouillement, un bruit que l'enfant appelle « glou-glou ». Les vomissements sont maintenant fécaloïdes. En surveillant le ventre attentivement, on voit se dessiner très légèrement, sous la paroi, des ondes d'antipéristaltisme qui se précisent de plus en plus. Nous n'avons pas noté de diarrhée après les ondes douloureuses.

Ici encore on porte le diagnostic d'occlusion du grêle malgré que le syndrome de Kœnig soit moins complet que chez notre première malade.

Réintervention le 10 juillet 1933. Anesthésie générale au balsoforme. Incision médiane sous-ombilicale. Des anses grêles très distendues, très rouges, présentent à leur surface des dépôts fibrineux, non encore organisés.

La dilatation de ces anses commence ici à l'angle iléo-cæcal. De leur point de conglomération, elles se dirigent vers l'ombilic. A l'angle iléo-cæcal, on voit dans la profondeur, entre les anses dilatées, des anses grêles aplaties.

On pratique une anastomose iléo-iléale latéro-latérale aux points de Cushing, Lambert et de Connell, d'une anse dilatée à une anse grêle, sans iléostomie ou jéjunostomie de dérivation.

Fermeture en trois plans; drainage avec une petite mèche cigarette à l'extrémité inférieure de l'incision. Les suites opératoires sont sans incident si ce n'est l'apparition, quelques jours plus tard, d'une parotidite gauche, banale, sans suppuration, qui régresse rapidement; l'enfant ne vomit plus, n'a plus de coliques et ses évacuations alvines sont normales. Revu de temps en temps après sa deuxième opération, l'état local et général restent excellents.

Observation III. — Dossier 34014, hôpital Saint-Luc.

Enfant E. B., âgé de 8 ans, entre dans le service de chirurgie, le 28 juin 1937, en crise d'appendicite aiguë grave. Opéré séance tenante, nous trouvons un appendice en réaction inflammatoire aiguë, et en menace imminente de perforation. Pus libre, sale, à odeur de coli-bacille dans la région péri-appendiculaire.

Appendicectomie et drainage à l'aide de trois mèches de cellophane.

Les suites opératoires immédiates ne sont pas outre mesure alarmantes. La température, progressivement descendante, de 103° le 1er jour finit par atteindre 99° le 11e jour. Cependant, vers le 4e ou 5e jour, l'enfant ressent des coliques intestinales qui le font souffrir et geindre. Ces douleurs, d'abord assez espacées, se rapprochent les jours suivants. Entre temps, 36 à 48 heures sans douleurs, et puis, reprise plus inquiétante pour le chirurgien, plus douloureuse pour le petit malade, de temps à autre aussi, le malade vomit, vomissements bilieux, alimentaires.

La douleur est de même nature que celle des deux observations précédentes, et malgré que nous n'ayons pu apercevoir qu'une seule fois une légère onde anti-péristaltique péri-ombilicale, et malgré l'absence de gargouillements intestinaux et d'évacuations alvines diarrhéiques, nous posons le diagnostic ferme d'occlusion intestinale par agglutination d'anses iléales.

Ré-intervention le 10 juillet 1937, c'est-à-dire 12 jours après l'appendicectomie. Incision médiane. De grosses anses iléales, rouges, très gonflées, convergeant vers leur point d'agglomération dans la fosse iliaque droite à la région appendiculaire. Dans la profondeur, entre ces anses dilatées, l'on aperçoit des anses vides, aplaties. Sans tarder, nous pratiquons encore une anastomose iléo-iléale latéro-latérale d'une anse dilatée à une anse aplatie aux points de Cushing, de Lambert, et de Connell; deux petits drains à l'extrémité inférieure de l'incision.

Les suites opératoires restent inquiétantes pendant quelques jours. Vers le 7e ou 8e jour il se produit un écoulement de matière fécales par l'extrémité inférieure de l'incision médiane. Cet écoulement fécal diminue graduellement pour se tarir vers le 20e jour.

Le malade, très bien portant, quitte l'hôpital le 51e jour après son admission. Revu plusieurs fois depuis, l'état local et général restent excellents.

Réflexions

L'occlusion intestinale post-appendiculaire survient dans une proportion de 0.4% (Peters, Vienne) à 2% (Korte). L'on sait d'ailleurs que c'est l'appendicite qui fournit le plus grand nombre d'occlusions post-opératoires. Cette complication apparaîtrait sans doute encore plus fréquente si tous les cas étaient publiés.

Nous avons opéré depuis septembre 1931, environ 300 cas d'appendicite aiguë ou chronique. Notre pourcentage d'occlusion post-appendiculaire serait donc d'environ 1%. Il faut donc tenir compte de cette complication fâcheuse qui comporterait, d'après Lenormant, une mortalité de 50%. Sans doute dans l'application de ces chiffres, faudrait-il faire le départ entre les occlusions reconnues et opérées très tôt et celles identifiées et traitées trop tard; d'ailleurs, si l'occlusion se révèle comme complication post-opératoire, elle existe parfois en puissance dès le début de la maladie ou peut se manifester avant l'opération même. C'est assez dire que si elle est attendue elle reste parfois inévitable. Chez deux de nos trois malades, nous avons attendu l'apparition de vomissements fécaloïdes pour réintervenir. Cette attente, justifiée peut-être par notre désir d'une plus grande certitude de diagnostic, aurait pu devenir meurtrière, surtout chez notre première malade, opérée dans un état de déchéance générale fort avancée.

On pourrait classer les occlusions intestinales post-appendiculaires, quant à leur moment d'apparition, en précoces et tardives; les précoces survenant dans les 30 jours post-opératoires et les tardives se révélant après le premier mois. Nos trois cas seraient donc trois occlusions précoces.

L'occlusion précoce est due généralement soit à une coudure adhérente par agglutination des anses intestinales, soit à une parésie d'ordre toxi-infectieux (iléus paralytique).

Pour les occlusions tardives ne survenant parfois que plusieurs années plus tard, elles reconnaissent une bride adhérentielle serrée, étranglant l'intestin, nécessitant l'intervention chirurgicale.

Nos trois occlusions étant précoces, c'est-à-dire avant le 30ième jour, nous devons donc penser soit à une agglutination par adhérences, soit à un iléus paralytique toxi-infectieux. Cette différenciation est nécessaire car le traitement comporte des directives opposées; dans le premier cas une intervention chirurgicale; dans le second, un traitement médical. Nous reviendrons dans un instant, sur ces notions essentielles.

Au nombre des causes favorisant l'occlusion, citons notamment: les abcès résiduels, les drains, surtout les drains rigides longtemps en place, les mèches de gaz, le Mikulicz, le contact de l'intestin avec la peau iodée ou avec des champs opératoires trop rugueux, l'exposition trop prolongée de l'intestin à l'air et le lavage de l'intestin à l'éther (Henri Godard).

Nous n'avons drainé qu'avec des drains de cellophane (drains cigarette), la cellophane seule en contact avec l'intectin, ces drains furent enlevés très tôt, avant le 7ième jour.

Mais notre première malade présentait une petite loge abcédée à la pointe de l'appendice et détergée au moment de l'intervention, le deuxième malade avait un foyer infecté dans le voisinage de l'appendice perforé; le troisième malade présentait une appendice suppuré en menace de perforation; l'occlusion dans ces trois cas doit sans doute reconnaître comme facteur causal ces états pathologiques infectieux.

La traduction clinique de l'occlusion du grêle est le plus souvent révélatrice, mais il faudrait schématiquement individualiser trois formes cliniques d'occlusion post-appendiculaire; l'occlusion par brides ne se différencie pas de la sténose par agglutination ou par coudure. L'anamnèse nous révélera une intervention chirurgicale antérieure, parfois fort lointaine, et à l'exploration du ventre réouvert, on trouvera la bride fibreuse fautrice de désordres tardifs.

L'occlusion par agglutination et l'iléus paralytique surviennent plus tôt.

Dans l'occlusion mécanique par agglutination, apparaissent précocement des douleurs abdominales sous forme de coliques plus ou moins rapprochées et de plus en plus intenses, localisées dans la région sous-ombilicale ou para-ombilicale; le ballonnement médian, péri-ombilical, accompagné d'ondes péristaltiques, symptôme le plus visible mais aussi le plus alarmant, traduisant la lutte de l'intestin contre l'obstacle. Très souvent on peut entendre les bruits musicaux révélateurs du passage forcé du contenu intestinal au delà de l'obstacle, suivi d'émissions gazeuses ou alvines. Ces signes existaient chez deux de nos malades à l'exception de débâcles diarrhéiques que nous n'avons pas notées chez les deux enfants objets de la 2ième et 3ième observations.

Dans nos trois cas il n'y avait pas à songer à la dilatation aiguë gastro-duodénale, qui survient habituellement très tôt et ne s'accompagne pas de vomissements fécaloïdes. Pas plus qu'à l'occlusion du gros intestin, où les ondes péristaltiques suivent le cadre colique, où le clapotement est moins net, les bruits musicaux absents. L'iléus paralytique s'installe insidieusement sans, fracas, sans douleur; l'abdomen se ballonne mais l'état général reste bon malgré l'absence persistante de gaz et de selles, malgré un pouls plus rapide et un peu de fièvre. Ces distinctions cliniques sont de haute importance, car si l'occlusion mécanique comporte un traitement chirurgical, l'occlusion par iléus guérira par une thérapeutique active strictement médicale.

Cette thérapeutique médicale, dans l'occlusion toxi-infectieuse, comportera notamment l'emploi de pituitrine sous-cutanée, les toni-cardiaques, le sérum physiologique sous-cutané, les injections de

sérum salé hypertonique intraveineux et intrarectal, fréquemment répétées.

Le 5ième jour ou le 6ième jour on pourra administrer une purgation. Si toutefois, avec et malgré ce traitement soutenu le pouls, la température, et l'état général s'aggravent, on devra exceptionnellement pratiquer une fistule intestinale. Cependant il arrive quelquefois, comme nous l'avons déjà remarqué personnellement, que des opérés d'appendicite aiguë ou chronique, présentent des signes cliniques précoces ou tardifs rappelant nettement un début d'occlusion et qui cèdent au simple traitement médical. Ce traitement médical intensif doit toujours être institué avant de poser une indication opératoire. Le traitement chirurgical par brides est simple. La section de ces brides d'étranglement suffit généralement à amener la guérison.

Les opinions varient quant au traitement des occlusions par agglutination : désagglutination des anses, anus cæcal près du cæcum, dérivation interne par entéro-anastomose. L'anus idéal peut être mal supporté s'il est haut situé, et il nécessite une fermeture ultérieure, c'est-à-dire chez le même malade une troisième intervention. La cæcostomie pourra être réalisé facilement si le cæcum se présente à la paroi, mais si l'obstruction siège en amont, cette cæcostomie ne donnera que des déboires.

La désagglutination des anses a rallié plusieurs adeptes en raison de la simplicité de sa technique; mais nous ne savons pas quels dégâts on peut provoquer en voulant libérer des adhérences peut-être compactes, et favoriser encore ainsi de nouvelles adhérences, ou des fistules stercorales.

La dérivation interne par entéro-anastomose a fourni déjà un dossier heureusement chargé, auquel viennent s'ajouter nos trois observations. Nous n'avons pas réalisé cette anastomose sur le côlon ascendant ou sur le sigmoïde, quoique ces deux anastomoses puissent fournir une plus grande certitude de perméabilité du nouveau transit ainsi créé. Nous avons préféré l'anastomose iléo-iléale, latéro-latérale entre une anse dilatée en amont de la coudure et une anse aplatie en aval. Certes dans nos trois cas, il aurait bien pu exister d'autres obstacles sur les anses aplaties en aval de l'anastomose, mais cette possibilité nous semblait tellement minime que nous n'en avons pas tenu compte. Comme pour la fermeture des fistules post-appendiculaires, l'incision médiane nous semble la mieux indiquée. Loin du foyer récemment infecté, elle peut être agrandie à volonté et sans danger : elle permet de la sorte une exploration facile et facilite les manœuvres opératoires qui doivent ici être réalisées avec célérité.

RECUEIL DE FAITS

ICTUS LARYNGÉ (Vertige laryngé de Charcot)

Par Henri GELINAS.

Nous avons dernièrement eu l'occasion d'observer un cas d'ictus laryngé. C'est une maladie particulièrement rare.

Observation. — M. X., âgé de 38 ans, se présente pour examen le 15 août 1937. Depuis deux mois il souffrait d'une laryngo-bronchite particulièrement tenace. Toux coqueluchoïde fréquente. Depuis le début de juillet, ces quintes de toux se sont accompagnées de perte de connaissance survenant jusqu'à deux ou trois fois chaque jour. Les faits se passaient ainsi: le malade a un accès de toux de plus en plus violent, et incontrôlable, qui peut tourner court ou se terminer par une perte de connaissance avec chute durant quelques secondes. Le malade tombe par terre, n'esquisse aucun mouvement tonique ou clonique, n'a pas de mictions involontaires, ne se mord jamais la langue. Revenu à lui il est parfaitement bien, sans aucun malaise ni dépression ou obnubilation. Il ne se souvient pas de sa chute, tout en ayant parfaitement conscience de la quinte de toux qui l'a précédée. Il s'est blessé en tombant, et cela à plusieurs reprises. Il a dû abandonner son travail.

Les antécédents personnels du malade sont excellents. On lui a raconté qu'à deux ou trois ans il aurait souffert de troubles assez semblables. Ceci est évidemment assez difficile à préciser. Il s'enrhume facilement et est un gros fumeur. Le cœur bat à une vitesse normale. Quelques râles de bronchite. Le B.-Wassermann est négatif. Au surplus, le malade est un sujet particulièrement robuste, et peu émotif.

Soumis à un traitement simple il s'est rapidement amélioré et n'a plus eu qu'une seule crise d'ictus, cela quatre jours après le début de notre traitement. Nous lui avons prescrit codéine, tablettes stovainées et gardénal. Naturellement, il a dû abandonner l'usage du tabac. Le thé et le café ont été également proscrits. Il est actuellement très bien. Malheureusement, ces crises sont susceptibles de se reproduire même après des années, lors d'une laryngite ou d'une bronchite.

En 1876 ⁽¹⁾, Charcot a décrit sous le nom de vertige laryngé un ensemble de symptômes en tout semblables à ceux de notre malade. Le mot vertige n'a pu être retenu, comme il ne s'agit pas en réalité d'un trouble de l'équilibre. Certains cependant utilisent encore cette appellation.

Etiologie

L'affection est rare, et survient généralement chez des hommes ayant de 40 à 50 ans, souffrant d'une affection des voies respiratoires supérieures. La cause occasionnelle est un catarrhe aigu, la respiration d'un air trop froid ou trop chaud, d'une vapeur, d'une poussière. La crise peut également être provoquée par le rire, l'émotion, l'injection d'un liquide. On en observe quelques cas dans l'épilepsie ou le tabès. Il est possible que ce soit une simple coïncidence, car il faut bien admettre que l'ictus laryngé se rencontre généralement chez des sujets indemnes de toute affection nerveuse.

Le mécanisme en est particulièrement obscur. Certains comme Mc Bride pensent que les quintes convulsives violentes provoquent une stase veineuse au niveau du cerveau d'où perte de connaissance. La circulation thoracique pourrait également être compromise. Il n'en est rien car l'ictus peut suivre de très près les premières saccades de toux ou même survenir en l'absence de toute quinte de toux alors que la circulation cérébrale n'est pas compromise.

Il faut bien différencier cette affection de l'épilepsie. Elle ne s'accompagne généralement pas de mictions involontaires, ni de morsure de la langue, ni de prostration intellectuelle subséquente. Le malade se réveille parfaitement dispos. De plus ces crises peuvent se reproduire après de nombreuses années chez un sujet indemne entre temps de toute manifestation épileptique.

On admet généralement que l'ictus laryngé est un phénomène réflexe consécutif à une excitation du laryngé supérieur. C'est ainsi que l'alcoolisation des nerfs laryngés supérieurs a pu être utilisée avec succès. En quoi consiste ce phénomène réflexe? Il paraît bien s'agir d'une action directe sur les centres nerveux, et non pas d'une action indirecte par l'intermédiaire de la circulation et la respiration.

J. Gordon Wilson ⁽²⁾ croit à un phénomène de cataplexie consécutif à une irritation du laryngé supérieur. Il définit ainsi la cataplexie: « Une tendance spéciale à l'établissement d'un état transitoire d'impuissance physique à la suite d'une émotion, d'un état d'excitation, de rire, de colère, état tel que les genoux du sujet fléchissent pour amener parfois une chute sur le sol sans perte de con-



GRIPPE. . .

les premiers symptômes se sont déclarés

Faire intervenir

La MÉDICATION SALICYLÉE



La Rhoféine La Coryphédrine

Acide Acétylsalicylique (Rhodine) . . . 5 grs
Caféine ½ gr

Acide Acétylsalicylique (Rhodine) . . . 7½ grs
Chlorhyd. d'Ephédrine ¼ gr

DIMINUE la fièvre

DIMINUE la fièvre

CALME la courbature et les algies

RÉDUIT les sécrétions

STIMULE le myocarde

CALME la dyspnée



Ces deux produits sont offerts en tubes de 20 comprimés.



Laboratoires POULENC FRÈRES du Canada, Ltée

350, rue Le Moyne, Montréal



Salines

Dans la CONSTIPATION FAMILIALE.

Les colons débiles, à action émoussée, se rencontrent assez fréquemment parmi les membres d'une même famille. Les salins sont décidément utiles dans la constipation familiale et peuvent être administrés sans danger même pendant assez longtemps.

Sal Hepatica

a pratiquement les mêmes propriétés que celles d'eaux minérales réputées. Il débarrasse l'intestin doucement, quoique parfaitement, des déchets nuisibles; il augmente l'efficacité du péristaltisme et relève l'osmose. Les sels minéraux naturels aident à conserver l'alcalinité de l'organisme, donnent une plus grande résistance et combat-

tent l'acidité qui accompagne si souvent la constipation.

Sal Hepatica stimule et augmente également le taux de l'écoulement de la bile du foie à la vésicule biliaire, et de là au duodénum.

Demandez des échantillons de savoureux et effervescent Sal Hepatica, ainsi que de la littérature.

Sal Hepatica Nettoie le tube digestif et contribue à combattre l'acidité.

BRISTOL-MYERS CO.
1241-F, rue BENOIT,
MONTRÉAL, Canada.



naissance.» La narcolepsie (qui est un sommeil bref interrompant l'état normal de veille) peut s'associer à la cataplexie. Ces phénomènes se rencontrent fréquemment chez des vertébrés inférieurs pour lesquels ils constitueraient un mécanisme de défense. Il faut bien admettre cependant que pratiquement toujours il y a perte de connaissance. Il nous semble qu'on n'a pas encore donné une explication satisfaisante de ce curieux phénomène.

Les symptômes sont toujours identiques à ceux présentés par notre sujet: 1^o Toux ou chatouillement au niveau du larynx. 2^o Chute avec généralement perte de connaissance durant quelques secondes. 3^o Réveil avec perte du souvenir de l'accès lui-même, mais sans le plus petit malaise consécutif. Seuls varie la cause occasionnelle de l'accès, toux, ingestion d'eau ou d'aliments, rire, etc., ou la fréquence de ces accès qui peuvent être isolés ou se répéter.

Le traitement: sédatifs, alcoolisation des laryngés supérieurs si nécessaire. Même après des années le malade n'est pas à l'abri d'une nouvelle crise d'ictus laryngé.

BIBLIOGRAPHIE

- 1.—« Ictus laryngé. » Fasc. XI, page 145, in *Nouveau traité de Médecine*, de G.-H. Roger, F. Widal et P.-J. Teissier.
- 2.—J. Gordon WILSON: *Archives of Oto-rhino-laryngology*, vol. XV, p. 535, 1932.



BRONCHECTASIE ET PHRÉNICECTOMIE.

Par Paul-René ARCHAMBAULT,

Médecin à l'hôpital Saint-Luc.

Dans un numéro de février dernier de *la Presse Médicale*, MM. Bibicescu et Polatos présentent un travail très intéressant. Il s'agit de « l'action de la phrénicectomie sur les sécrétions broncho-pulmonaires et son mécanisme. » Intéressés par les résultats obtenus, nous nous sommes mis à la recherche d'un cas qui répondrait à cette thérapeutique. Aujourd'hui nous sommes heureux d'ajouter notre propre observation aux trois autres rapportées dans cette communication.

Nous avons l'avantage de suivre et de traiter depuis trois ans un cas typique de bronchectasie. Il est maintenant âgé de 20 ans. Il a fait son premier stage hospitalier il y a exactement trois ans. A cette époque, le malade est plutôt malingre, il a le véritable aspect du rachitique. Sujet longiligne, il est maigre, il tousse, il crache abondamment et le moindre effort physique l'épuise, l'essouffle. Jusqu'à il y a un an, on le traite par tous les moyens ordinaires. A cette période de la maladie, l'état général s'aggrave. La toux devient quinteuse, épuisante; l'expectoration est abondante et franchement purulente. Si le malade parle, la toux provoque soit des vomissements soit une expectoration purulente avec parfois du sang. Il y a en plus un caractère de fétidité dans ces crachats. Aux poumons, on entend de nombreux râles sous-crépitants avec des râles sibilants et ronflants. Les doigts sont en baguette de tambour. Les ongles sont hippocratiques. Des poussées d'hyperthermie accompagnées de frissonnements et de transpiration font penser à l'éclosion de foyers broncho-pneumoniques pseudo-lobaires évoluant chez un dilaté bronchique. D'ailleurs des examens radiologiques répétés avec lipiodol des bronches confirment nos prétentions.

Afin de soulager notre malade, en plus des traitements intensifs conseillés dans ces cas, M. le docteur M. Ostiguy pratique huit bronchoscopies avec lavage des bronches. Chaque fois que l'on pratique cette intervention, on ramène une grande quantité de pus. Il y a soulagement soit, mais pour quelques jours seulement. Notre malade continue toujours à tousser. Il a maintenant six à huit vomiques par jour et il remplit autant de crachoirs. Il mesure cinq pieds et onze pouces, et ne pèse que quatre-vingt dix-neuf livres. Il est en parfaite dénu-

trition, l'hyperthermie, la faiblesse, la toux émétisante l'immobilisent totalement, il ne peut plus sortir.

Attirés par les résultats obtenus par nos médecins roumains, nous demandons à M. le docteur L. Bernard de pratiquer une phrénicectomie à droite parce que c'est de ce côté que les signes pulmonaires et radiologiques sont plus évidents. On lui fait le 21 avril 1937 l'exérèse du nerf phrénique droit sur une longueur d'environ sept pouces. Après six mois de cette intervention, nous avons la satisfaction de constater une amélioration qui a été loin de se faire attendre. Dès les premières semaines on a observé des changements. D'abord la toux n'est plus émétisante. Il tousse peu, les quintes sont rares, 2 ou 3 par jour. Le malade peut se reposer étendu dans son lit. Autrefois, à demi assis dans son lit, il pouvait dormir à peine quelques heures. L'appétit est revenu, de même que les forces. Il a engraisé de vingt et une livres en cinq mois. Son teint est meilleur, l'aspect général s'est fort amélioré. Il peut maintenant vivre parmi le monde, alors qu'autrefois il le fuyait de peur d'être vu au moment de ses crises exténuantes et subintrantes.

Que s'est-il donc passé depuis cette phrénicectomie. Il ne me reste plus qu'à résumer ce travail paru dans *la Presse Médicale* pour expliquer cette amélioration.

Plusieurs théories sont apportées pour expliquer l'action de la phrénicectomie. Les uns optent pour une action mécanique causant la paralysie de l'hémidiaphragme; il s'ensuit par la suite une détente et l'hémidiaphragme correspondant du fait de son ascension.

Certains auteurs croient que par cette opération, la circulation des vaisseaux sanguins et lymphatiques est modifiée.

Plusieurs autres enfin prétendent que les fibres sympathiques pleuro-pulmonaires qui empruntent le trajet du nerf phrénique seraient comme interrompues et occasionneraient les résultats obtenus par la phrénicectomie. Ces fibres sympathiques viennent du grand sympathique, des ganglions sympathiques et vont au plexus nerveux pulmonaire. Le phrénique a des anastomoses avec le spinal, avec le pneumogastrique, avec l'hypoglosse et avec le plexus supra-pleural. En arrachant le nerf phrénique, on extirpe ces fibres, il se produit alors des phénomènes accessoires au niveau du poumon: action circulatoire et vaso-motrice, trophique et surtout « inhibition des sécrétions pleuro-pulmonaires ». L'extirpation des fibres sympathiques provenant du grand sympathique » paraît causer les mêmes résultats que la seule phrénicectomie. On ne peut pas expliquer ces bons résultats

que par la seule phrénicectomie parce qu'ils ne sont pas en proportion de l'immobilisation et de l'ascension du diaphragme. Il y a évidemment d'autres facteurs qui interviennent. MM. Bibicescu et Polatos concluent ainsi: «Il existe certainement une action inhibitrice de la phrénicectomie sur les sécrétions pleuro-pulmonaires due à l'extirpation de quelques fibres sympathiques qui empruntent le trajet du nerf phrénique.»

Ces heureux effets obtenus chez notre malade en font foi. Le diaphragme qui a son phrénique sectionné est paralysé mais peu remonté.

Pour notre part, nous nous proposons d'employer cette méthode aussi souvent qu'elle nous paraîtra indiquée. Après plus de six mois, les bons résultats se maintiennent tellement bien que l'on est en droit de s'en réjouir et le malade aussi.



UN CAS D'INVAGINATION DU SIGMOÏDE A TRAVERS LE RECTUM ET L'ANUS ⁽¹⁾

Par Charles LEFRANÇOIS,

Chirurgien de l'hôpital Saint-Luc.

L'invagination colo-rectale est assez rare. Jusqu'en 1911, d'après Eliot et Corscaden, il n'y en avait que onze cas de rapportés. En 1925, Guellette dans sa thèse n'en pouvait réunir encore que dix-huit cas. Depuis 1925, il n'en existe que trois autres cas de publiés: un, en 1930, par Pierre Laurent dans les Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie, un en 1935 par B. Anglesio dans les Bull. et Mém. de la Soc. Piémontaise de Chirurgie et enfin un dernier par Salvin, en février 1936, dans l'American Journal of Surgery.

OBSERVATION :

Le 21 avril 1936, une femme de 38 ans nous est adressée à l'hôpital Saint-Luc, pour un prolapsus irréductible du rectum qui dure depuis deux jours. Le début de ses troubles remonte à deux ans, alors qu'elle fit un prolapsus rectal qu'elle réussit à réduire cette fois sans difficulté. Dans la suite elle constata la présence régulière de sang dans ses selles, environ deux fois par semaine. Constipation rebelle, douleurs sourdes au bas-ventre, perte d'appétit et amaigrissement de 20 livres.

Nous examinons l'anus de la malade et nous constatons qu'il existe ici plus qu'un prolapsus. Nous nous en apercevons parce que nous pouvons passer le doigt entre la masse prolapsée et le canal et qu'aussi haut qu'on monte dans le rectum on ne rencontre pas de cul-de-sac. Il s'agit d'une invagination à travers le rectum, invagination causée par une tumeur bourgeonnante que nous voyons à l'extérieur au sommet du prolapsus. Mais pendant que nous manipulons cette masse, l'invagination se réduit, au grand soulagement de la malade, qui se croit guérie.

Nous essayons quelques jours plus tard de retrouver le néoplasme à la rectoscopie, mais le rectum et le début du sigmoïde sont normaux. Nous demandons une radiographie avec le diagnostic de néo. du sigmoïde. Le rapport du Dr W. Vignal donne: dolichocôlon avec ptose du transverse, progression du lavement sans difficulté, évacuation très incomplète.

Malgré la rectoscopie et la radiographie négatives, nous décidons de faire la laparotomie pour retrouver et enlever le cancer que nous avons vu à l'extérieur.

Résumé du protocole opératoire: sur l'anse sigmoïde, à environ 18 pouces de l'anus, il existe un néoplasme gros comme une mandarine, avec des

(1) Travail présenté à la Société de Chirurgie, séance du mois de mai 1937.

ganglions dans le mésocôlon. A cause de la longueur de l'anse sigmoïde, nous pouvons opérer pratiquement hors du ventre et nous entreprenons la colectomie en un temps, après avoir protégé minutieusement la cavité péritonéale. Résection d'environ 10 pouces de sigmoïde en passant de chaque côté à 4 pouces de la tumeur. Anastomose bout à bout; sutures intestinales en trois plans. Fermeture de la paroi en deux plans après drainage.

Les suites opératoires, d'abord excellentes, furent assez mouvementées à partir du dixième jour: crise alarmante de subocclusion, probablement due à un abcès développé autour de l'anastomose. Mais grâce aux injections de sérum hypertonique, tout rentre bientôt dans l'ordre, et le 28 mai, soit vingt jours après l'intervention, la patiente peut se lever, pratiquement guérie.

L'examen histologique de la tumeur a donné: « Epithélioma cylindrique typique du gros intestin avec réaction inflammatoire simple des nombreux ganglions du mésocôlon. »

Depuis l'opération, qui remonte maintenant à dix-huit mois, nous avons revu notre patiente à plusieurs reprises et encore tout dernièrement. Elle a repris depuis longtemps les 20 livres qu'elle avait perdues pendant l'évolution de son cancer, elle a une selle quotidienne et ne passe plus de sang dans ses selles.

Commentaires

L'invagination intestinale qu'on rencontre dans 90% des cas chez le nourrisson et l'enfant est presque toujours primitive. Chez l'adulte l'invagination est souvent secondaire ou consécutive à un diverticule de Maeckel, à un corps étranger ou à une tumeur de l'intestin et ainsi l'invagination du sigmoïde à travers le rectum est presque toujours due à un cancer du sigmoïde. Les choses se passeraient ainsi: le péristaltisme intestinal agit sur la tumeur qui entraîne légèrement la paroi de l'intestin. Par réflexe, un spasme se produit immédiatement au-dessus de la tumeur et un relâchement immédiatement au-dessous; alors l'invagination s'amorce pour progresser sous les poussées successives du péristaltisme vers le rectum et jusqu'à travers l'anus, comme chez notre malade.

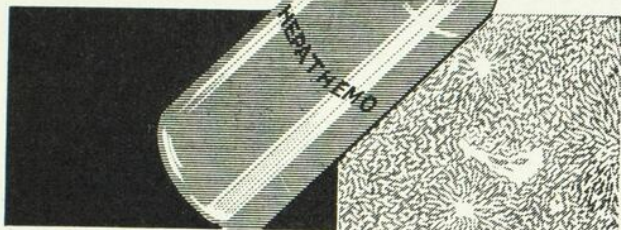
Les symptômes de l'invagination colique dépendent du degré d'obstruction intestinale et d'altération des vaisseaux mésocoliques. Les troubles peuvent aller jusqu'à la gangrène et la péritonite.

Le diagnostic de l'invagination colo-rectale se fait au cours du toucher rectal. On trouve dans le rectum une masse dont on peut faire le tour avec le doigt. Si l'invagination progresse vers l'extérieur comme chez notre patiente, il ne faut pas la confondre avec le prolapsus ano-rectal. Dans celui-ci, on ne peut passer le doigt entre la partie prolapsée et l'anneau sphinctérien. Cependant dans le prolapsus rectal à trois cylindres qui est une espèce de petite invagination, on peut passer le doigt entre le sphincter et le prolapsus, mais bientôt

METHODE DE WHIPPLE

HEPATHEMO

DESCHIENS



Extrait concentré hydrosoluble de foie de veau

Forme ampoule • Forme sirop

**SYNDROMES
ANÉMIQUES**

DESCHIENS, 8, RUE PAUL BAUDRY - PARIS (VIII^e)
REPRÉSENTANT : ROUGIER, 350, RUE LEMOINE, MONTRÉAL (CANADA)



◆ EFRYL

Sirop à base d'Ephédrine

ANTISPASMODIQUE,
SÉDATIF, ANTISEPTIQUE

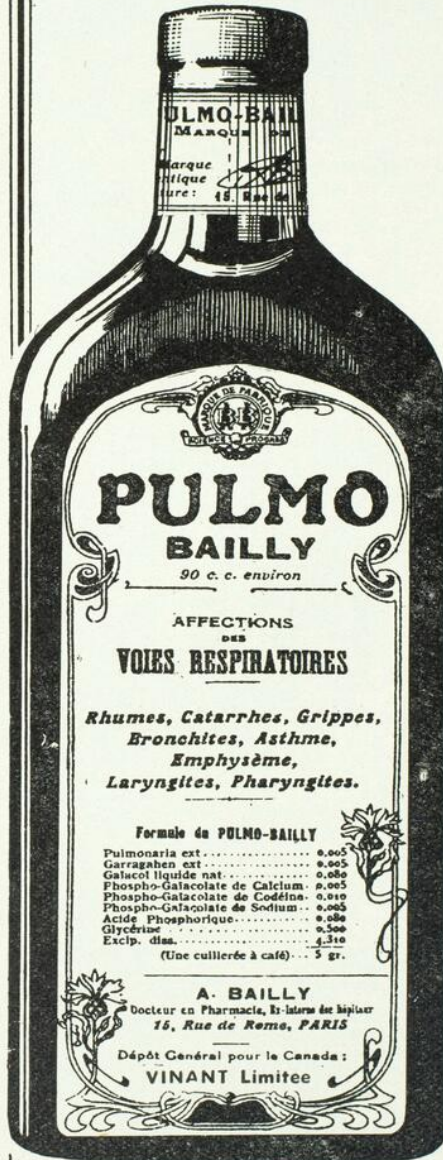
CONTRE LA TOUX
et autres affections des voies
respiratoires

Produit de marque « Théraplix »
fabriqué par les
LABORATOIRES POULENC FRÈRES
du Canada, Ltée
350, rue Le Moyne, Montréal

PULMO-BAILLY

BASE ACTIVE : Phospho-Gaïacolate de Codéine

Sa préparation réalisée par les procédés les plus perfectionnés de la technique moderne lui assure une composition et une action constantes et définies.



LE VIRUS GRIPPAL

en soi peu redoutable, est dangereux parce qu'il prépare le poumon à l'attaque et à l'infection des saprophytes habituels :

STAPHYLOCOQUES
PNEUMOCOQUES
STREPTOCOQUES
COCCO-BACILLES DE PFEIFFER

DANS UN ORGANISME DÉBILITÉ

LE PULMO-BAILLY

ASSURANT

- 1° L'imprégnation antiseptique des voies pulmonaires
- 2° La tonification énergique de l'organisme

RÉPOND PLEINEMENT

aux nécessités thérapeutiques du traitement complet, préventif et curatif des infections grippales, toux, laryngites, bronchites saisonnières et de toutes les affections broncho-pulmonaires.

Dans la lutte contre la contagion et l'infection grippale le

PULMO-BAILLY

EST UNE ARME THÉRAPEUTIQUE COMPLÈTE ET EFFICACE

Adultes : 1 cuillère à café au milieu des 2 repas

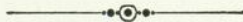
LABORATOIRES A. BAILLY - 15, RUE DE ROME - PARIS-VIII^e

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

le doigt bute à quelques centimètres de l'anus dans le fond du cul-de-sac, tandis que dans l'invagination colo-rectale, et ceci est la différence capitale, le doigt fait le tour du boudin d'invagination et aussi haut qu'il remonte, il ne rencontre pas de cul-de-sac.

La conduite à tenir en présence d'une invagination colo-rectale dépend de la longueur de l'invagination, de la situation de la tête de l'invagination et de la longueur de l'anse sigmoïde. Il faut d'abord essayer de réduire par le rectum ou la voie abdominale. Si on ne réussit pas ou si après avoir réduit l'intestin est sphacelé, il faut réséquer la partie malade, la plupart du temps avec la tumeur qui a causé l'invagination.

Chez notre patiente, nous avons été assez heureux de voir se réduire l'invagination lors de notre examen. L'invagination était extrêmement longue, puisque de la tumeur du sigmoïde à l'anus il y avait dix-huit pouces au moins, et il est intéressant de noter que l'invagination n'ait pas occasionné de troubles définitifs du côté de la circulation du mésosigmoïde, pendant les deux jours qu'elle a duré.



SUR UN CAS DE GRANULIE.

Par J.-A. MILLET,

Hôpital du Sacré-Coeur.

La granulie, maladie le plus souvent hématogène, est aujourd'hui caractérisée par la radiologie et l'anatomo-pathologie.

Suivant l'âge et le terrain du sujet, la granulie se présente au clinicien comme une fièvre typhoïde, un embarras gastrique banal, une péritonite, une dysentérie, une pharyngite (type maladie d'Isambert), un rhumatisme articulaire aigu, un purpura, une méningite chez les tuberculeux anciens. Au point de vue pulmonaire, la scopie et la graphie peuvent fixer le diagnostic des tuberculoses aiguës sans multiplier les erreurs; quant au traitement, il n'a guère varié depuis Laënnec, il est tout à fait insuffisant. Voyons un peu...

Charles Mc E..., âgé de 3 ans, est admis dans le service du docteur J.-A. Vidal, le 24 juillet 1937, pour tuberculose miliaire. L'observation de l'entrée rapporte une toux productive, quinteuse, une température à 103°, une polypnée à 60, une tachycardie à 150, une diarrhée putride, noirâtre, fréquente, sans vomissements. L'examen clinique des poumons révèle une submatité bilatérale étendue, un souffle bronchique exagéré à gauche, sans aucun signe adventice. La radiographie montre dans les deux plages un semis de petits noyaux particuliers à la granulie. La culture Lowenstein pour l'homogénéisation du sang reste négative. La formule leucocytaire et la numération globulaire donnent:

	28-7-37	4 8-37
Val. globul.	0.89	0.90
Hémoglobine	70%	85%
Globules rouges	3,950,000	4,750,000
Glob. blancs	8,437	10,937
Polynucléaires	60%	78%
Lymphocytes	38%	20%
Mono (grands)	2%	2%
Eosinophiles	0%	0%

L'examen des selles ne laisse voir aucune trace de B. K. L'examen des urines, de réaction alcaline, révèle la présence d'albumine, de leucocytes et de rares épithéliums.

L'anamnèse nous apprend que cet enfant, né d'une mère tuberculeuse pulmonaire, fait en juin 1937, sa première maladie, une

varicelle, suivie quinze jours plus tard d'anorexie, d'asthénie profonde, de douleurs abdominales, et le médecin conseille alors un traitement anthelminthique. A ce syndrome gastro-intestinal vient s'ajouter une toux de plus en plus tenace; les parents s'inquiètent et conduisent le petit à la consultation d'un des dispensaires spécialisés où il sera gardé jusqu'à son hospitalisation au Sacré-Cœur. Soumis à un traitement approprié: hygiène corporelle, aération de la chambre — alimentation riche en hydrates de carbone, le malade prend aussi sans peu de soulagement une médication hypothermique, stimulante du cœur et sédative de la toux.

Devant l'impuissance de guérir que le médecin n'accepte jamais sans une étreinte au cœur, il reste l'impérieux devoir de prévenir. Il paraît opportun d'insister sur la vaccination par le B. C. G., qui n'est pas un pis-aller, mais une méthode reconnue, dont l'application bien faite améliore déjà les statistiques de mortalité dans notre ville de Montréal. Nous avons le devoir de faire l'éducation des parents intéressés, de leur enseigner la valeur du B. C. G., son innocuité absolue, de répéter que c'est un vaccin d'une valeur réelle, avec lequel nous espérons éviter des accidents mortels comme celui dont je viens de rapporter.

En outre, il ne faut pas manquer l'occasion de faire comprendre aux procréateurs suspects de tuberculose, ou à ceux qui sont exposés à la contagion, l'importance de l'examen périodique. De cette façon, chacun de nous auprès de son patient, sans attendre l'effort organisé d'un corps public pour lutter contre ce fléau qui décime la population canadienne-française, pourra rendre à sa race et à son pays un service inappréciable.



MOUVEMENT MÉDICAL

LE CONGRÈS INTERNATIONAL DE RADIOLOGIE TENUE A CHICAGO DU 13 AU 17 SEPTEMBRE 1937.

Ce congrès, qui groupait dans le Palmer House Hotel trois mille médecins venus de toutes les parties du monde, a prouvé avec éclat l'importance de la radiologie dans la médecine contemporaine. La présence de non-radiologistes aussi distingués que W. J. Mayo et la variété des sujets traités a pleinement satisfait à la devise: *L'unité de la Médecine*. En développant cette thèse, le Président A. C. Christie signale qu'on ne doit plus considérer la radiologie comme une simple spécialité, mais comme une des branches principales dans l'arbre des sciences médicales.

Les langues officielles étant l'anglais, le français et l'allemand, la traduction de chaque texte était projetée sur un écran lumineux dans l'une et l'autre des deux langues que n'employait pas l'auteur.

Il n'y eut point à proprement parler de *rapport*, mais plus de 250 communications partagées entre le radiodiagnostic, la radiothérapie, la radio-physique, la radio-biologie, l'électrologie et la lumière.

Les séances se tenaient simultanément en sept salles différentes, de sorte qu'un même auditeur ne pouvoit bénéficier que d'une partie des travaux et ne saurait les résumer sans recourir aux comptes rendus.

Peu de nouveautés sensationnelles sont venues à notre connaissance; nous gardons plutôt l'impression d'un perfectionnement général.

En matière de radiodiagnostic, la tomographie, avec ses synonymes: planigraphie, stratigraphie et laminagraphie, semble le thème le plus exploité. Le principe de cette méthode consiste essentiellement dans le déplacement en sens contraire du tube et du film, de telle sorte que tous les objets placés au-dessus ou au-dessous du plan axial demeurent très flous. On obtient ainsi des radiographies par tranches à des niveaux déterminés, ce qui permet de connaître la profondeur exacte et certains caractères morphologiques des lésions. Tant

dans le département des exhibits scientifiques que du côté de l'exposition commerciale nous avons vu la théorie, l'appareillage et la technique de ce mode d'exploration profusément démontrés.

Nous gardons néanmoins la conviction que la *sérioscopie* qui dérive de la même idée est vouée à un plus grand succès. Selon ce procédé conçu par Z. Des Plantes, on radiographie un même objet sous quatre angles différents et l'on superpose les clichés sur un même négatoscope. En faisant glisser synchroniquement les radiographies l'une sur l'autre, on fait coïncider des plans différents, un seul apparaissant parfaitement clair; tandis que les objets antérieurs s'effacent tour à tour, des images de plus en plus profondes se dessinent avec précision. La manœuvre est reversible.

Le Docteur P. Cottenot de Paris, lors de son récent passage à Montréal, nous a magistralement démontré l'application qu'il a faite de la méthode de Des Plantes à l'étude des poumons. Il surmonte la difficulté de prendre plusieurs radiographies du thorax à la même phase de la révolution respiratoire par l'emploi de son sélecteur cardio-respiratoire.

Les avantages de la *sérioscopie* sur la tomographie et ses équivalents sont multiples: la possibilité d'observer en une seule manœuvre la totalité des plans et non seulement ceux qu'on a choisis au préalable; la mesure automatique de la profondeur des lésions; la simplicité et le coût peu élevé de l'instrument accessoire.

Une méthode de radiocinématographie directe, mise au point par M. Van de Maele, s'est imposée à l'admiration générale. Comme le docteur Gendreau doit présenter prochainement les films du docteur Van de Maele devant la Société Médicale de Montréal, nous préférons ne rien enlever au charme et à la surprise de ceux qui voudront assister à cette démonstration.

C'est dans la section radiodiagnostique que nous avons exposé, conjointement avec le professeur Gendreau, une technique nouvelle d'exploration du tube digestif.

Nous avons eu aussi l'honneur de prendre la parole en discussion sur la valeur de la gastroscopie comme complément de la radiographie gastrique, à la suite d'un travail de Templeton et Schindler.

En ce qui regarde la radiothérapie, la radiophysique et la radiobiologie, relevons la description d'un cyclotron médical (Lawrence); des études sur l'action biologique des neutrons; la notation en unités r du rayonnement gamma; un générateur électrostatique pouvant fournir un potentiel de 5 millions de volts (Van de Graaf); une multitude de résultats thérapeutiques du radium et des rayons X. Ici encore les travaux sont trop nombreux pour être seulement énumérés.

Parmi les exhibits scientifiques, nous nous sommes longuement arrêtés devant les radiographies de sections anatomiques par Mahoney et Anson. Ces planches dévoilent la fine structure, la forme et les rapports des muscles, des os et des divers organes aussi parfaitement que les plus beaux dessins directs. La plupart des autres exhibits devraient également être mentionnés. Citons: la démonstration cholécystographique des tumeurs de la vésicule biliaire (Kirklin); la mammographie (Hicken et Hunt); la représentation radioscopique des diverses phases des maladies cardiaques (Levene); de splendides moulages montrant la hernie diaphragmatique dans toutes ses variétés et localisations.

L'exposition commerciale ne nous a montré rien de spécifiquement neuf. Les différentes maisons américaines semblent se copier les unes les autres en ne changeant que la présentation, couleurs et lignes. La protection du radiologiste reste le dernier de leurs soucis. Leurs écrans fluoroscopiques n'augmentent pas de dimensions et sont toujours transversaux.

La partie sociale du congrès a surtout consisté en banquets pour lesquels il fallait payer en surplus des droits d'inscription déjà élevés.

A ceux qui ont assisté aux congrès européens, la formule américaine *tout dans le même hôtel*, ne paraît pas l'idéal.

La délégation canadienne-française comprenait les docteurs Peron, Lapointe et Bissonnette de Québec, Michaud de Régina, Gendreau, Lacharité, Léonard, Vogel et Jutras de Montréal.

Le prochain congrès international de radiologie aura lieu à Berlin, Allemagne, en 1940, sous la présidence du professeur Herman Holthusen.

Albert JUTRAS.



DENTS INFECTÉES ET PRESSION ARTÉRIELLE

Par Gérard de MONTIGNY, B.A., D.D.S., M.S.D.,

Attaché au Département de Stomatologie de l'hôpital Notre-Dame,
Assistant à la Section de Chirurgie de la Faculté de Chirurgie dentaire
de l'Université de Montréal.

Existe-t-il une relation directe entre les infections dentaires ou les sacs pyorrhéiques et l'élévation exagérée de la pression artérielle? Cette question est bien débattue chez les médecins et les dentistes et nous avons cru jeter quelque lumière sur le problème, en faisant une revue de la littérature américaine traitant cet aspect des relations médicales et dentaires.

Dans « Manifestations of Focal Infections in the Respiratory, Circulatory, Urinary and Gastro-Intestinal Systems in Infancy and Childhood », publié dans le « Minnesota Medicine », le docteur Rodda (1) écrit: « Les maladies du cœur chez les enfants sont, sans l'ombre d'un doute, une répercussion de foyers infectieux. » Il ajoute plus loin: « Les caries et les abcès dentaires peuvent fort bien être la cause de troubles vaso-moteurs. » L. Napoléon Boston (2) dans son communiqué intitulé « Blood Pressure Above 200 Mm., a Symptom of Focal Infection », donne des statistiques compilées chez 303 patients, qui furent tous soumis à un examen dentaire. Une amélioration marquée dans le niveau de la pression sanguine fut observée après l'élimination de dents infectées.

Dans « Arterial Hypertension », par Edward J. Stieglitis (3) nous lisons: « Des foyers d'infection chronique peuvent causer une irritation vasculaire, soit par la dissémination des bactéries elles-mêmes ou par un rayonnement des toxines dans la circulation. »

« L'importance étiologique des foyers infectieux ne peut être exagérée; chez un groupe de 110 patients souffrant d'hypertension artérielle et dont l'histoire fut étudiée avec soin pour déterminer l'étiologie de cette élévation de pression, il fut noté que 83% des cas observés arboraient des foyers infectieux. Il ne faut cependant pas conclure que toute hypertension est causée par un foyer infectieux, mais que leur présence est une menace et une source possible de troubles vasculaires. »

Dans ce même ouvrage, nous voyons que « l'infection est peut-être le plus significatif des facteurs initiaux de l'hypertension vascu-

laire; de là, leur localisation est très importante. Non seulement les infections généralisées, comme la fièvre typhoïde et la diphtérie jouent un rôle assez considérable dans les perturbations vasculaires, mais aussi les foyers mineurs d'infection locale ne doivent pas être négligés, précisément à cause de leur existence paisible et prolongée dans l'organisme. La présence assez fréquente de ces foyers infectieux chez les sujets souffrant de pression artérielle exagérée n'est pas une simple coïncidence. Une recherche approfondie de ces foyers et leur prompt élimination est une des directions que doit prendre une thérapeutique rationnelle. Les dents dévitalisées, indolores par l'absence même de nerf et douteuses par leur dévitalisation, devraient toujours être soumises à un examen radiologique; il vaut mieux considérer ces dents comme susceptibles d'infection jusqu'à preuve du contraire. Trop souvent, hélas, les dommages sont produits durant la période d'hésitation et de tolérance. Il faut cependant déplorer l'extraction en masse de toutes les dents dévitalisées, mais un diagnostic positif au moyen des rayons-X justifie une telle mesure, puisque tout tissu mort ne peut se régénérer lui-même. Aussi importantes, mais d'une fréquence moins grande, sont les infections amygdaliennes et celles des sinus adjacents du nez.»

Dans « Blood Pressure, its Clinical Applications » (4) les auteurs dissertent ainsi: « La vogue présente, souvent justifiée, d'attribuer la plupart des maladies à des foyers septiques a, comme on peut bien le penser, été amenée de l'avant pour expliquer l'hypertension. Jusqu'à présent, il nous semble qu'aucune justification expérimentale ait été fournie pour soutenir une telle assertion. Il ne semble pas y avoir d'autre relation entre les foyers infectieux et l'hypertension que celle qui existe indirectement entre celle-ci et les néphrites ou les irritations rénales; on ne connaît pas encore de protéines microbiennes susceptibles de provoquer une augmentation de pression. Il faut cependant éliminer tous les foyers d'infection en autant qu'ils peuvent occasionner ou aggraver une néphrite, quoiqu'il n'existe pas d'évidence expérimentale ou clinique que ces foyers peuvent causer directement et « per se » une élévation de la pression sanguine. Il découle d'une observation de 400 cas d'hypertension que les patients ayant souffert de scarlatine, de fièvre typhoïde, d'infection buccale et d'arthrite ne présentaient pas des symptômes plus marqués d'élévation de pression artérielle que les autres patients; et les personnes ayant contracté la diphtérie paraissent moins sujettes à l'hypertension artérielle que les autres individus. »

Comme on peut le voir, tous les auteurs cités plus haut sont d'avis unanime qu'il faut procéder à l'élimination des foyers infectieux



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)



PROVEINASE

MIDY

“RÉGULATEUR DE LA
CIRCULATION VEINEUSE”

TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE

LABORATOIRES DE LA PIPÉRAZINE MIDY
New Birks Bldg. MONTREAL

2 à 4 comprimés par jour.



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

La Ménopause

L'EMMÉNINE POUR LE TRAITEMENT DES SYMPTÔMES SUBJECTIFS ET OBJECTIFS

- L'activité « per os » de l'Emménine a été prouvée par plusieurs cliniciens*. Salmon et Frank dans un rapport récent ont montré l'efficacité de l'Emménine chez un petit nombre de malades présentant des troubles de la ménopause spontanée et chirurgicale. L'Emménine a influencé favorablement les symptômes subjectifs tels que bouffées de chaleur, sueurs profuses, céphalée, troubles neuro-vasculaires et dérangements gastriques.
- On a démontré, de plus, que l'Emménine, de son action inhibitrice sur l'hypophyse (que l'on suppose), a fait disparaître l'hormone gonadotrope trouvée dans les urines des sujets dans cette série d'observations et apportant, en même temps, un soulagement des symptômes subjectifs.
- Ce rapport ainsi que d'autres comptes rendus d'observations cliniques indiquent que l'Emménine est de valeur dans les troubles ménopausiques et justifient sa présentation au corps médical pour le traitement de cette condition.

EMMÉNINE... l'hormone œstrogène du placenta, soluble dans l'eau, active « per os », est préparée et standardisée d'après la méthode du Dr J. B. Collip et est présentée avec l'approbation du Laboratoire de Biochimie de l'Université McGill.

Emménine Liquide — bouteilles de 4 onces.

Comprimés d'Emménine — bouteilles de 42.

- * Goldberg, M. B., et Lisser, Hans — *Endocrinology* **19**: 649 (décembre) 1935.
 Atkinson, A. J., et Ivy, A. C. — *Journal American Medical Association* **106**: 515 (15 février) 1936.
 Macfarlane, Catharine — *American Journal Obstetrics and Gynecology* **31**: 663 (avril) 1936.
 Schneider, P. F. — *American Journal Obstetrics and Gynecology* **31**: 782 (mai) 1936.
 Campbell, A. D., et Collip, J. B. — *Canadian Medical Association Journal*, 633-636 (novembre) 1930.
 Watson, Melville, C. — *Canadian Medical Association Journal*, **34**: 293-298, 1936.
 Salmon, Udall, J., et Frank, Robert T. — *Endocrinology* **21**: 476 (juillet) 1937.

AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITÉE

Biologistes et Pharmaciens

MONTREAL

CANADA

d'origine dentaire dans les affections de pression artérielle élevée; cependant quelques-uns nient un rôle direct et positif aux bactéries des dents dans l'étiologie de l'hypertension.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) F. C. RODDA: « Manifestations of Focal Infections in the Respiratory, Circulatory, Urinary and Gastro-Intestinal Systems in Infancy and Childhood. » *Minnesota Med.*, 15-18 janvier 1934.
 - (2) L. N. BOSTON: « Blood Pressure above 200 Mm., a Symptom of Focal Infection. » *Med. J. and Record*, septembre 1927, page 274.
 - (3) E. J. STIEGLITIS: *Arterial Hypertension*, publié par Paul B. Hoeber, page 69.
 - (4) G. W. NORRIS, H. C. BAZETT et T. H. McMILLAN: *Blood Pressure; Its Clinical Applications*, page 218. Philadelphie, Lea & Febiger.
-

MÉDECINE PRATIQUE

Par Eugène SAINT-JACQUES,

De l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc.

TRAITEMENT DE L'ORCHI-ÉPIDIDYMITE ET DE LA PROSTATITE AIGUËS GONOCOCCIQUE.

Nous savons tous combien elles sont douloureuses et combien elles anihilent toute activité. Leur fréquence est connue de tous.

Elle apparaissent lors d'une urétrite aiguë fréquemment, comme au cours d'une infection chronique qui subit un réveil.

Que faire?

Le repos au lit est généralement forcé.

Glace loco-dolenti.

Compresses locales à l'Acétate de Plomb à 2%, qui est à la fois antiseptique et astringent .

Mais tout ceci n'empêche pas le malade de passer des nuits angoissantes, à peine soulagées par la morphine, d'être réduit à l'inaction et parfois d'être fort incommodé dans ce qu'il faut ou ne faut pas dire à la famille.

Voyons ce que peut donner une médication nouvelle.

Le docteur Guindon, dans sa thèse présentée à la Faculté de Médecine de Paris, 1935, en rapporte plus de 20 cas où le *carbone intraveineux* eut un effet aussi rapide que magique.

Le docteur Soreley, médecin de la station navale des Bermudes rapportait dans le *Journal of the Royal Med. Services*, janvier 1935, quelques observations cliniques de complications gonococciques, dont voici l'une des plus typiques.

Un militaire arrive à l'hôpital fort souffrant d'une épididymite aiguë. Il lui donne 5 c.c. de Carbonactyl (charbon intraveineux) et dix heures plus tard la douleur est disparue. Soreley signale plusieurs cas d'arthrite aiguë gonococci que rapidement et radicalement guéris par le C. I.V., sur lesquels nous reviendrons.

LABORATOIRE NATIVELLE

27, Rue de la Procession - PARIS 15

O U A B A Ï N E A R N A U D

INDICATIONS

Insuffisance ventriculaire gauche.
Myocardites diverses à cœur régulier.
Toutes cardiopathies décompensées.

FORMES

Solution à 2/100.
Ampoules au 1/4 de mg. pour injections intraveineuses.
Ampoules au 1/2 mg. pour injections intramusculaires.

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



Draeger



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

INFECTIONS AIGUËS

de la

TÊTE *et du* COU

telles que:

OTITE MOYENNE

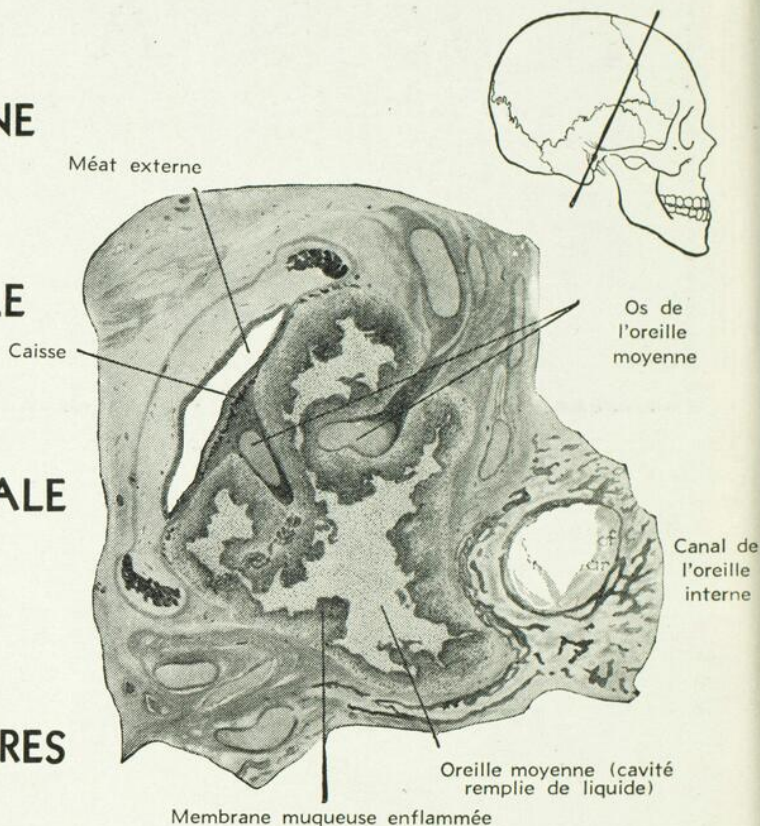
•

CELLULITE
SUBLINGUALE

ADÉNITE
CERVICALE

•

INFECTION DES
FOLLICULES
CAPILLAIRES



. . . sont considérablement soulagées par les
propriétés stimulantes et réparatrices de l'

Antiphlogistine

(fabriquée au Canada)

Echantillon et littérature:

THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY
153, LaGauchetière ouest,
MONTRÉAL

Plusieurs cas de prostatite et d'épididymite aiguës gonococciques ont bénéficié de ce traitement.

A. S. (obs. 105) arrive, le 14 nov. avec une prostatite aiguë fort douloureuse. La température est à 99.3. Le 15, elle est à 100, le malade souffre beaucoup. 5 c.c. de C. I. V. lui sont donnés. Le 16, la température est encore à 100. Le 17, elle est tombée à 98, où elle demeure, et la douleur est disparue.

H. C. (obs. 125) se présente le 17 nov. au Dr S. avec une orché-épididymite aiguë gonococcique. Il a subi deux traitements à la gonacrine, sans effet. Le 19, il est alité et reçoit 3 c.c. seulement de C. I. V. Le 20 la douleur a disparu. Le malade se lève et marche à l'aise.

A. G. (obs. 144) fait de même une orché-épididymite au cours d'une gonorrhée, nous communique le Dr V. Voilà 18 jours qu'il est malade et depuis 15 jours, il est au lit, souffrant. Son médecin lui donne 5 c.c. de C. I. V. Vingt-quatre heures plus tard, la douleur est disparue pour ne pas revenir et rapidement le gonflement disparaît.

Le docteur Ménétrel, dans sa thèse présentée à la Faculté de Médecine de Paris, 1935, sur le carbone intraveineux dans les infections aiguës en rapporte plusieurs observations. A la page 134, il cite :

M. A. B. (obs. 45). Orché-épididymite. Douleur très vive. Temp. 39. 4 injections de C. I. V. végétal de 6 c.c. font disparaître la douleur rapidement, de même que le gonflement.

M. G. A., 19 ans (obs. 67) traité 8 jours, est guéri en 3 jours par 3 injections de C. I. V., les 13, 15 et 16 juillet. Dès le 15, forte diminution de la douleur qui est tout à fait disparue le 18. Il persiste un petit noyau à l'épididyme, comme c'est l'habitude.

Ménétrel rapporte encore (obs. 143) le cas de M. P. M., 25 ans, qui, au cours d'une uréthrite gonococcique, présente une orché-épididymite très douloureuse, le 11 juillet. Le 13, la température est 39°; le 14, il reçoit un premier C. I. V. de 6 c.c.; de même les 15, 16 et 17 juillet. La température est normale le 18 et la douleur est disparue.

Ménétrel employait un carbone végétal que nous croyons moins effectif que le carbone animal du carbonactyl

Voici un cas de *prostatite aiguë* rapidement guéri par le C. I. V.

A. T. souffre de mictions fréquentes et douloureuses. Présence de gonocoques. Douleur périnéale. La prostate est douloureuse à l'exploration. Le 4 avril, la température est à 38°. Le 5, la température est à 39°; le malade reçoit 3 c.c. de Carbonactyl. Le 7, toute douleur a disparu; le 8 avril, la température remonte à 38°. Nouveau Carbonactyl de 3 c.c. Le 9, la température est à la normale et y persiste.

Voici encore qui démontre l'efficacité énergétique et rapide du C. I. V.

Paul A., 25 ans (obs. 362) traîne une vieille gonorrhée. Depuis une semaine, il souffre de son testicule, qui est gonflé et douloureux. Il arrive à l'hôpital le vendredi soir, 27 novembre, avec une température de 104°.

Samedi, la température est à 105°. Rien au cœur. Le malade reçoit 5 c.c. de Carbonactyl le midi. Le soir, la température est tombée à 104°. Le dimanche, elle est à 99° et le lundi, elle est à 38° et toute douleur a disparu.

Il n'y a pas lieu d'être surpris que le système réticulo-endothélial est chargé pour une bonne part de la défense de l'organisme, ainsi que le signale Fiessinger et aussi le professeur Damade de Bordeaux. Ce système fixe les particules de charbon. Fiessinger, dans un article sur la pathologie expérimentale, paru dans le *Journal des Praticiens* (5, 1937) en rappelait cette particularité déjà signalée par Virchow et Aschoff.

Non seulement le système réticulo-endothélial semble stimulé par le C. I. V., mais, en plus, les particules charbonneuses fixent ou neutralisent les toxines nocives, comme Roy Fraser de Mt. Alison University l'établit.

Pouchet-Souffland, dans *le Journal des Praticiens* (dec. 1936) semble résumer assez bien la question quand il écrit :

« L'utilisation des composés chimiques dans la thérapeutique anti-infectieuse possède sur les méthodes biologiques à bases de virus ou de microbes atténués par différents procédés l'avantage non seulement de neutraliser l'action pathologique des virus infectieux, mais encore de stimuler les forces naturelles de défenses de l'organisme. »

D'ailleurs, contre les complications gonococciques nous n'avons pas de sérum qui conférerait une immunité active immédiate. Nous n'avons à notre disposition que des vaccins dont l'effet, suivant les réactions humorales individuelles de l'organisme, est lent et incertain.

Le C. I. V. a si souvent prouvé ici son efficacité que son effet ne saurait être mis en doute quelle que soit l'interprétation que l'on veuille donner à son activité.

DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE LA POLIOMYÉLITE ÉPIDÉMIQUE

Dans la lutte contre la poliomyélite épidémique la sérothérapie est, à l'heure présente, la partie essentielle du traitement. Mais cette sérothérapie, pour donner son maximum d'efficacité, doit être pratiquée pendant les premiers jours, c'est-à-dire à la période pré-paralytique qui est en réalité, comme l'a si justement souligné le professeur Taillens (de Lausanne) (1), la période active de la maladie. Pour réaliser le traitement sérique dans ces conditions, il faut d'abord faire un diagnostic précoce. On voit par là tout l'intérêt que présente pour le praticien l'étude des symptômes de la phase pré-paralytique de la poliomyélite.

I. — Diagnostic positif

Il s'agit d'une maladie infectieuse aiguë, contagieuse, épidémique, qu'on observe surtout chez l'enfant, à partir de deux ans; elle débute par une température peu élevée, des troubles digestifs (vomissements, diarrhée) ou respiratoires (rhino-pharyngite, bronchite), et par des *troubles nerveux* qu'il convient d'observer ou de rechercher:

1° *Douleurs* vives dans les masses musculaires, avec hyperesthésie, faisant penser au rhumatisme et donnant à l'enfant une attitude particulière de défense.

2° *Raideur de la nuque*, qu'on peut mettre en évidence, soit en demandant à l'enfant d'embrasser ses genoux, ou de toucher son sternum avec le menton; s'il y a raideur de la colonne vertébrale, le petit malade n'arrive pas ou n'arrive que très difficilement à réaliser ce qu'on lui demande.

3° *Disparition des réflexes tendineux*. C'est l'un des meilleurs signes de la période de début; aussi convient-il de rechercher avec soin l'état des réflexes, lorsque l'on a des raisons de croire à la possibilité d'une poliomyélite.

4° *Astasie-abasie*. Ce symptôme est facile à mettre en évidence: si l'on essaie de faire marcher l'enfant, on constate qu'il ne peut même pas se tenir debout, il s'effondre.

5° *Modifications du liquide céphalo-rachidien*. Elles ont une importance capitale pour le diagnostic. S'il y a moins de dix éléments par millimètre cube, on peut pratiquement éliminer la poliomyélite. A la phase pré-paralytique, l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien révèle d'abord des polynucléaires, puis des lymphocytes, variant de 15 à 100 par millimètre cube. L'albumine est légèrement augmentée: 0 gr, 40 à 0 gr, 80 au lieu de 0 gr, 10 à 0 gr, 12; jamais plus de 1 gramme pour 1.000. Les chlorures et le sucre sont normaux. On ne trouve aucun microbe.

II. — Diagnostic différentiel

Il présente de grandes difficultés en dehors de périodes d'épidémie. On pense à tout, sauf à une poliomyélite. Les formes à début méningé et les

formes douloureuses sont celles qui prêtent le plus à confusion; elles doivent être nettement différenciées des méningites et des affections ostéo-articulaires (2).

1^o *Méningites*. — La méningite cérébro-spinale se caractérise par une raideur de la nuque beaucoup plus marquée, une température plus élevée, de l'herpès, parfois du purpura. De plus, le liquide céphalo-rachidien contient du pus et des méningocoques.

Dans la méningite tuberculeuse, le début est lent, insidieux, la somnolence domine le tableau clinique (3); il existe une lymphocytose considérable (4) dépassant 100 éléments par millimètre cube (le plus souvent 300 et plus) et l'on trouve du bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien.

2^o *Affections ostéo-articulaires*. — La maladie rhumatismale s'observe rarement avant 5 ans, alors que la poliomyélite est surtout fréquente de 2 à 5 ans. Il faut toujours penser à la possibilité d'une poliomyélite chez les petits enfants qui présentent des phénomènes douloureux, et rechercher systématiquement chez ces malades les signes neurologiques de période pré-paralytique; s'il existe de la raideur de la nuque, de la disparition des réflexes tendineux, de l'astase-abasie, la ponction lombaire s'impose; et l'examen du liquide céphalo-rachidien dans ces conditions permettra le plus souvent de conclure à la poliomyélite.

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

BIBLIOGRAPHIE. — (1) J. TAILLENS (de Lausanne). — Le diagnostic et le traitement précoces de la paralysie infantile (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, n^o 3, mars 1934, pp. 401-415). — (2) L. BABONNEIX et M. LEVY. — La paralysie infantile, in *Traité de Médecine des Enfants* de P. NOBECOURT et L. BABONNEIX, tome V, pp. 316-361. Paris 1934. — (3) A. LeSAGE. — De la somnolence toxique, in *La méningite tuberculeuse de l'enfant*, pp. 45-54, Paris 1919. — (4) J. TINEL. — Poliomyélite aiguë, in *Pédiatrie*, tome II du *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée* de E. SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX, p. 688, Paris 1923.



PRINCIPALES INDICATIONS PHYSIOTHERAPIQUES DE LA PARALYSIE INFANTILE

Par Albert JUTRAS,

Institut de Radium — Université de Montréal

La récente épidémie de poliomyélite aiguë nous incite à reppeler schématiquement les indications de la physiothérapie dans les séquelles neuro-musculaires de cette affection.

Parmi tous les agents physiques, aucun n'exerce d'action spécifique. Leur emploi vise seulement à prévenir et à restreindre la paralysie résiduelle ainsi qu'à rétablir la physiologie des nerfs et des muscles atteints.

La phase médicale et sérologique terminée, c'est-à-dire quinze jours après le début environ, ou plus exactement dès la disparition des phénomènes généraux, on peut prévoir les séquelles paralytiques et identifier les groupes musculaires affectés.

La phase physiothérapique commence dès ce moment. On s'empresera d'appliquer la méthode de Bordier, malgré le scepticisme dont elle est l'objet en certains milieux. Cette méthode comprend, dans son essence, la combinaison des rayons X et de la diathermie; les modalités techniques varient un peu selon les auteurs.

1° *Radiothérapie* — But: arrêter et faire diminuer la sclérose cicatricielle de la moelle épinière et ainsi décompresser les éléments nerveux. Technique: trois ou quatre séances de chaque côté du rachis cervical, pour les membres supérieurs, et du rachis lombaire, pour les membres inférieurs, en centrant obliquement sur les cornes antérieures; 140 Kv; filtration 10 mm Al ou $\frac{1}{2}$ mm Cu + 2 Al; dose 125 r par séance; une séance tous les deux jours en alternant les champs.

2° *Diathermie* — But: régulariser la circulation locale et générale; favoriser la nutrition cellulaire; empêcher la sclérose. La diathermie avec contacts expose aux brûlures cutanées; la diathermie à ondes courtes n'a pas cet inconvénient et s'applique avec une extrême simplicité. Une séance de 20 minutes tous les jours, si possible, sur chaque territoire atteint, avec une électrode à l'extrémité du membre et l'autre sur le segment médullaire correspondant.

3° *Bains chauds* — But : identique à la diathermie. Les membres paralysés sont mis pendant 20 minutes, quatre ou cinq fois par jour, dans de l'eau tiède dont la température atteindra progressivement 45° C (113° F).

4° *Les bains de lumière et les rayons infra-rouges* en raison de leurs propriétés trophiques et vaso-motrices, ont aussi leurs partisans.

Après trois ou quatre semaines de ce traitement, il faut pratiquer *l'électrodiagnostic classique* ou la *chronaxie* pour savoir quels sont les muscles et les nerfs lésés et le degré de leur dégénérescence. Ceci détermine la forme de courant électrique qu'il faut employer et les régions qu'il faut traiter. On se gardera de baser un pronostic trop formel sur les données de l'électrodiagnostic.

Le courant continu encore appelé *voltaique* ou *galvanique* convient surtout aux muscles qui présentent des réactions de dégénérescence totale (inexcitabilité faradique, lenteur de la secousse galvanique, etc.) et dont il faut entretenir provisoirement la trophicité. On applique l'électrode négative à hauteur du renflement médullaire, l'électrode positive à l'extrémité du membre malade, pendant 20 minutes, trois fois par semaine, et avec une intensité aisément tolérable. Après 15 ou 20 séances, le traitement est discontinué pendant une quinzaine.

L'ionisation iodurée, recommandée par certains (Bourguignon), à cause de ses propriétés sclérolytiques consiste simplement à mettre une compresse imbibée d'une solution à 3% d'iodure de potassium sous le pôle négatif à la colonne vertébrale. Quant au reste, même technique que pour le courant continu simple.

Les courants excito-moteurs conviennent aux muscles incomplètement dégénérés ou régénérés en restaurant leur contractilité et leur tonicité. Il y a quatre variétés principales de courants excito-moteurs : a) *le courant galvanique interrompu*; b) *les courants ondulés à longues périodes (Laquerrière)*; c) *les courants progressifs de Lapique*; d) *le courant faradique*.

a) *Le courant galvanique interrompu* rythmiquement au métronome s'emploiera avec circonspection, car il fatigue vite la fibre musculaire.

b) *Les ondes alternatives à longues périodes de Laquerrière*, contrairement à la modalité précédente, produisent une excitation motrice douce et ne surmènent pas les muscles.

c) *Les courants progressifs de Lapique*, obtenus en plaçant deux condensateurs en dérivation aux pôles d'un appareil galvanique action-

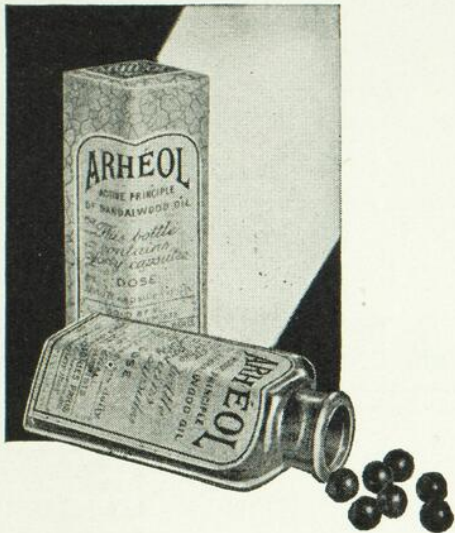
ACTION ANTISEPTIQUE

prolongée

SUR

L'APPAREIL

URINAIRE



DANS l'inflammation aiguë de la vessie, de l'urètre postérieur et de l'appareil génito-urinaire — lorsqu'il existe de la douleur, du ténésme et de la pollakiurie — l'un des meilleurs adjuvants médicaux par voie interne, c'est le principe actif de l'essence de Santal — le "SANTALOL".

En chargeant l'urine de Santalol, toute la muqueuse de la vessie et de l'urètre postérieur se trouve continuellement lavée par un liquide antiseptique, modificateur et cicatrisant.

C'est exactement ce qui arrive quand votre malade prend l'

ARHÉOL (Astier)

Car l'Arhéol (Astier) est le principe actif purifié de l'essence de santal, ne contenant jamais moins de 98% de santalol. Il ne contient pas de substances thérapeutiquement inertes mais irritantes, décelées dans l'essence de santal ordinaire.

Dans la période aiguë de la gonorrhée, l'Arhéol (Astier) soulage la douleur, réduit l'inflammation, atténue la gêne de l'urètre postérieur et diminue

la fréquence des mictions. Lorsqu'il y a indications du traitement local, il agit comme adjuvant utile aux antiseptiques et aux astringents locaux. Il peut être employé, avec avantage, dans la Cystite, le Catarrhe vésical, la Prostatite, l'Urétrite postérieure. Dans la Pyélite, grâce à ses propriétés antiseptiques, l'Arhéol (Astier) constitue une aide précieuse pour vaincre l'infection dans le rein et le bassin.

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 ———— INTES^TIN

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.**

né par un métronome, fournissent selon Duhem des excitations plus énergiques que les courants de Laquerrière sans épuiser davantage la musculature.

d) *Le courant faradique* ne convient qu'aux muscles dont la régénérescence est avancée et, mieux encore, aux muscles dont une partie des fibres seulement a été touchée, l'hypertrophie provoquée des faisceaux sains assurant la suppléance pour les éléments définitivement détruits. La faradisation sert aussi à corriger certaines attitudes vicieuses dues à l'inactivité des muscles non directement affectés par la poliomyélite.

Quelle que soit la variété à laquelle on s'adresse, ces courants sont appliqués en séances courtes (5 à 15 minutes), à faible intensité, répétées tous les deux jours jusqu'à concurrence de 15 à 20 séances. On les reprend après un intervalle de 2 à 3 semaines.

Les rayons ultra-violets par séries de 15 à 20 séances sont très recommandables pour le tonus général et le métabolisme du calcium.

La mécanothérapie et les *massages* confiés à des experts complètent la rééducation des muscles au terme de leur restauration.

Après *deux ans* de physiothérapie persévérante et rationnelle le malade passe au chirurgien s'il est incomplètement guéri; il entre dans la **phase orthopédique**.

ACTUALITÉS

L'ALLIANCE MÉDICALE DE LA PROVINCE DE QUÉBEC.

Nom nouveau pour la plupart des lecteurs...

Il ne saurait se confondre avec ceux plus connus, d'Association Médicale de la Province de Québec et de Fédération des Sociétés Médicales appelés à disparaître automatiquement, car il a englobé les deux organismes médicaux provinciaux.

Un rêve que nous chérissions depuis de nombreuses années, et dont nous prévoyions la réalisation prochaine⁽¹⁾, est enfin arrivé à maturité.

Un Comité Provisoire a été chargé de la mise au point définitive, de la propagande et de la diffusion de ses buts, de la mise en marche de cet organisme qui servira à unir tous les membres de la profession en une pensée et en un effort communs pour la conservation de nos droits et la défense de nos intérêts professionnels.

A la tête de ce Comité temporaire se trouve un travailleur de la première heure et on a élu, pour l'aider dans sa tâche, des représentants actifs des Sociétés qui ont contribué à parfaire cette fusion créée dans le but de rendre efficace les demandes et les réformes que commande l'évolution normale des exigences modernes.

La profession médicale est la seule qui ne soit pas organisée convenablement chez nous. C'est une anomalie.

L'Alliance Médicale vient à son heure, combiner les efforts, coordonner les bonnes volontés, édifier des projets, énoncer des principes pour le plus grand bien de toute la profession.

On lira plus bas, le schéma de la Constitution et des Règlements qui prendront en temps et lieu la forme légale voulue et la phraséologie adéquate exigée par la Loi.

Aucun médecin ne doit se désintéresser de la création de cette Alliance nouvelle.

(1) Voir *Union Médicale du Canada*, numéro d'août 1937.

Elle marque un tournant dans l'histoire de notre profession.

Il faut que tous et chacun assistent à sa naissance en se pliant aux formalités d'usage et en se réjouissant d'une union sincère, et, souhaitons-le, définitive, de tous les membres de la profession médicale de la Province de Québec.

GERIN-LAJOIE.

L'Alliance Médicale de la Province de Québec.

Le 4 octobre dernier, les membres de l'Exécutif de la Fédération des Sociétés Médicales, de l'Association Médicale de la province de Québec, des Associations et Sociétés Médicales de Montréal se réunissaient à l'hôpital Notre-Dame pour jeter les bases d'une nouvelle organisation médicale, intitulée: « *L'Alliance Médicale de la province de Québec* » et destinée à absorber la Fédération des Sociétés Médicales et l'Association Médicale de la province de Québec, deux organismes qui s'étaient donné pour mission de défendre nos intérêts professionnels avec une vigueur, un zèle et un dévouement qui fait honneur à leurs promoteurs, les Docteurs Desrochers et Gérin-Lajoie.

Si notre profession était si bien défendue, quelle est la raison d'être d'une nouvelle organisation qui n'ajoutera que confusion et complications?

Malgré leurs louables efforts, la Fédération des Sociétés Médicales, l'Association Médicale de la province de Québec et certaines Associations de Montréal avaient un champ d'action plutôt limité. La défense des intérêts professionnels du corps médical prend de l'ampleur et ce n'est pas en réglant, avec plus ou moins de satisfaction, quelques problèmes locaux que notre profession va s'imposer à l'attention des pouvoirs publics. Nous sommes mal cuirassés contre les attaques qui nous viennent de toutes parts et il est absolument urgent et nécessaire de centraliser toutes nos énergies. Une organisation unique pourra réaliser avec plus de fermeté la reconnaissance de nos droits et de nos revendications; elle attachera une égale importance à solutionner les problèmes médicaux des grands centres et des régions les plus éloignées.

Il doit être bien compris que la nouvelle organisation ne songe même pas à l'idée de supplanter le Collège des Médecins et Chirur-

giens ou de s'approprier des prérogatives qu'elle n'a pas le droit d'avoir. Le Collège des Médecins et Chirurgiens, d'après une loi fédérale, demeure le seul organe officiel de notre profession dans cette province et nous devons nous soumettre à son autorité dans toutes les questions qui relèvent de l'administration et de la discipline.

La nouvelle organisation respectera le droit de vivre et l'autonomie des Sociétés ou Associations médicales existantes; il n'est pas question de détruire pour reconstruire.

La nouvelle organisation se propose :

1. de développer l'union et l'harmonie parmi les membres de la profession médicale de cette province;
2. de défendre et de protéger les droits du corps médical et de ses membres;
3. de diffuser les notions d'hygiène en vue de protéger et d'améliorer la santé publique;
4. de promouvoir l'éducation et l'enseignement de la médecine dans cette province;
5. de maintenir le caractère, le sentiment de l'honneur, de l'éthique et du devoir dans la profession médicale.

Un comité provisoire d'organisation a été constitué et les présidents, ou leur représentant, de toute société ou association médicale sont, ex-officio, membres de ce Comité.

Evidemment, le travail préliminaire d'organisation doit partir d'un point quelconque, et si le mouvement est déclenché à Montréal il ne faut pas être chauvin au point de croire que Montréal va monopoliser la réglementation de la profession médicale. Tous les médecins de cette province, sans distinction de races ou de religion sont invités à adhérer à ce projet d'union. La médecine n'a pas de frontières et tous les membres d'une aussi noble profession devraient faire un effort et se donner la main pour se libérer de cet esprit d'individualisme qui nous caractérise. Le succès d'un tel projet dépend de l'adhésion, de la coopération et de la bonne volonté de tout le corps médical. Ceux qui ont l'habitude de s'isoler dans des tours d'ivoire devraient comprendre que leur abstention sera préjudiciable à leurs propres intérêts et à ceux de tous leurs confrères.

La province sera répartie en divisions médicales. Une division médicale comprendra plusieurs districts médicaux. Un district médical sera composé de sociétés, associations ou groupements médicaux: ce seront les cellules mères de l'organisation. Le système représentatif

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 FRANÇAIS 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 correspon-**
dant 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?.....

et proportionnel sera en vigueur et les coins les plus reculés de la province seront aussi bien représentés que les grands centres avec les mêmes droits de faire valoir leurs idées et de choisir les officiers généraux qui les dirigeront.

Lorsque le travail d'organisation sera complété, le comité provisoire remettra ses pouvoirs aux délégués qui constitueront l'assemblée générale ou grand conseil. La constitution et les règlements que nous avons élaborés pourront alors être modifiés, rejetés ou acceptés. Une forme légale définitive sera donnée à la charte et à la constitution.

Le projet tel que présenté ne contient que les dispositions essentielles à sa mise en marche. Ce qui importe le plus, présentement, c'est d'adopter le principe d'unir tous les médecins de la province de Québec sous la direction d'un organisme unique.

A l'encontre des classes ouvrières, industrielles et même professionnelles, le corps médical de cette province se trouve placé dans une situation inférieure et désavantageuse parce qu'il n'est pas organisé. Aussi ne faut-il pas s'étonner outre mesure de notre peu de succès dans les revendications de nos besoins et de nos droits; les hommes publics savent que les médecins n'ont pas de solidarité, qu'ils se défendent mal et que ce sont de bien dociles moutons qu'on peut impunément tondre plus souvent qu'à leur tour.

La stabilité d'un édifice réside dans l'union de toutes ses parties constituantes et le moindre défaut d'agencement suffit pour faire crouler toute la charpente. Il en est de même de notre profession. Nous ne connaissons pas notre force parce que nous n'avons jamais réussi à nous unir comme groupement médical. Une proportion imposante de la profession médicale semble satisfaite de son sort et ne s'imposerait pas le moindre effort pour l'améliorer. L'union de toutes les bonnes volontés, voilà le levier qui nous manque actuellement pour soulever la masse de léthargie qui nous écrase.

« Debout les morts. »

Léopold LAMOUREUX,
Président du Comité d'organisation

6 octobre 1937.

PROJET DE CONSTITUTION ET RÈGLEMENTS

Constitution

NOM. Le nom de l'Association est *L'Alliance Médicale de la Province de Québec.*

BUT. 1) Développer l'union et l'harmonie parmi les membres de la profession médicale dans cette province.

2) Défendre et protéger les droits du corps médical et de ses membres.

3) Diffuser les notions d'hygiène sociale, en vue de protéger la santé publique.

4) Promouvoir l'éducation et l'enseignement de la médecine dans la Province.

5) Maintenir le caractère, le sentiment de l'honneur, de l'éthique et du devoir dans la profession médicale.

FINES ET MOYENS. Pour arriver à ces fins, *L'Alliance Médicale* pourra créer et maintenir, selon le besoin, un ou des comités permanents ou temporaires, dont les attributions seront définies par des règlements.

L'Alliance Médicale pourra en outre faire, amender ou abroger tous les règlements nécessaires ou utiles pour atteindre ses buts.

Cette constitution ne pourra être amendée que sur recommandation du grand conseil, après vote affirmatif des deux tiers (2/3) des membres actifs de *L'Alliance Médicale* présents à l'assemblée générale et pourvu que la teneur de tels amendements ait été insérée dans l'avis de convocation.

CONTRIBUTION. *L'Alliance Médicale* aura le droit de percevoir toute contribution inscrite aux règlements et d'en disposer de la façon qu'elle jugera opportune. Elle pourra aussi recevoir des subventions ou des dons.

SIEGE SOCIAL. Le siège social est à Montréal.

BIENS IMMOBILIERS. Le montant auquel sont limités les biens immobiliers que la corporation peut posséder est fixé à cinquante mille (\$50,000.) dollars.

Règlements

Article I. — COMPOSITION. *L'Alliance Médicale de la Province de Québec* est composée:

- a) de membres,
- b) de sociétés régionales,
- c) de districts médicaux,
- d) de divisions.

Article 2. — ADMINISTRATION. *L'Alliance Médicale* est administrée par:

- a) un Grand Conseil; b) un Exécutif.

Chaque société de district doit payer au trésorier du Grand Conseil un montant proportionnel au nombre de médecins pratiquants dans son district et inscrits à la dite société.

NUTRITION APPROUVÉE POUR CONVALESCENTS



L'Ovaltine fut, à l'origine, composée pour servir comme aliment-tonique-liquide nutritif destiné à aider les convalescents dans un sanatorium de Suisse. L'usage s'en est ensuite étendu à l'Angleterre et à tous les pays civilisés. On la fabrique maintenant au Canada d'après la formule originale et suivant le même haut « standard » de qualité.

'OVALTINE'

Aliment - Tonique - Liquide

Aide les Convalescents à Recouvrer Santé et Vigueur.

LUSALDOL

COMBINAISON MOLÉCULAIRE STABLE

de l'ALDÉHYDE FORMIQUE

Bactéricide énergique éprouvé

et du RICINOLÉATE DE SOUDE

Savon immunisant doué de propriétés détoxiquante et antigénique.

Absence de toxicité et de causticité.

C'est le seul désinfectant qui détruit et fasse disparaître les mauvaises odeurs sans y substituer une autre odeur plus ou moins agréable.

Solution:
 Pansements des plaies, Accouchements . . . à 1%
 Douches vaginales, leucorrhées, varinites 1/2 à 1%
 Stérilisation des instruments, Désinfection 1 à 3%
 2 cuil. à thé dans une pinte d'eau == à 1%

M. CARTERET, Pharmacien
 15, rue d'Argenteuil, Paris, France

Concessionnaires pour le Canada:
 ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne, MONTRÉAL

ANTISEPTIQUE
 DÉSINFECTANT
 DÉSODORISANT



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

BISMUTHOÏDOL

Bismuth colloïdal à grains fins, solution aqueuse
Procédé spécial aux Laboratoires ROBIN

Injections sous-cutanées, intra-musculaires ou intra-veineuses
Immédiatement absorbable - Facilement injectable

COMPLÈTEMENT INDOLORE

1 ampoule de 2 cmo. tous les 2 ou 3 jours.

R.C. 221839

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

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

Nul district ne peut mandater de délégué au Grand Conseil à moins d'être en règle avec le Grand Conseil.

Article 3. — DEFINITIONS ET ATTRIBUTIONS.

a) *Membres.* 1) Tout médecin en règle avec le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec est éligible comme membre de *L'Alliance Médicale*.

2) Tout candidat doit signer une demande d'admission comme membre, être en règle avec la société médicale de son district, et s'engager à respecter la constitution et les règlements de *L'Alliance Médicale*.

3) Le titre de membre se perd par démission ou radiation.

b) *Sociétés régionales.* 1) Les médecins d'une région sont groupés ou peuvent se grouper en sociétés régionales.

2) Chaque société régionale peut faire ses propres règlements, pourvu que ces règlements soient transmis au Grand Conseil et que les dits règlements soient en harmonie avec *L'Alliance Médicale*.

c) *Districts médicaux.* 1) La Province est divisée en vingt (20) districts médicaux, chaque district comprenant la ou les sociétés médicales de sa région.

2) Chaque président de district est élu par les exécutifs des sociétés de son district et fera partie d'office du Grand Conseil; il pourra cependant y substituer le vice-président.

3) En outre du président, chaque district médical élira annuellement un délégué au Grand Conseil.

4) Si le nombre de membres inscrits d'un district dépasse cent cinquante (150), ce district aura droit à un représentant de plus pour chaque cinquante (50) membres additionnels ou fraction de cinquante.

d) *Divisions.* 1) La Province est répartie en cinq (5) divisions médicales, chaque division comprenant un certain nombre de districts médicaux.

2) Chaque division médicale aura droit à un (1) représentant à l'Exécutif Central.

Article 4. — LE GRAND CONSEIL.

1) Le Grand Conseil sera donc composé du président de chaque district médical, et en plus, des représentants supplémentaires prévus aux items 3 et 4 du paragraphe C de l'article 3, et des membres de l'Exécutif.

2) Le Grand Conseil se réunira au moins une fois l'an, lors de l'assemblée annuelle.

3) Le président de *L'Alliance Médicale* sera tenu de convoquer une assemblée spéciale du Grand Conseil sur pétition signée par dix (10) membres du Grand Conseil, pourvu que la dite pétition contienne les motifs détaillés de la demande. Cette assemblée spéciale devra se tenir dans un délai de pas moins de trois (3) semaines et de pas plus de cinq (5) semaines après réception de cette pétition. Pour que cette assemblée spéciale soit régulière, les pétitionnaires devront être présents à la dite assemblée, à moins de raisons graves.

4) Le quorum pour une assemblée du Grand Conseil est de la moitié plus un du nombre des membres du Grand Conseil.

Article 5. — COMITE EXECUTIF CENTRAL.

Le Comité Exécutif Central se compose comme suit:

- a) un président général,
- b) un vice-président,
- c) un directeur de l'Exécutif,
- d) un secrétaire général,
- e) un trésorier général,
- f) un représentant par division médicale.

1) Le directeur de l'Exécutif, le secrétaire général et le trésorier général peuvent être choisis en dehors du Grand Conseil; ils sont élus pour une période de 3 ans.

2) Le président général, le vice-président général, le directeur de l'Exécutif, le secrétaire général et le trésorier général sont élus par le Grand Conseil, au scrutin secret.

3) Les cinq (5) représentants de division seront élus chacun, annuellement, par les présidents et les délégués des districts formant leur division.

4) Le président général préside l'assemblée annuelle et les assemblées du Grand Conseil; il est le représentant officiel de *L'Alliance Médicale*.

5) Le vice-président général remplit les fonctions du président en l'absence de celui-ci.

6) Le directeur de l'Exécutif préside les assemblées de l'Exécutif.

7) Le secrétaire général est le gardien du sceau; il rédige les minutes des assemblées de l'Exécutif et du Grand Conseil; il voit à la correspondance, aux dossiers, aux rapports déposés au bureau de l'Association et est responsable des archives.

8) Le trésorier général est le gardien du trésor et voit à la comptabilité. Il sera porteur d'une police d'assurance de garantie dont le montant sera fixé par le Grand Conseil qui en paiera la prime par l'entremise de l'Exécutif.

9) L'Exécutif tient des assemblées régulières au lieu ordinaire des réunions; le quorum d'une assemblée est fixé à cinq (5) membres.

10) L'Exécutif administre les affaires ordinaires de l'Association. Il s'occupe de toutes les questions d'urgence qui peuvent se présenter depuis l'ajournement du Grand Conseil jusqu'à la prochaine assemblée.

11) Toutes les questions d'intérêt général soumises par une société régionale et transmises à l'Exécutif devront faire l'objet d'une communication émanant du secrétariat général et adressée à chaque société de district dans le plus bref délai.

12) Les chèques tirés sur les fonds de *L'Alliance Médicale* devront être signés par le trésorier général et contresignés par le directeur de l'Exécutif, ou tous autres membres nommément désignés par résolution de l'Exécutif.

13) Toute dépense de plus de cent (\$100.) dollars devra être autorisée par une résolution de l'Exécutif.

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

IODONE ROBIN

GOUTTES

INJECTABLE

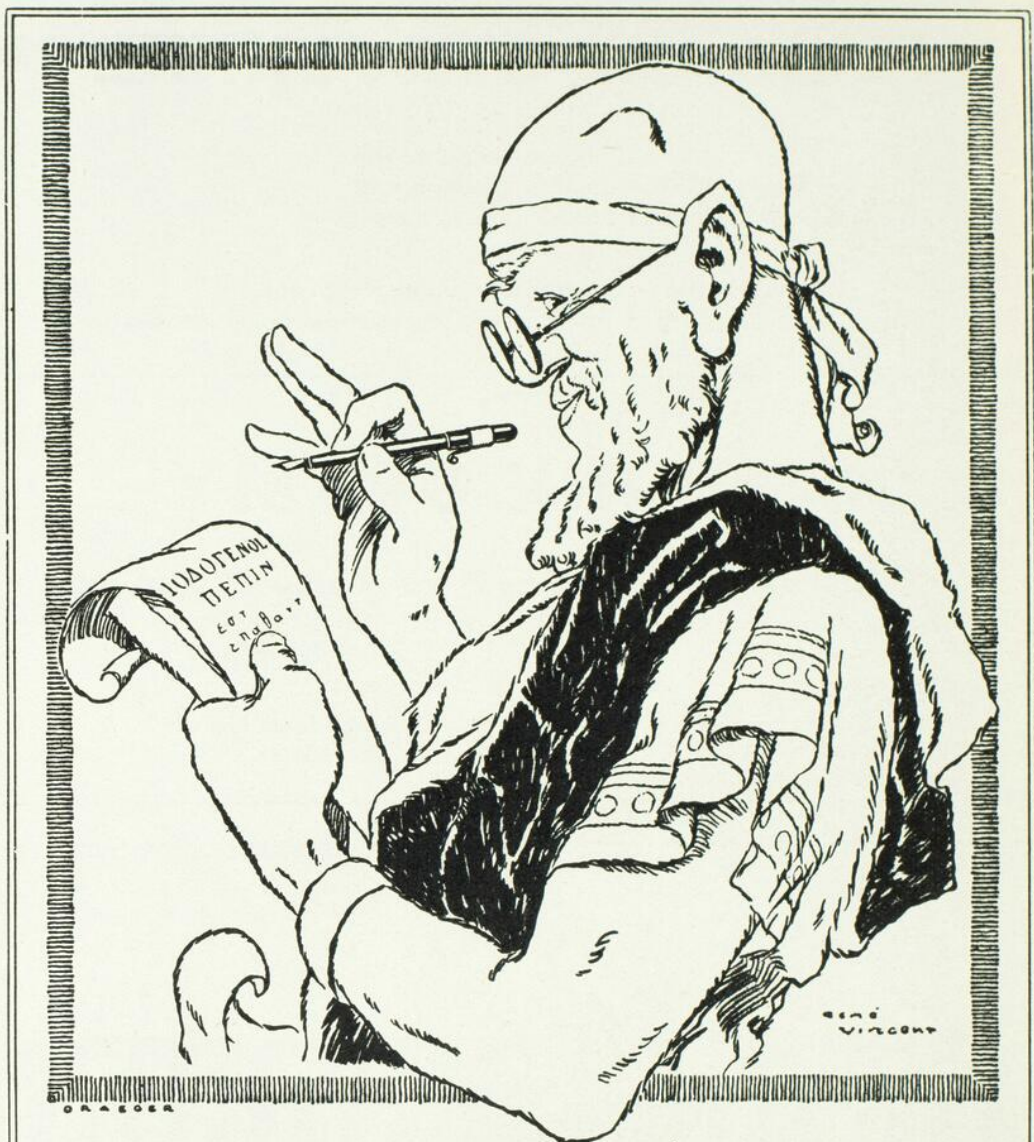
R.C. 221839

ARTHRITISME - ARTÉRIO-SCLÉROSE

ASTHME, EMPHYSÈME, RHUMATISME, GOUTTE

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.

Article 6. — COMITE DE MISE EN NOMINATION.

Ce comité est formé du président ou d'un des délégués de chaque district, mandaté annuellement à cette fin par ses électeurs.

Fonction. — Ce comité doit:

- 1) Proposer des noms pour les différents postes à l'Exécutif.
- 2) Suggérer le lieu et la date de réunion pour l'assemblée suivante.

Le Grand Conseil n'est cependant pas tenu de suivre les suggestions du comité de mise en nomination.

Article 7. — AMENDEMENT DES REGLEMENTS.

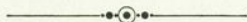
Les règlements de *L'Alliance Médicale* pourront être amendés sur recommandation de l'Exécutif, en assemblée régulière du Grand Conseil, sur vote affirmatif des deux tiers (2/3) des membres actifs présents, pourvu que la teneur en ait été donné dans l'avis de convocation de telle assemblée.

Article 8. — PROCEDURE.

Les règles de procédure du "Manuel des Assemblées Délibérantes de Sauvalle" seront observées, sauf lorsqu'il y aura conflit avec la lettre ou l'esprit de nos règlements.

Article 9. — REFONTE.

La présente charte et les présents règlements abrogent et remplacent tous statuts, chartes, lettres patentes, constitutions et règlements antérieurs de l'Association Médicale de la Province de Québec et de la Fédération des Sociétés Médicales de la Province de Québec.



VARIÉTÉS

PARLONS D'HYGIÈNE

Epreuve obligatoire pour obtenir une licence de mariage

Depuis janvier 1936, la loi obligeant tous les candidats au mariage à subir l'épreuve de Wassermann, est effective dans l'Etat du Connecticut, E.-U. Une licence de mariage est émise quand l'épreuve est négative.

Durant les onze premiers mois de 1936, il y eut 7,347 mariages comparés à 11,109 durant la même période en 1935. Plusieurs personnes trouvées porteurs du tréponème ignoraient leur infection. Sur le nombre d'examens pratiqués, 44 ont été positifs dont 24 hommes et 20 femmes.

Ecole pour jeunes mariées en Chine

Une école est en construction à Shangai dont le curriculum d'études est le suivant :

Cours sur l'hygiène, alimentation des enfants, eugénisme, biologie, génie sanitaire, entretien de la maison, arts domestiques, couture, dactylographie, et soins des malades.

Cette école est le don d'une grande dame chinoise, écrivain et éducatrice.

Examen médical des employés domestiques en Caroline du Nord, E.-U.

Tous les employés domestiques sont requis de subir un examen médical annuel, et aussi souvent que le patron le désire. Cet examen a pour but la recherche de la syphilis et la tuberculose, tel qu'établi par une loi de cet Etat.

Les employés, lors de leur application pour une position, doivent fournir un certificat de bonne santé émis, soit par un médecin ou l'officier de santé qu'un examen physique a été subi depuis deux semaines.

Ce certificat doit spécifier que le porteur est exempt de maladies contagieuses et vénériennes.

H.-Sylvio ROCH.

REVUE DES LIVRES

Précis d'urologie. Par Félix LEGUEU, ancien professeur à la Faculté de Médecine de Paris et Membre de l'Académie de Médecine et Edmond PAPIN, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph de Paris et Membre de l'Académie de Chirurgie. Un volume de 750 pages, comprenant 511 figures. C'est une seconde édition à la première parue en 1921.

Comme le disent les Auteurs, cet ouvrage est un véritable précis destiné aux Praticiens et aux Etudiants; c'est pour eux qu'il a été conçu et rédigé.

Dans la première partie qui comprend l'étude de l'exploration clinique en Urologie, les auteurs passent en revue les moyens à prendre pour obtenir l'asepsie et l'antisepsie nécessaires, l'étude de l'anatomie clinique et des procédés d'examen clinique de l'urètre, de la prostate, de la vessie et des reins, l'examen des urines, l'exploration endoscopique, l'étude de la fonction rénale au moyen des cathétérismes et de l'urographie.

Dans la seconde partie, qui comprend la séméiologie urinaire. Les Auteurs étudient les phénomènes douloureux dans les maladies de l'appareil urinaire, les troubles de la miction les troubles de la sécrétion urinaire, la toxicité et l'infection urinaire.

Enfin dans une troisième partie, la pathologie de tous les différents segments de l'appareil urinaire est mise au point complètement.

Ce volume devrait faire partie des manuels quotidiens et rendra des services illimités à tous les praticiens qui s'occupent d'Urologie médicale. Les illustrations nombreuses dues pour la plupart au talent particulier et pratique de Monsieur Edmond Papin, en agrémentent la lecture et ajoutent à la simplicité et à la grande concision du texte.

Paul BOURGEOIS.

ANALYSES

MÉDECINE

Paul HALBRON. — **Les intoxications digitaliques.** « Monde Médical »; 1er juillet, 1937.

L'auteur rappelle d'abord quelques notions physiologiques importantes, à savoir: 1° la digitaline excite le vague et détermine un ralentissement sinusal, ce qui permet au cœur malade une réplétion plus complète; 2° la digitaline a aussi une action de blocage partiel ou total sur le faisceau de His; 3° enfin la digitaline, à petites doses, fait disparaître les extra-systoles, augmente, à plus fortes doses, l'excitabilité du myocarde, d'où apparition du pouls bigéminé ou trigéminé, ce phénomène ne survenant que sur un cœur malade; 4° elle exerce peu d'action sur la contractilité, contrairement à l'ouabaïne; 5° elle possède une action discutable sur la tonicité; 6° la digitaline bloque passagèrement le rein, spasme la circulation périphérique et provoque une légère élévation de la tension artérielle. On observe assez souvent des intoxications thérapeutiques par la digitaline. La dose classique de 50 gouttes de la solution au 1/1000 de digitaline peut être facilement dépassée, la susceptibilité étant individuelle: l'auteur a vu donner 200 à 300 gouttes sans accidents, sous surveillance attentive. Chez d'autres malades la dose d'intolérance, de susceptibilité individuelle est facilement atteinte: l'auteur l'a notée chez un de ses malades, qui eut de l'arythmie complète avec cinq gouttes de digitaline. Les premiers signes de toxicité sont: des troubles digestifs avec inappétence, anxiété, brûlement épigastrique et vomissements. Surviennent aussi parfois des troubles visuels sous forme de dyschromatopsie. Ce sont les troubles circulatoires révélés par l'examen systématique qui sont les plus importants: la bradycardie, le bi ou trigéminisme du pouls.

Devant ces signes, il faut suspendre la digitaline; les extra-systoles ne prennent naissance que sur un myocarde déjà malade. L'auteur signale enfin la possibilité, au cours du traitement, d'accidents graves: syncope et même mort subite.

Trois facteurs dominent le pronostic de l'intoxication massive: 1° la dose; 2° la forme sous laquelle est absorbé le toxique; 3° l'état antérieur du cœur.

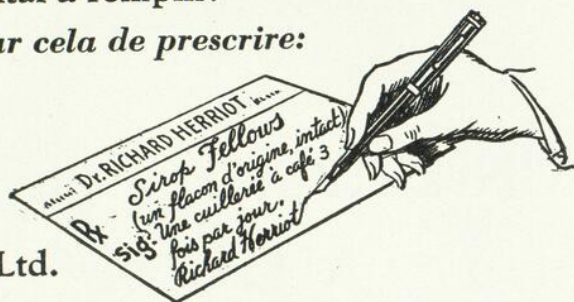
Le diagnostic de l'intoxication thérapeutique est simple: examinons régulièrement le pouls de tout malade soumis au traitement digitalique. Y penser chez un sujet en demi-coma avec bradycardie.

Traitement: 1° évacuation du toxique: lavage d'estomac suivi plus tard de purgatifs; 2° combattre la bradycardie à l'aide de camphre et de la caféine, et surtout avec des injections d'atropine, espérant ainsi inhiber le

DANS LES CIRCONSTANCES SI
diverses où le
MÉTABOLISME des sels **MINÉRAUX**
joue un rôle décisif,
LE SIROP FELLOWS
AUX HYPOPHOSPHITES

qui est à même de parer au déséquilibre des ions
d'hydrogène, a un rôle particulier
et capital à remplir.

Il suffit pour cela de prescrire:



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. glut. 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 Galaccol. 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
MONTRÉAL

vague; 3^o rehydrater le malade: glace et opium en petites quantités pour améliorer la tolérance gastrique et, si nécessaire, sérum sous-cutané ou goutte à goutte rectal.

Yves CHAPUT.

S. E. KOHN. — Anémie aiguë par hémolyse au cours d'un traitement par le sulfanilamide. « Journal of the American Medical Association », 25 septembre 1937.

Devant l'emploi croissant et intensif de Sulfanilamide à l'hôpital et en clientèle, les esprits critiques ont cherché à découvrir les inconvénients de ce nouveau produit. Le journal nommé ci-dessus publie toute une série d'articles sur les complications survenues au cours de l'administration de ce médicament.

L'anémie aiguë par hémolyse des globules rouges constitue sans doute l'accident le plus redoutable de cette thérapeutique. Le Dr S. E. Kohn de Milwaukee présente l'observation suivante:

Le 22 mars 1937, une fillette âgée d'un an, est hospitalisée à l'hôpital de Milwaukee pour otite moyenne bilatérale et angine. Une culture du pus des oreilles et de la gorge révèle une infection par des streptocoques hémolytiques. La formule sanguine: 4,700,000 globules rouges; 20,400 globules blancs; 12.5 gm. d'hémoglobine.

Le 23, transfusion de sang citraté, soit 175 c.c. On commence alors le traitement au Sulfanilamide, 5 grains trois fois par jour. Le 28, on note une teinte subictérique et une décoloration brunâtre de l'urine. On cesse le Sulfanilamide aussitôt; l'enfant paraît intoxiquée et anémiée. Une nouvelle formule sanguine donne: 3,250,000 globules rouges; 20,100 globules blancs; 8.5 g. d'hémoglobine; Anisocytose, poikilocytose, polychromatophilie.

La jaunisse s'installe et l'intoxication devient plus intense. Cette hémolyse aiguë était-elle due à la transfusion? Le groupe sanguin du donneur et du bébé sont vérifiés et concordent. Pas d'agglutination ni d'hémolyse. Le 30 mars, deux jours après cessation du médicament, la formule sanguine présente: 2,000,000 globules rouges; 47,400 globules blancs; 6 g. d'hémoglobine; Anisocytose, poikilocytose et polychromatophilie.

On fait une injection intramusculaire de 20 c.c. de sang entier suivie d'une transfusion de sang citraté, six heures plus tard. La formule sanguine: 2,500,000 globules rouges; 6 g. d'hémoglobine. L'ictère diminue, l'enfant paraît moins intoxiquée. Dès lors, l'anémie régresse progressivement: 3,000,000 globules rouges, puis 3,300,000, puis 3,900,000; l'hémoglobine remonte à 12.5 g. L'état général suit la même courbe. Le 3 avril: 5,100,000 globules rouges, 15,700 globules blancs, 14 g. d'hémoglobine.

Le 4 avril, congé en excellente condition. Pendant cinq jours, tout est normal. Pour se convaincre que cette anémie hémolytique était bien due au Sulfanilamide, on donne de nouveau ce produit à la dose de 5 grains trois fois par jour. Dès le lendemain, l'enfant devient irritable et sa température monte à 101 degrés. On supprime le Sulfanilamide immédiatement. Les troubles persistent 12 heures et tout rentre dans l'ordre.

Le journal publié également un cas de névrite optique et une dizaine d'observations de dermatose.

A la lecture de ces articles, trois faits attirent l'attention: d'abord la toxicité plus grande du Sulfanilamide, lorsqu'il est associé à un sulfate; ensuite son action plus ou moins toxique sur le système sanguin et vasculaire: hémolyse, lésions hémorragiques, cyanose; enfin son action sensibilisante de la peau en présence des rayons solaires.

Comme conclusion à ces observations, nous devons, non pas abandonner, sous prétexte de quelques accidents, survenant souvent du reste au cours de toutes les thérapeutiques, ce produit appelé à rendre de très grands services, mais bien nous mettre en garde contre sa toxicité possible, par un examen complet de nos malades et cesser son emploi dès les premières manifestations toxiques.

J.-R. BOUTIN.

Ph. PAGNIEZ. — **Effets et indications des sels de benzédrine.** « La Presse Médicale », le 21 août 1937.

La benzédrine fut introduite en thérapeutique, en 1935, par Pringmetal et Bloomberg pour le traitement de la narcolepsie. Par sa constitution chimique et ses fonctions, elle se rapproche de l'adrénaline et de l'éphédrine: c'est une substance volatile dont les propriétés vaso-constrictives exercent une action astringente sur la muqueuse nasale, agissent sur le système nerveux végétatif, paralysent l'activité intestinale et élèvent la pression sanguine.

En 1933, le sulfate de benzédrine fut utilisé contre la narcolepsie: action d'arrêt sur les crises de sommeil, impression de bien-être et augmentation de l'énergie. La benzédrine constitue actuellement la meilleure médication pour combattre la narcolepsie.

Chez les sujets *normaux*, le sulfate de benzédrine a une action quasi constante sur l'activité motrice, très fréquente sur le tonus, la loquacité, avec amoindrissement assez régulier de la sensation de fatigue.

Sur la pression sanguine: action limitée se ramenant à des fluctuations de 10 à 30 millimètres.

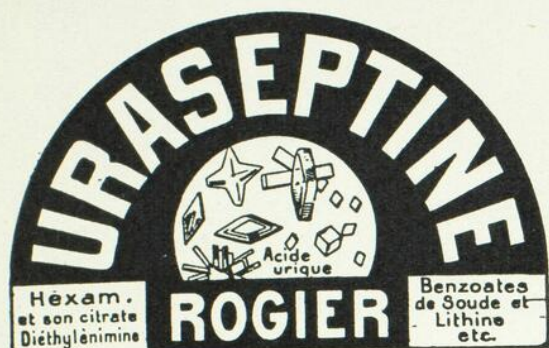
La stimulation psychique est toujours très nette et se traduit par une impression de confiance, d'aptitude à prendre des résolutions, avec cependant une vague sensation d'inquiétude et très souvent trouble du sommeil consistant en insomnie, non pénible cependant comme celle des insomnies nerveuses.

Dans les syndromes *parkinsonniens* post-encéphaliques: dans plus de 90% des cas, on a constaté une augmentation de l'énergie avec disparition de la somnolence; dans 44% on a constaté la diminution et quelquefois la disparition du tremblement.

Posologie: débiter par des doses de 10 à 30 milligrammes par jour et on peut monter jusqu'à 100 et même 200 milligrammes en une journée. Les réactions apparaissent de une à trois heures après la prise du médicament et se prolongent de trois à neuf heures.

Contre-indications majeures: l'hypertension, la coronarite, l'excitation maniaque.

Contre-indications moins importantes: l'instabilité vaso-motrice et tensionnelle, la tendance à l'agitation, à l'insomnie, les états de dénutrition, l'existence d'antécédents épileptiques.

ANTISEPTIQUE URINAIRE ET BILIAIRE par excellence

Se mener 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 urinaireux — 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.**

À contenance élevée d'extrait de malt, l'INVALID
STOUT exerce une étonnante action revitalisante,
excite un appétit salubre, apporte une joyeuse énergie.

L'avis du docteur:

« J'ai pu me rendre compte personnellement des propriétés toniques et stimulantes de votre PORTER », écrit un médecin, et il ajoute: « Je vous complimente d'avoir su allier en lui les propriétés fortifiantes à un goût excellent. »



le PORTER
tonique

INVALID
STOUT

Epilepsie

ALEPSAL

simple, sûr, sans danger

Echantillons & 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

D'après Gutmann et Sargant, la dose utile de sulfate de benzédrine est de 10 à 30 milligr. Il y a intérêt à employer la plus petite dose utile possible, que l'on devra donner vers l'heure du midi pour éviter les phénomènes d'insomnie. D'après ces deux auteurs l'action se fait sentir en une heure et persiste pendant 5 à 6 heures. L'administration du médicament peut être continuée pendant longtemps à des doses assez élevées. Un de leur malade a pu prendre sans inconvénients de 10 à 20 milligr. par jour pendant plus d'un an.

Yves CHAPUT.

ENDOCRINOLOGIE

Homer P. RUSH, J. B. BILDERBACK, Donald SLOCUM et Arthur ROGERS. — **Puberté précoce (macrogénitosomie)**. « *Endocrinology* », 21; 3; p. 404; ma 1937.

Les auteurs rapportent les observations de trois sujets à puberté précoce, comprenant un adulte de 33 ans et de deux de ses enfants mâles. L'intérêt de ce travail réside dans le caractère de familialité et d'hérédité du syndrome. Ajoutons que 2 grands-oncles et un cousin éloigné des deux enfants ont une histoire personnelle de la même affection de la croissance. Ce qui fait 8 cas de macrogénitosomie précoce dans la même famille répartie sur quatre générations, intéressant exclusivement des mâles et transmise par des mâles, sauf une exception (cousin éloigné).

Les trois malades des auteurs ne montraient aucun signe clinique et radiologique de lésion tumorale ou autre de l'hypophyse, de la pinéale, de l'encéphale, des surrénales ou des glandes sexuelles.

Il fut trouvé dans l'urine des deux enfants (5, 8 ans) l'hormone sexuelle de maturité, qui normalement, n'y apparaît qu'à l'âge de 10 ans (test de la croissance de la crête d'un capon).

Les cas familiaux et héréditaires de macrogénitosomie précoce sont rares. Orel, Stone, Bodd en rapportèrent avant les auteurs du présent travail.

Ces exemples sembleraient justifier l'authenticité du premier groupe: groupe primitivement constitutionnel, de la classification étiologique d'Orel. Cet auteur attribue l'apparition de la puberté précoce à deux autres groupes de causes: groupe endocrinien, groupe cérébral (diencéphalique).

Roma AMYOT.

PHTISIOLOGIE

André BERGERON et Mlle B. F. MEZIERE. — **Relations entre les virulences des B. de Koch et les formes cliniques de la tuberculose pulmonaire**. « *Rev. de La Tub.* » 1937, no 5, p. 514.

Etude des virulences des bacilles en rapport avec la clinique. Quarante-six (46) malades pris au hasard ont fourni le matériel des crachats. Quelques-uns étaient négatifs à l'examen direct. Les auteurs en ont obtenu des cultures

pures de B. de Koch. Des solutions déterminées de bacilles ont été obtenues et injectées à quarante-six cobayes. Le temps de survie de ces derniers a indiqué la virulence du bacille.

D'après les résultats obtenus, les auteurs ont classifié les virulences en quatre groupes: cultures très virulentes, moyennement virulentes, peu virulentes, et cultures à virulences très atténuées.

Les cultures très virulentes ont tué les cobayes entre 21 et 45 jours; elles provenaient de malades atteints de formes ulcéro-caséuses graves. Trois malades cependant (sur 11) souffraient de formes différentes de tuberculose, formes moins graves. Le deuxième groupe de cultures, au nombre de 17 a tué le cobaye entre 45 et 90 jours provenait de malades qui présentaient presque autant de formes différentes, les unes graves, les autres lentement évolutives.

Le troisième groupe tuant le cobaye entre 90 et 150 jours s'est franchement démontré le groupe correspondant aux cas de fibrose stabilisée.

Le quatrième groupe à virulence très atténuée a tué le cobaye entre 150 et 408 jours. Ces cultures provenaient toutes de formes plutôt bénignes, les unes actives, les autres fibrosantes ou fibreuses ayant tendances à se stabiliser.

Le mémoire est complet, la marche suivie pour les expériences de laboratoire, observation de chacun des malades et rapport d'autopsie de chacun des cobayes.

Les auteurs se gardent de tirer une conclusion radicale. Ils n'ont voulu que rapporter ce qui s'est passé avec leur matériel.

Ils concluent donc que dans les groupes étudiés un bacille plus virulent a provoqué des formes plus graves de tuberculose pulmonaire.

Jean-Philippe PAQUETTE.

NUTRITION

I. IACOBOVICI et I. PAVELI. — **Sur la prophylaxie chirurgicale et le traitement médical de certaines séquelles de la cholécystectomie dues à l'angio-cholite et au spasme du sphincter d'Oddi.** « Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition », juillet 1937.

Ces troubles sont caractérisés par la coïncidence de trois symptômes: fièvre avec frissons, douleurs survenant sous forme de crises et ictère intermittent. Ils s'observent chez des malades arrivés à l'opération un peu tard alors que les crises douloureuses de la cholécystite s'accompagnaient déjà de fièvre avec frissons et d'ictère intermittent.

Il s'agit d'un obstacle fonctionnel par spasme du sphincter d'Oddi qui peut être évité par des mesures prophylactiques opératoires ou guérir après opération par le drainage médical des voies hilaires.

Prophylaxie chirurgicale: Au cours de l'acte opératoire, les auteurs conseillent de pratiquer la dilatation du sphincter d'Oddi, soit avec des sondes flexibles, soit avec des pinces de Péan, soit par introduction et abandon d'un tube de caoutchouc dans le cholédoque jusque dans le duodénum à travers l'ampoule de Vater.

THERAPEUTIQUE ANTALGIQUE
TRAITEMENT IODÉ
RADIODIAGNOSTIC
LIPIODOL
LAFAY

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
ST OUEEN - PARIS

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 Liée, 533, rue Bonsecours, MONTRÉAL.

STOVÉDRINE

POMMADE NASALE
SOLUTION POUR
PULVERISATIONS

**CORYZA, ASTHME,
RHUME DES FOINS**
SÉDATION IMMÉDIATE

STOVOCAINE
EPHÉDRINE
NATURELLE



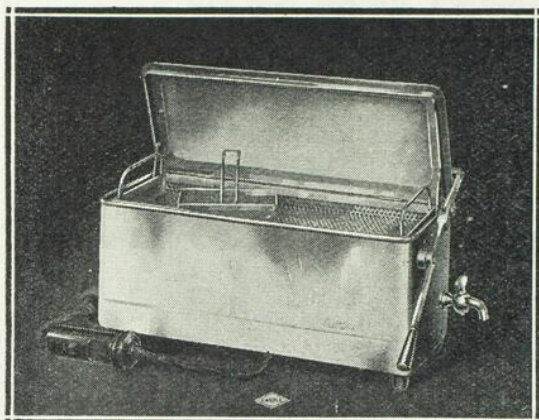
DÉBOUCHE LE NEZ

LABORATOIRES LICARDY. 38, Boulevard Bourdon Neuilly s/Seine

Agents pour le Canada: VINANT Limitée, 533, Rue Bonsecours, MONTRÉAL

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 Milliampéage)

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

Thérapeutique médicale:

L'utilisation des antispasmodiques immédiatement après l'opération et l'alimentation à petits repas pour la période post-opératoire.

L'angiocholite est l'accident médical post-opératoire le plus à craindre; il y en a deux formes: 1^o l'angiocholite précoce et 2^o l'angiocholite chronique tardive; toutes deux liées à une infection des voies biliaires. Dans la première forme, l'infection provoque une reprise de virulence et une irritation réflexe du sphincter d'Oddi; le drainage médical en a vite raison.

Dans la seconde forme, tardive, le drainage médical n'a pas les mêmes effets salutaires, il faut y associer des choléritiques forts.

Cette angiocholite tardive chronique serait due à une hypervirulence de la flore intestinale s'accompagnant d'une incontinence du sphincter d'Oddi et permettant ainsi l'envahissement des voies biliaires par voie ascendante.

Les auteurs terminent leur article en citant ce fait que quoi qu'il en soit de ces hypothèses, on possède contre les séquelles des cholécystectomies une arme très efficace.

Yves CHAPUT.

Abraham RUDY. — Résultats cliniques obtenus avec l'insuline protamine (Clinical Experiences with Protamin Insulin in its various modifications). « Endocrinology », vol. 21, juillet 1937, no 4, page 544.

Bien qu'étant encore dans le stage de l'expérimentation, l'insuline protamine est de plus en plus employée aux Etats-Unis et l'auteur nous rapporte dans cet article les résultats obtenus avec cette insuline chez une certaine de patients souffrant de diabète plus ou moins grave et suivis très régulièrement par lui depuis longtemps. Il poursuit ses observations depuis janvier 1936 avec les différentes sortes d'insuline protamine telles que: insuline protamine simple, insuline protamine avec zinc ou calcium non mélangé, insuline protamine mélangée avec zinc et insuline cristallisée; et quelle que soit la méthode employée, il l'a utilisée suffisamment longtemps chez chaque malade pour bien se rendre compte des résultats obtenus. Il a choisi, au début, les patients les plus intelligents et les plus sûrs; il n'a employé qu'une petite dose initiale, augmentée par la suite très prudemment. Chaque patient devait enregistrer fidèlement le résultat quotidien de l'examen d'urine, la quantité et la sorte d'insuline employée et enfin l'heure et le genre de réaction, s'il y en avait. L'urine était examinée 3 fois par jour et la glycémie faite fréquemment et à différentes heures de la journée pour bien suivre l'effet de l'insuline protamine. Avec de telles précautions, les malades n'ont eu aucun ennui ni aucune difficulté à suivre ses instructions. Afin de montrer le développement de cette nouvelle méthode et les problèmes qu'elle a soulevés, l'A. a sélectionné parmi les plus typiques, 4 cas qu'il rapporte dans le présent article. Le premier est celui d'un homme de 39 ans, diabétique grave, traité depuis 6 ans avec l'insuline ordinaire, sujet à de violentes réactions d'hypoglycémie et contrôlé avec 50 unités d'insuline ordinaire répartie en 3 doses par jour. Avec la même diète, 46 unités de P. Z. I. (Protamin Zinc Insulin) en une seule dose, le matin, contrôlent le diabète de ce patient. Donc, chez lui, 2 piqûres de moins par jour.

Le deuxième cas est celui d'une patiente de 32 ans, diabétique depuis 4 ans mais non traitée. Au début avec une diète de H de C = 150, G = 60, P = 80, il fallait 40 unités d'insuline ordinaire et 20 de P. Z. I. en 3 doses quotidiennes pour maintenir cette malade aglycosurique. Puis à mesure que sa tolérance aux H de C. augmentait et après 2 fortes réactions d'hypoglycémie, elle fut contrôlée pendant longtemps avec une seule dose quotidienne de 30 unités de P. Z. I. En passant l'auteur note la possibilité de fortes réactions et même de coma insulinién avec la P. Z. I. survenant la nuit et sans symptômes prémonitoires. Pour les prévenir, lorsqu'un diabète grave est contrôlé depuis peu de temps par la P. Z. I. il suffit d'en diminuer sensiblement la dose avant toute réaction.

Le 3e cas est celui d'un malade de 51 ans hypersensible à l'insuline, chez qui on notait des réactions d'hypoglycémie avec des doses d'insuline aussi petites que 8 unités deux fois par jour et suivies de glycosurie aussitôt l'effet de l'insuline terminé. Avec tableau à l'appui, l'auteur, après avoir essayé toutes les sortes d'insuline, montre que seule la P. Z. I. (18 unités par jour en une seule dose) a réussi à le maintenir aglycosurique sans cependant le laisser tomber dans l'hypoglycémie.

Enfin l'auteur a choisi le 4e cas pour prouver l'importance du régime même pendant l'emploi de la P. Z. I. car un malade qui suit peu ou pas son régime peut faire de l'acidose et du coma diabétique même s'il prend en même temps des injections de P. Z. I.

Puis l'A. fait un résumé de la question de l'insuline protamine, rapportant les travaux de Hagedorn, de Bertrand, Scott, Fisher.

Selon les besoins, on peut employer la P. Z. I. seule ou concurremment avec l'insuline ordinaire. En cas d'écart de régime ou complication du diabète (grippe, acidose, intervention chirurgicale) l'A. a toujours ajouté l'insuline ordinaire chez les malades employant la P. Z. I. Dans le coma diabétique et pour les cas urgents, il a d'abord employé l'insuline ordinaire puis y a ajouté la P. Z. I. pour en prolonger l'action.

Il faut aussi accorder un soin spécial au régime, afin d'éviter les réactions. Quand il prend sa P. Z. I. le matin, le patient doit manger 1/5 de sa ration hydrocarbonée quotidienne au déjeuner, 2/5 le midi et 2/5 le soir.

L'A. remarque que les réactions d'hypoglycémie avec la P. Z. I. sont plus sévères, durent plus longtemps et ne présentent pas les mêmes signes cliniques qu'avec l'insuline ordinaire et que pour les contrôler il faut donner une plus grande quantité de sucre et souvent par la voie intraveineuse. Rabinowitch et d'autres auteurs ont fait remarquer qu'avec la P. Z. I. la glycémie peut rester longtemps beaucoup plus basse que la normale sans que le malade ne présente aucun signe de réaction. Ce phénomène reste encore inexpliqué. Cependant l'A. croit qu'une hypoglycémie prolongée n'est pas sans danger pour le malade tant au point de vue de son système nerveux que respiratoire et qu'on ne doit nullement chercher à l'obtenir. Il considère qu'on doit toujours, dans le diabète, chercher à maintenir la glycémie le plus près possible de la normale, en évitant l'hypoglycémie aussi bien que l'hyperglycémie.

En résumé, l'A. a étudié l'effet de toutes les sortes d'insuline actuellement sur le marché chez 100 cas de diabète de différents âges et de diverse sévérité, et il en conclut que l'insuline protamine avec zinc a réussi à diminuer le nombre d'injections quotidiennes, mais que pour les cas urgents, on



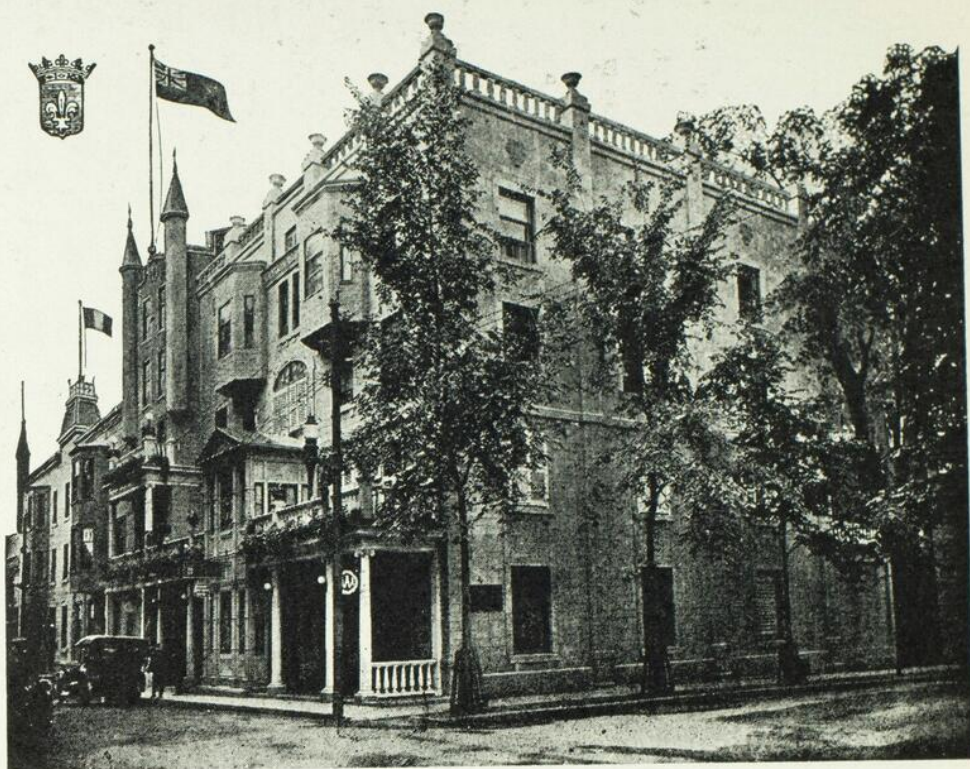
QUAND les nerfs sont irrités, que le sommeil paraît impossible, calmez votre malade avec le sédatif préminent, le tonique calmant, **ELIXIR GABAIL**. Ne contient pas de *barbital*. Son efficacité est due à l'extrait de Valériane et à l'acide valérianique combinés, auxquels on a enlevé l'odeur et la saveur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

doit d'abord employer l'insuline ordinaire. Il attire aussi l'attention sur l'importance d'un régime bien suivi et bien balancé afin d'éviter les réactions qui seront très sévères avec l'emploi de la P. Z. I. dont la dose et l'horaire de l'injection varieront avec chaque cas en particulier.

Armand GRATTON.

NEUROLOGIE

L. BOURRAT, Paul GIRARD et P. MOREAU. — **Les anévrysmes artériels intracrâniens.** « Journal de Médecine de Lyon », 420; p. 373; 5 juillet 1937.

Les auteurs présentent un long et intéressant mémoire sur cette question des anévrysmes artériels intracrâniens, peu étudiée en France, plus abondamment étudiée en Allemagne, en Angleterre et aux Etats-Unis d'Amérique.

Les auteurs rapportent l'observation d'un malade qui fut pris subitement d'une hémorragie méningée, qui mourut 6 mois plus tard et à l'autopsie duquel on trouva un anévrysme artériel s'étant développé sur l'artère cérébrale antérieure gauche. L'anévrysme avait causé l'hémorragie méningée, il avait aussi provoqué un ramollissement du tissu cérébral sus-jacent au site qu'il occupait.

Les A. commentent leur observation. Les anévrysmes artériels intracrâniens sont rares, ils se développent surtout au détriment des artères de la base et qui constituent l'hexagone de Willis ou en naissent. Ils se forment ou se manifestent durant l'âge adulte de préférence; on peut en rencontrer chez des enfants, même des nourrissons. Ils sont habituellement sacciformes, du volume environ d'une cerise; parfois fûsiformes et de dimension plus considérable. Ils sont formés par un sac fibreux à l'intérieur duquel se trouve un caillot en voie d'organisation. L'anévrysme peut éroder le tissu osseux du crâne sur lequel il s'appuie; il peut tirailler des nerfs crâniens; il se creuse une niche dans le parenchyme du cerveau; il provoque des réactions inflammatoires méningo-vasculaires. L'artère porteuse de l'anévrysme peut présenter par ailleurs des lésions artério-scléreuses des parois, plus rarement d'artérite inflammatoire. Très souvent, elle est normale. Un processus d'hémorragie méningée peut accompagner ces lésions, ou encore des îlots de ramollissement cérébral plus ou moins hémorragiques avec thromboses artérielles et veineuses, secondaires aux troubles circulatoires dus à l'anévrysme.

Ces anévrysmes peuvent être et sont effectivement latents pendant de longues périodes. Ils peuvent créer de l'hypertension crânienne, des syndromes locaux (hémiplégie, épilepsie localisée, anosmie, aphasie, névralgie du trijumeau, névrite optique, etc.), mais surtout l'hémorragie méningée.

Certains auteurs prétendent que l'hémorragie méningée apparemment essentielle est la conséquence d'un anévrysme intracrânien. Cela démontre l'importance clinique de l'hémorragie sous-arachnoïdienne à l'égard de l'anévrysme artériel intracrânien.

On pourra reconnaître la présence d'une telle lésion par les signes suivants: lésions rétinienes (vascularite, hémorragies); bruit perçu par

le malade et entendu par le médecin qui ausculte la tête; calcification à forme et localisation spéciales, érosions osseuses vues sur les clichés radiographiques; renseignements précieux et définitifs fournis par l'artériographie endocranienne.

Les anévrysmes artériels intracrâniens sont souvent d'origine embolique, peut-être et rarement traumatique; la syphilis peut les causer; ils naissent surtout de lésions artério-scléreuses ou d'altérations congénitales des artères, probablement de ces deux processus réunis.

La ligature d'une des carotides primitives semble être le traitement le plus efficace. En tout cas, ce dernier doit être chirurgical. Se rappeler que la ponction lombaire, faite au cours d'une hémorragie méningée par rupture d'anévrysmes artériels des vaisseaux intracrâniens, est dangereuse et peut sinon causer, du moins précipiter l'issue fatale.

Roma AMYOT.

HYGIÈNE

La mortalité au Canada, par tuberculose en 1936. « Bulletin de l'Association Canadienne de tuberculose », sept. 1937.

Les chiffres ont été communiqués par le Bureau fédéral de la Statistique, et couvrent l'année 1936.

On notera qu'en 1936 il y eut une augmentation de 156 décès, portant le total à 6,753 mortalités survenues au Canada l'année dernière, le taux s'étant accru de 60.5 à 61.3 pour 100,000 de population. Ce rapport préliminaire indique que s'il y a eu diminution dans les provinces de l'Île du Prince-Édouard, de la Nouvelle-Ecosse et de la Colombie britannique, le taux s'est légèrement accru dans les autres. La Nouvelle-Ecosse qui, en 1935, accusait un taux élevé de 92.6, en révèle un de 89. C'est dans la province de Québec que le taux de mortalité s'est manifesté le plus élevé en 1936; il a été de 91.9 à 93.3 pour 100,000 de population. C'est dans les provinces de la Saskatchewan et d'Ontario que se trouvent les taux les plus faibles, ceux-ci étant de 29.9 et de 36 respectivement. Rien que ceci ne compense guère la diminution marquée qui s'est manifestée jusqu'en 1935; c'est inquiétant quand même de constater que la diminution ne s'est aucunement révélée depuis deux ans.

Ces années dernières, le déclin a été si constant et si rapide que nous avons été poussés à espérer que bientôt la tuberculose pourrait être reléguée à une position inférieure comme cause de mortalité. Le tableau actuel est de nature à rabattre le plus bel optimisme et indique qu'il ne faut à aucun prix nous reposer sur nos deux oreilles.

La conquête de la tuberculose sera longue; elle nécessite une action concertée pour le perfectionnement de nos méthodes lorsqu'il nous est impossible de traiter de la question. Elle exige une plus grande intensité de travail de la part de ceux qui sont chargés de protéger la santé publique, et surtout une plus grande concentration concernant la tuberculose. Les résultats des 25 dernières années dans l'enrayement de la maladie sont tellement évidents

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 périgastriques 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

et favorables qu'on ne devrait pas hésiter une seconde à tenter de mener la lutte à une heureuse fin.

H. Sylvio, ROCH.

CHIRURGIE

Yves BOURDE et Michel MOSINGER. — **Les kystes entéroïdes.** « Journal de Chirurgie », no 3, septembre 1937, pp. 289-309.

Les kystes entéroïdes sont des tumeurs histologiquement bénignes, mais d'une évidente gravité clinique. Terrier et Lecène, en 1904, ont proposé de donner le nom de kystes entéroïdes aux tumeurs kystiques juxta-intestinales à structure intestinale.

Ces kystes entérogènes peuvent se rencontrer sur l'intestin grêle et sur le gros intestin. Leur siège de prédilection est cependant la région iléo-cæcale. Ils peuvent présenter, par rapport à la paroi intestinale, une situation sous-muqueuse, intramusculaire ou sous-séreuse; cette dernière est la forme la plus fréquente. Ils peuvent alors occuper le bord libre de l'intestin et être pédiculés; ils peuvent être situés au-devant du conduit intestinal ou encore occuper le bord mésentérique et se trouver ainsi inclus entre les deux feuillets du mésentère.

Au point de vue chirurgical, ces tumeurs sont divisées en kystes extra-intestinaux et en kystes pariéto-intestinaux. Les premiers peuvent évoluer sans troubles intestinaux et devenir aussi très gros. Les seconds sont marqués par des signes pathologiques de la fonction intestinale et conduisent presque fatalement à l'occlusion.

Le kyste entéroïde est de volume très variable; il peut avoir une forme arrondie ou oblongue et il est presque toujours uniloculaire. Son contenu est un liquide visqueux, filant, tantôt incolore, tantôt jaunâtre.

Il semble vraisemblable que les kystes entéroïdes soient dus à l'isolement des diverticules intestinaux fréquents chez l'embryon.

Ils apparaissent avant l'âge de 20 ans et se rencontrent de préférence chez les personnes du sexe féminin. Leur évolution est irrégulière. Ils peuvent rester stationnaires longtemps ou s'accroître sans gêner le travail intestinal. Ils sont l'objet habituel de complications mécaniques, infectieuses ou tumorales.

L'occlusion intestinale peut être due à l'obstruction de la lumière intestinale par compression ou développement intra-cavitaire du kyste, par invagination ou par volvulus.

L'infection du kyste est rare et la transformation tumorale est exceptionnelle.

Le kyste entéroïde peut donner naissance à des signes cliniques variés. Ce sont d'abord des signes de tumeur abdominale. Le volume en est très variable; il va d'une petite mandarine à la grosseur d'un melon, d'une noix à la dimension du poing, suivant les auteurs. Cette tumeur est tendue, ferme et lisse. Elle se rencontre dans la fosse iliaque droite.

La tumeur s'accompagne de douleurs intermittentes, de vomissements, d'hémorragies intestinales et d'ascite.

Le diagnostic n'a jamais été porté avant l'opération; on peut y penser lors de la découverte d'une tumeur abdominale lisse, rénitente, siégeant dans

la moitié droite du ventre, s'accompagnant de douleurs, mais sans occlusion.

S'il y a occlusion, la perception de la tumeur orientera le diagnostic. La radiologie n'a pas été souvent utilisée par les auteurs consultés.

Le traitement varie avec le moment de l'intervention. L'exérèse des kystes extra-intestinaux est indiquée, quand elle est possible. La résection intestinale avec exérèse du kyste, en bloc, est la méthode idéale. Les kystes para-intestinaux peuvent être énucléés sans ouvrir la lumière intestinale. Les kystes pariéto-intestinaux peuvent être traités par excision et résection intestinale ou par marsupialisation. L'occlusion exige la levée de l'obstacle: invagination ou volvulus, complétée par l'entéro-anastomose ou l'entérostomie.

Edouard DESJARDINS.

GYNÉCOLOGIE

R. KELLER. — **Complications post-opératoires après hystérectomie élargie pour cancer du col.** « Gyné. et Obsté. », Tome 20, no 1.

L'opération du cancer du col doit être vraiment large. Elle comporte très souvent des complications post-opératoires qui surviennent dans les jours qui suivent l'opération et qui sont quelquefois inévitables. Il faut d'abord compter sur le choc opératoire. Trois facteurs contribuent à le diminuer considérablement: a) la préparation de la malade; b) la rapidité de l'opération, et c) l'hémostase la plus parfaite possible. Du côté du système respiratoire, un bon examen au préalable permettra de déceler les lésions en évolution et d'y obvier au besoin.

La fréquence des péritonites après hystérectomie totale est maintenant presque du passé depuis l'application du drainage à la Mikulicz.

K. l'emploi dans ces cas en y apportant une modification: l'introduction de deux grandes mèches seulement, l'une à droite, l'autre à gauche dans le fond du sac, qui lui-même s'applique sur la partie supérieure du drainage vaginal. Il enlève le drainage vaginal seulement quand le sac Mikulicz a été enlevé. De cette façon, il empêche les rétentions en maintenant un drainage continu.

La majorité des complications surviennent du côté du système urinaire. Les manipulations sur la vessie et les uretères les expliquent facilement.

La paralysie vésicale se place en tête: le décollement de la vessie détruit les faisceaux nerveux qui pourvoient au fonctionnement normal de l'organe. Mais cet ennui est ordinairement passager. La cystite post-opératoire est la complication la plus fréquente. Souvent la vessie est infectée d'avance à l'état latent: le traumatisme réchauffe les lésions. La sonde à demeure qu'on applique quelquefois joue le rôle de véhicule microbien (par ascension). Toutefois, dès que les malades se lèvent ce trouble s'altère puis disparaît rapidement. Néanmoins, il peut être la cause d'une autre complication: la pyélite. Les délabrements que subit l'uretère au moment du dégagement, la mauvaise circulation qui en suit, le tissu cicatriciel qui s'établit autour de ces conduits et qui les enchâsse, donnant des phénomènes de compression, enfin l'infiltration post-opératoire, toujours à craindre, viennent s'ajouter



LE CHEMINEAU:

“J'espère au moins qu'il reste une Sweet dans ce paquet-là!”

CIGARETTES SWEET CAPORAL

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



Bronchites

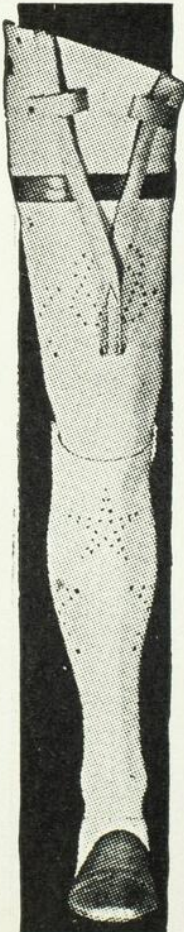
éliminé par les Bronches,
 le "Lacto-Croscote Famel"
 détermine un processus inflam-
 matoire simiile, qui fait réagir cet
 organe contre le catarrhe chronique.
 FERRAND.

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

aux éléments infectieux presque toujours existants pour favoriser cet état de pyélite. Les sondages répétés guérissent facilement cette complication fâcheuse. Quant aux nécroses des uretères qui sont la conséquence d'isonnements trop larges, et aux fistules qui en découlent, la néphrectomie s'impose dans un avenir rapproché.

Une autre complication: la nécrose du rectum et l'occlusion intestinale post-opératoire. La première est due au décollement difficile et élaboré. Les suites ne sont pas graves puisque la grande cavité abdominale est barrée par une nappe étendue d'adhérences et que les fistules stercorales à cet endroit guérissent facilement. Quant à la seconde elle comporte de plus grands risques; elle survient par adhérence ou coudure consécutive et nécessite une réouverture.

On a incriminé le drainage Mikulicz, qui provoque des adhérences excessive: elles sont recherchées, car elles protègent contre la péritonite ascendante. D'ailleurs, cet accident est rare si on a soin de ramener l'épiploon contre le sac et éviter ainsi le contact de celui-ci avec les anses intestinales.

N. B. — Il serait bon d'ajouter à cet énuméré: la paresse intestinale, l'iléus paralytique post-opératoire. Ils sont la conséquence de manœuvres laborieuses et prolongées sur l'intestin. Une médication stimulante de la fibre lisse jointe aux grands lavages coloniques, qui comportent eux-mêmes un effet moteur, seraient, à notre avis, une thérapeutique efficace.

Raymond SIMARD.

UROLOGIE

Henry W. E. WALTHER. — **Usage interne des antiseptiques urinaires. Revue historique, leur valeur actuelle.** « Journal of the American Medical Association », 25 sept. 1937.

L'auteur de cet article présente un relevé historique des différentes études et expérimentations faites sur les principaux antiseptiques urinaires internes. Il rappelle au début qu'aucun de ces antiseptiques ne présente les conditions idéales d'une panacée urinaire. Il faut savoir différencier les cas bénins et simples des états sérieux et compliqués. Alors que le cas bénin guérira sous l'effet d'un antiseptique approprié, l'état compliqué demandera l'adjonction d'une autre médication.

Le docteur Walther étudie tour à tour l'huile de santal, l'urotropine, le bleu de méthylène, l'acriflavine, le pyridium, l'hexylrésorcinol (caprokol), la diète cétogénique, l'acide mandélique et enfin le sulfanilamide.

Huile de Santal:

Regardée depuis longtemps (1750) comme spécifique de l'urétrite gonococcique, elle est bien tolérée par l'estomac et l'intestin et apporte à la muqueuses urétrales un soulagement prompt et complet et une disparition rapide de l'écoulement. Jordan, en 1913, constate qu'après administration d'huile de santal, l'urine est bactéricide aux staphylocoques, mais non aux colibacilles.

Perutz et Kofler, en 1923, démontrent expérimentalement les quatre effets de l'huile de santal: inhibition sur la sécrétion, relâchement du spasme, action sédative et diurétique. Son action serait spécifique sur les staphylocoques et les cocci en général. Le conseil de pharmacie et de chimie de l'Association Médicale Américaine, dans son édition de 1936, reconnaît l'efficacité du santal, mais recommande la restriction de son emploi dans la gonorrhée, aux stades subaigus et chroniques où son action stimule le processus de guérison.

Urotropine:

Selon Himman, l'urotropine ou formine (hexaméthylène tétramine) n'agirait qu'à doses fortes. Plus la dose est élevée plus elle est excrétée concentrée et plus son action est efficace. Les doses faibles seraient inutiles. Himman prétend que l'urotropine prend de la valeur surtout dans la prophylaxie des cystites et que, combinée à un antiseptique acidifiant, elle a une action intense bactéricide sur le colibacille.

Aujourd'hui, Helmholtz reconnaît que la formule combinée à un antiseptique acide agit très bien sur le colibacille et le staphylocoque, pourvu que le P.H. soit aux environs de 5.5 ou plus bas.

Bleu de méthylène:

Reconnu comme le meilleur du groupe des teintures. Employé dès 1891 comme antiseptique urinaire par Einhorn, dans les infections à gonocoques et à staphylocoques et dans les états tuberculeux des conduits urinaires. L'absence de teinte bleue des urines dénoterait soit une antisepsie incomplète, soit un défaut d'excrétion au niveau des reins (lésion rénale), et alors, dans le deuxième cas, il y aurait inconvénient à le continuer. Agit bien dans les infections staphylococciques de la vessie et des reins, mais son action est moins efficace dans l'urétrite.

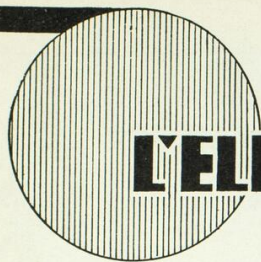
Acriflavine:

L'acriflavine ou trypaflavine, à l'encontre des autres antiseptiques urinaires, agit mieux en milieu alcalin. On la donne avec du bicarbonate de soude. Walther (l'auteur de cet article) après l'avoir essayée longtemps dans sa clinique de la blennorragie, ne lui accorde pas une grande valeur, mais lui reconnaît une action efficace dans les infections rénales et vésicales. L'acriflavine occasionnerait des troubles gastro-intestinaux.

Pyridium:

Walther et Willoughby envoyèrent un questionnaire à plus de cent urologistes sur les résultats obtenus par chacun d'eux. Les réponses basées sur 1500 cas d'infection uro-génitale démontrèrent que le pyridium possède une action indubitable, mais parfois nulle. Ce fait tend à prouver l'avancé de l'auteur: aucun antiseptique ne peut détruire tous les agents microbiens du tractus urinaire. Agit tout aussi bien en milieu acide qu'en milieu alcalin. Son action indubitable est due surtout à sa pénétration dans la profondeur des tissus.

Il donnerait de meilleurs résultats dans les infections rénales et prostatiques que dans les cystites et les urétrites.



L'ELIXIR DUCRO

ANTIANOREXIQUE • EUPEPTIQUE

- soutient et augmente les forces du malade, stimule l'énergie musculaire.
- produit chez les malades une sensation de défatigue, de réfection, de bien-être général, d'exaltation des forces physiques.
- réveille l'appétit, soutient l'organisme, même à défaut de nourriture.
- est d'un goût agréable et d'une tolérance parfaite.

♦♦

ASTHÉNIE • ANOREXIE • CONVALESCENCE • GRIPPE • FAIBLESSE
LANGUEUR PHYSIOLOGIQUE • ASTHÉNIE POST-GRIPPALE

♦♦

DURIEZ, successeur de DUCRO & Cie — Paris, 20, Place des Vosges

Dépôt Général pour le Canada: ROUGIER FRÈRES — Montréal, P. Q.

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.

Ostromislensky obtient d'excellents résultats en donnant une combinaison de pyridium et d'huile de santal. Mason l'emploie surtout dans les prostatites aiguës, subaiguës et chroniques ainsi que dans les pyélites et pyélonéphrites subaiguës. Kutlitzky lui trouve une action très efficace sur le gonocoque, le staphylocoque et le streptocoque, mais il aurait une action moins marquée sur le colibacille. Par contre, Gillespie, de la clinique Mayo, ne lui attribue aucune valeur réelle bactéricide.

En résumé, des réponses reçues au questionnaire de Walther :

- 46% accordaient une réelle valeur au pyridium;
- 33% ne lui reconnaissaient pas une action vraiment efficace;
- 21% des urologistes ne l'avaient pas essayé.

Hexylrésorcinol (Caprokol) :

Employé surtout dans les affections chroniques dues au staphylocoque et au bacille pyocyanique. Un traitement de longue durée est nécessaire dans les infections à colibacille. Si on n'a pas de bons résultats, on a raison de croire à une pyélonéphrite.

Walther est moins enthousiaste quant aux résultats obtenus, mais il avoue ne pas avoir prolongé le traitement à l'hexylrésorcinol au delà de 7 jours.

Diète cétogénique :

Clark rapporte un cas traité en vain depuis 14 mois pour cystite et pyélite et guéri par cette diète acidifiante après 12 jours de régime.

Ce traitement agirait surtout chez l'enfant, car le foie de l'adulte, par sa plus grande réserve de glycogène, augmente le taux des hydrates de carbone. Ce régime gras présente deux grands inconvénients: sa réalisation difficile à domicile et le dégoût qu'il inspire rapidement.

Il agirait bien dans les infections à colibacilles et surtout, d'après Cook, au début d'une pyélonéphrite récurrente ou d'une cystite sans complications. Ne pas l'employer si la fonction rénale est déficiente. Si l'on veut obtenir de meilleurs résultats, ajouter du nitrate ou du chlorure d'ammonium pour maintenir le P.H. aux environs de 5.3 ou moins.

Acide mandélique :

Mis en usage sous forme de sel d'ammonium ou de sodium. Appelé selon Rosenheim à remplacer la diète cétogénique. Non toxique, rendant l'urine bactéricide à concentration suffisante, mais déplaisant au goût et parfois mal toléré par le tube digestif.

Possède une action très énergique sur tous les cocci: il détruit même le streptococcus faecalis, le plus obstiné de tous, à un P.H. égal à 5 ou moins.

Il faut être prudent dans son emploi et ne pas en faire usage à moins de pouvoir suivre le malade, car il peut déterminer un insuffisance rénale, si le rein est lésé.

Répéter les analyses d'urine et si présence d'albumine ou de cylindres, traiter avec grande prudence.

Davis et Walther sont moins enthousiastes, sur les résultats obtenus, que Rosenheim.

Sulfanilamide:

Dees et Colslow ont obtenu, sur un certain nombre de cas d'infection gonococcique, une urine négative dans un laps de temps variant en moyenne de 3 à 11 jours, par l'emploi du sulfanilamide. De plus en plus aujourd'hui, on tend à en faire usage dans toutes les infections à cocci, surtout streptococciques. De l'avis de tous, le sulfanilamide est un anticoccique excellent. Malgré les accidents survenus, son usage doit être conseillé et vulgarisé, quitte à cesser le traitement dès l'apparition de fièvre, malaise, faiblesse, céphalée, cyanose, etc.

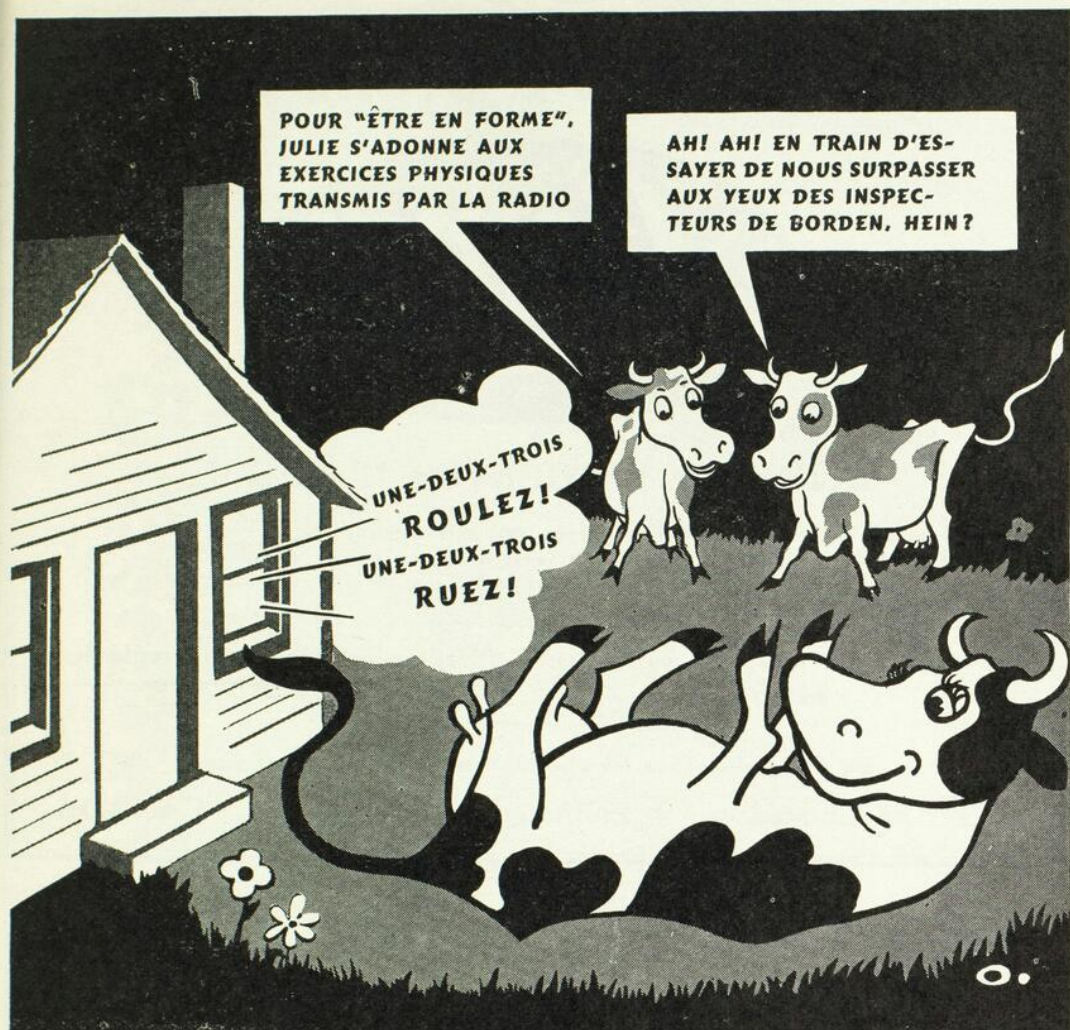
L'employer de préférence à doses progressives. Dans la gonorrhée cependant, on préconise des doses massives, tout en surveillant l'état général et le fonctionnement général.

En définitive, la question des antiseptiques urinaires se résume à un problème individuel et à l'usage méthodique et approprié des différentes médications.

"The final verdict is not given in the laboratory but in the knowledge gained from experience at the bedside."

J.-R. BOUTIN.





BAH! Tout cela, c'est de la rigolade! Mais les inspecteurs et les vétérinaires de Borden exercent, en réalité, une grande surveillance — et leurs règlements sont très stricts. Ils voient à ce que toutes les vaches des fermes approuvées par Borden répondent à toutes les exigences établies par eux.

C'est d'abord du lait pur et uniforme — rendu encore plus sûr par le procédé d'évaporation de Borden. C'est pourquoi le Lait Borden's St. Charles Evaporé et Irradié est doublement sûr.

Quand vous écrivez "BORDEN'S" ...
sur une formule de lait évaporé, vous vous assurez que votre petit patient reçoit une marque de lait que vous connaissez et que vous approuvez.

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 caséinée 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

NOUVELLES

MISE AU POINT

Dans l'article que nous publions en rapport avec le « Congrès de l'Association Médicale Canadienne à Ottawa » dans le numéro d'août de l'*Union Médicale du Canada* nous avons omis de mentionner que l'exhibit scientifique du BCG avait valu aux Docteurs Frappier et Baudouin un diplôme d'honneur et des commentaires élogieux.

Nous rendons ainsi justice aux membres du Service du BCG et nous nous excusons de cet oubli.

L. G.-L.

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA ANNUAL MEETING

Ottawa, October 30th, 1937

9.00 a.m. Meeting of Council — Board Room, National Research Building,
Sussex Street

3.00 p.m. Scientific Programme — Auditorium, National Research Building.

Doctor W. D. Robson, M.B., L.M.C.C., Schumaker, Ontario

« Silicosis as an Industrial Problem. »

Doctor W.V. Cone, B.Sc., M.D., F.R.C.S.(C.), Assistant Professor
of Neurology and Neurosurgery and Lecturer in Neuropathology,
McGill University, and

Doctor W. G. Turner, M.C., B.A., M.D., C.M., M.R.C.S. (England),
F.R.C.S.(C.), Clinical Professor of Orthopedic Surgery, McGill
University.

« The Treatment of Fracture-Dislocations of the Servical
Spine by Skeletal Traction and Fusion. »

Doctor C. H. Best, M.A., M.D., D.Sc.(London), F.R.S.C.,
F.R.C.P.(C.), Professor of Physiology, University of Toronto, and

Doctor D. W. G. Murray, M.B., L.G.M.C. (England), F.R.C.S.
(England), F.R.C.S.(C.), Demonstrator in Surgery, University of
Toronto.

« Heparin in Thrombosis — Experimental Aspects. »

MORT DU PROFESSEUR BOUSQUET

Au moment où nous allons sous presse, nous apprenons la mort soudaine du Professeur J.-P.-E. Bousquet. *L'Union Médicale du Canada*, qui perd un de ses éminents directeurs, offre à la famille éprouvée ses plus sincères sympathies.

En décembre notre Journal présentera une notice nécrologique concernant notre regretté collègue.

LA DIRECTION.

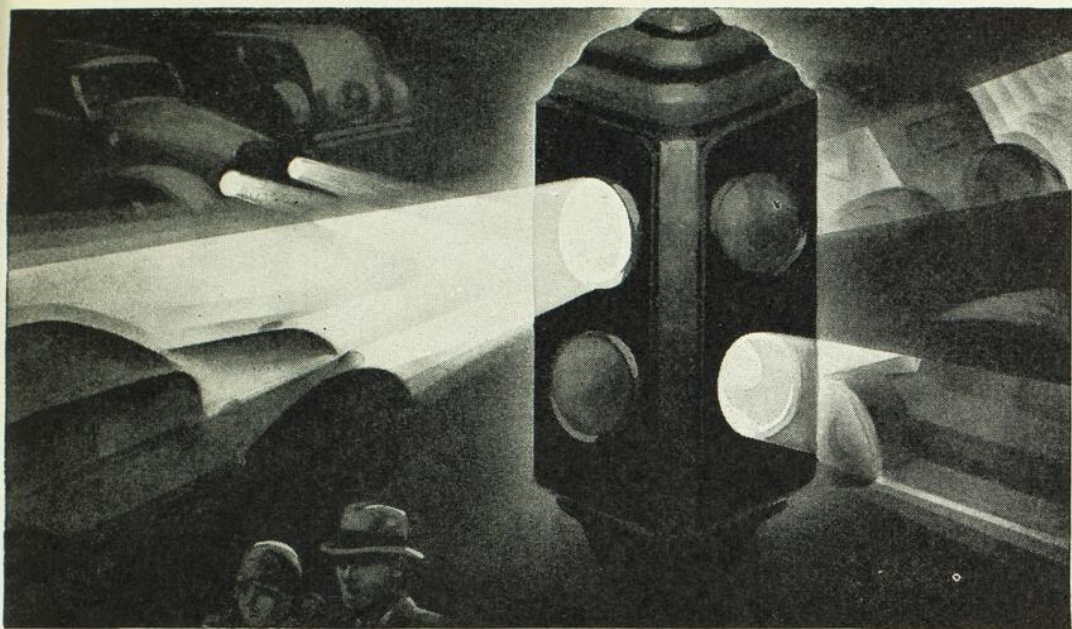
SUPPLEMENT

A cette époque de l'année quand sévissent bronchites, pneumonies, influenza, et autres affections fébriles aiguës, l'Antiphlogistine, appliquée au début, a un effet excellent.

L'Antiphlogistine tend non seulement à améliorer les conditions locales, mais pourra encore souvent prévenir l'apparition ultérieure d'accidents plus graves.

L'Antiphlogistine calme la douleur et favorise l'élimination des toxines et des poisons de l'organisme, favorisant ainsi les fonctions normales des cellules.





Green Light... **RED LIGHT**

Lumière verte . . . **LUMIÈRE ROUGE**

A PPLIQUER les freins, enlever les freins. Lumière verte, lumière rouge, lumière verte. Des millions de voitures sur la route demandant une vigilance continue. 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



NAVITOL

Source abondante, économique des Vitamines Naturelles A et D

Pour ces cas où est indiquée l'administration d'une riche source des Vitamines A et D, Navitol — un nouveau Produit Squibb contenant Vitamines — offre maintes caractéristiques désirables.

Il est fait d'huiles de foie de poisson choisies spécialement, raffinées, il est riche en Vitamines A et D, comme l'huile de foie de flétan avec viostérol, et coûte cependant 40 pour cent de moins. Les vitamines qu'il contient dérivent entièrement de sources naturelles et sont protégées par les procédés spéciaux brevetés que l'on utilise dans la préparation des produits Squibb contenant les Vitamines A et D.

Navitol est d'emploi commode et efficace à petites doses. L'huile contient par gramme non moins de 50,000 unités de Vitamine A et 10,000 unités de Vitamine D. Dix gouttes (ou une capsule de 3 minim.) fournissent 8,500 unités de Vitamine A et 1,700 unités de Vitamine D (unités internationales).

Bouteille d'huile de 5 c.c. (avec compte-gouttes)	Prix de liste
Boîte de 25 capsules de gélatine	\$.75
	.85

Vous pouvez vous procurer Navitol chez votre pharmacien.

Pour imprimés, écrire au Professional Service Department,
36, Caledonia Road, Toronto, Ont.

E·R·SQUIBB & SONS OF CANADA, Ltd.

Fabricants de Produits Chimiques pour le Corps Médical depuis 1858.

BIBLIOGRAPHIE

Sémiologie radiographique pulmonaire, interprétation de radiographies pulmonaires, par Jacques STEPHANI (de Montana), Privat Docent de Médecine, interne à la Faculté de Médecine de Genève, 1 vol. in-4° de 120 pages, avec 155 figures dans le texte. 36 fr. Librairie Octave Doin, Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, Place de l'Odéon, Paris 6e.

La lecture des radiographies pulmonaires est une science encore jeune qui enregistre chaque année des acquisitions nouvelles, et qui, pour être faite avec fruit, demande une certaine méthode.

Le premier pas consiste à analyser le cliché normal en cherchant à chaque ombre et à chaque ligne une correspondance anatomique. Et à ce point de vue le décalque constitue non seulement un mode d'illustration, mais avant tout une méthode de lecture. En avançant ainsi pas à pas du normal dans le pathologique, le traité d'anatomie ouvert devant soi et le crayon en main on écarte un grand nombre de sources d'erreurs et on évite dans une large mesure les fausses interprétations.

L'ouvrage, divisé en 13 chapitres et illustré de 155 décalques, traite successivement du poumon normal, du poumon sain, des radiographies de profil, de l'infiltrat précoce, des cavernes, des formes nodulaires, des formes diffuses, des formes apicales et abortives, de la lobite supérieure droite du fibro-thorax, des nouvelles images créées par le pneumothorax artificiel, et finalement des adhérences. Dans ce dernier chapitre l'image radiographique est systématiquement mise en regard de celle que fournit le pleuroscope.

Cette étude, très schématique et facile à lire habitue le praticien à décomposer toute l'image radiographique en traits et en ombres définies, à les dessiner, et finalement à analyser la radiographie anatomiquement.

Tuberculose du tube digestif, par André CADE, professeur à la Faculté de Médecine, médecin des Hôpitaux de Lyon, Paul SANTY, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien des Hôpitaux de Lyon et Jean HEITZ, chef de Clinique chirurgicale, prosecteur à la Faculté de Médecine de Lyon. 1 vol. in-8° de 410 pages, avec 23 figures dans le texte et 4 planches hors texte. Cartonné, 85 francs. Librairie Octave Doin, Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, Place de l'Odéon, Paris 6e.

La Tuberculose du tube digestif à laquelle est consacré cet ouvrage et dont la fréquence, surtout en ce qui concerne la localisation intestinale, apparaît de plus en plus considérable, constitue un des chapitres les plus importants de la pathologie tuberculeuse. De nombreux travaux d'ordre clinique, coprologique, bactériologique, endoscopique et surtout radiologique l'ont récemment enrichi.

Les auteurs, que leur expérience propre, leurs publications personnelles et celles de leurs élèves, désignaient pour écrire le présent livre, apportent une mise au point, patiemment mûrie, très méthodiquement conduite, clairement rédigée, et qui sera d'autant plus appréciée qu'elle est le fruit d'une collaboration médico-chirurgicale.

L'ouvrage comporte quatre parties:

- Tuberculose bucco-linguale;
- Tuberculose de l'œsophage;
- Tuberculose de l'estomac;
- Tuberculose de l'intestin.

MM. Cade, Santy et Heitz ne se sont pas cantonnés dans le domaine étroit de la tuberculose folliculaire et ont réservé la place qui convenait à la tuberculose inflammatoire et aux manifestations fonctionnelles ou lésionnelles d'ordre banal, qui s'associent fréquemment aux manifestations strictement spécifiques.

Sans négliger les notions théoriques nécessaires les auteurs ont tenu à faire avant tout une œuvre pratique et ont donné toute l'ampleur désirable à l'exposé de la thérapeutique, et notamment du traitement chirurgical.

Des illustrations viennent éclairer le texte, et une bibliographie très riche complète l'ouvrage; elle rendra sans doute service aux étudiants, aux phthisiologues et aussi aux médecins non spécialisés qui ont l'occasion de rencontrer si fréquemment les manifestations de la tuberculose du tube digestif, tout au moins de la tuberculose intestinale.

Urgences de chirurgie, tableaux cliniques, conduite à tenir, par Louis DAMBRIN, ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Toulouse. 1 vol. in-8° de 140 pages avec 128 figures, 37 fr. Librairie Octave Doin, Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, Place de l'Odéon, Paris 6e.

Etre utile, montrer à l'étudiant et au jeune praticien ce qu'il faut faire sans retard, en présence d'une « urgence de chirurgie », tel est le but que l'auteur s'est proposé et qu'il a pleinement atteint.

Dans une forme brève, condensée, les principales « urgences de chirurgie » sont abordées suivant un plan très pratique, allant du *tableau clinique* à la *conduite à tenir*.

Une fois donnés, s'il y a lieu, les soins d'extrême urgence, une fois dégagées les particularités cliniques et posé le diagnostic, la question est de savoir, pour chaque cas, s'il faut opérer ou temporiser. C'est là le thème principal du livre, que l'auteur a traité chaque fois avec la précision, la variété et ce goût de l'essentiel qui sont sa marque.

S'aidant de toutes les ressources de la typographie, il a su donner à son texte une allure synoptique qui permettra au lecteur d'embrasser en un instant toute la matière d'un chapitre.

L'illustration, entièrement originale, très riche et très ingénieuse, ajoute encore à la clarté de ce livre qui sera pour l'étudiant un guide sûr, pour le praticien (chirurgien ou non) un aide-mémoire toujours consulté avec fruit et qui, comme l'écrit le Professeur Miginiac dans sa préface, « leur permettra de ne pas perdre des heures précieuses avant de demander un secours chirurgical ».

RECONSTITUANT.

Le malade épuisé, soit à la suite d'une opération ou par des influences débilitantes, bénéficiera de l'administration de:

Néobovinine avec Malt et Fer



●
solution concentrée d'une haute valeur nutritive, sous une forme agréable au goût:

Extraits de Foie d'une efficacité antianémique remarquable.

Fer sous ses formes organique et inorganique.

Extrait de Malt riche en hydrates de carbone très assimilables.

Vitamines B₁ et B₂ en quantité généreuse, qui stimulent l'appétit et contribuent au bon état de santé.

ÉCHANTILLONS

GRATIS

SUR DEMANDE

JOHN WYETH & BROTHER INC.

2109, Ottawa St., Walkerville, Ont.

Veillez m'adresser gratis un échantillon de Néobovinine avec Malt et Fer pour essai clinique.

Adresse

Docteur

Cité Province

3 ASSOCIATIONS STRYCHNIQUES INDOLORES



ARSENIC

à dose massive.



FER

sous une forme assimilable



ACIDE NUCLEINIQUE

médication phosphorée
intense.

USINES CHIMIQUES DU CANADA, Inc., 1338, Lagauchetière Est, Montréal

SUPPLÉMENT

MANDELATE D'AMONIUM SQUIBB

(M A N D A M)

Le Mandelate d'Amonium Squibb (Mandam) est un nouvel antiseptique urinaire très efficace per os pour le traitement des cystites, pyélites, aiguës ou chroniques, ou autres infections des voies génito-urinaires. Il est fabriqué sous forme de comprimés. C'est le premier produit de ce genre et sous cette forme — les autres préparations d'acide mandelique ne se trouvent qu'en elixirs ou sirops.

Sous forme de comprimés, le Mandelate d'Amonium Squibb est simple, agréable, efficace et facile à administrer. Les comprimés sont insipides et ne sont pas affectés par l'humidité (à moins d'être exposés à l'air pour un assez long temps).

Le Mandelate d'Amonium Squibb (Mandam) est fabriqué en comprimés de 7½ gr. (0.5 gr.) chacun; en flacons de 200 et 1000; aussi en comprimés de 3¼ gr. (0.25 gr.) chacun; spécialement désignés pour les nourrissons et les enfants, en flacons de 100 et 500. Une provision de douze jours de papier à épreuve Nitrazine et un tableau en couleur sont fournis avec chaque flacon de 100 et 200 comprimés pour faciliter les épreuves de l'acidité urinaire.

(Mandam et Nitrazine sont les marques de commerce
de E. R. SQUIBB & SONS of Canada, Ltd.)

Les médications dermatologiques, par Georges LEVY, chef de Laboratoire à l'Hôpital Saint-Louis, avec la collaboration pour la partie pharmacologique de Paul CHERAMY, pharmacien des Hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8° de 240 pages, 45 fr. Librairie Octave Doin, Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, Place de l'Odéon, Paris 6e.

Sous le nom de « Les Médications dermatologiques », Georges Lévy, chef de Laboratoire à Saint-Louis, vient de faire paraître, avec la collaboration pour la partie pharmacologique de M. Paul Chéramy, pharmacien des Hôpitaux de Paris, un ouvrage qui connaîtra un succès mérité.

Successivement et minutieusement sont étudiées les médications externes et les médications internes en dermatologie. De très nombreuses formules sont données chemin faisant et rendront un incontestable service aux praticiens désireux de traiter rationnellement les affections cutanées.

Ce volume constitue une mise au point très précise de la thérapeutique dermatologique telle qu'on la conçoit actuellement. C'est, en outre, un travail original car, jusqu'à présent, à notre connaissance, il n'avait pas été présenté au public médical un ouvrage où soit développée d'une façon aussi compréhensive pour les médecins, la pharmacologie dermatologique.

Les régulations hormonales en biologie, en clinique et en thérapeutique, 1937, 1 vol. de 850 pages, 100 fr. J.-B. Baillière et Fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris VIe.

Ce volume, de plus de 850 pages, comprend une série de cent exposés des questions actuelles d'endocrinologie, faits par les biologistes et les médecins du monde entier, qui ont participé aux étonnantes découvertes faites dans ce domaine, depuis quelques années.

La réunion de ces exposés, à l'occasion des Journées médicales de Paris, est, par là-même, extrêmement évocatrice de l'évolution de la biologie, de la clinique et de la thérapeutique, sur des questions primordiales, tant pour le savant que pour le praticien.

Après un avant-propos du professeur Paul Carnot, qui, comme Président des Journées médicales, a tracé le plan général et distribué les divers sujets entre les collaborateurs, viennent une série d'exposés généraux sur les régulations neuro-harmonales (professeur Roussy), les régulations hormo-hormonales (professeur Paul Portier), les régulations hormonales en clinique (professeurs Mauriac et Leriche), le déclenchement hormonal du rut (professeur Edgar Allen, de New-Haven), les interrelations des hormones gonadotropes (professeur P. E. Smith, de New-York).

Viennent ensuite une série de chapitres sur les régulations hypophysaires, thyro-parathyroïdiennes, génitales, surrénales, pancréatiques, digestives, etc., traitées par des chimistes, des biologistes et des médecins dont les travaux sont universellement connus.

Enfin l'ouvrage se termine par des chapitres généraux sur les *hormones synthétiques* (professeurs Butenandt, de Berlin; Dodds, de Londres); sur les *hormones et les vitamines* (professeurs Euler, de Stockholm; Mouriquand, de Lyon); sur les *hormones végétales* (professeur Fabre); sur les hormones et les principes cancérogènes (professeurs Oberlin et Sannié).

En conclusion, deux exposés pratiques, par les professeurs Loeper et Harvier.

Pareille réunion est unique, sur un des sujets les plus étonnants de l'évolution médicale contemporaine.

Endocrinologie, clinique thérapeutique et expérimentale, par P. SAINTON, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu, H. SIMONNET, professeur à l'École Nationale Vétérinaire d'Alfort et L. BROUHA, professeur à la Faculté de Médecine de Liège. 1 vol. de 832 pages, avec 158 figures, 130 fr. Masson et Cie, éditeurs, libraires de l'Académie de Médecine, 120, boul. Saint-Germain, Paris.

Si le lecteur veut bien se reporter aux 40 pages de la table alphabétique qui termine le volume, il comprendra d'une part le labeur qu'a été celui des Auteurs et, d'autre part, la variété des informations et des points de vue abordés dans ce livre.

C'est que l'endocrinologie, c'est-à-dire l'étude des sécrétions internes non seulement a pris en Médecine une importance considérable, mais est encore celle des sciences médicales qui évolue peut-être le plus rapidement et qui touche les domaines les plus variés.

En effet, les sécrétions internes interviennent dans le fonctionnement de la plupart des appareils; elles règlent la croissance et la morphologie du corps, président au métabolisme des substances alimentaires et à la nutrition de l'organisme. Aussi leurs troubles se manifestent-ils sous des modalités très diverses qui sont au premier abord difficiles à classer.

Au milieu de cette science en marche, le Médecin est submergé sous la multiplicité des publications d'ordre clinique et biologique, ce qui représente une difficulté matérielle à se tenir au courant et une difficulté intellectuelle pour faire la synthèse d'éléments épars et non traités dans leur ensemble.

Ensuite, chercheur ou praticien ont lieu de se demander si tous les travaux publiés reposent sur des bases solides, s'ils sont tous d'égale valeur et si la vérité admise aujourd'hui ne sera pas l'erreur de demain.

Les auteurs de cet ouvrage ont voulu éviter aux travailleurs ces inconvénients. Ils ont pensé qu'il était possible actuellement de classer ce qui paraissait acquis et de présenter une vue d'ensemble des connaissances qui ont cours actuellement en Endocrinologie ou tout au moins d'en fixer les éléments essentiels, en faisant preuve d'esprit critique.

L'*Introduction générale* de ce livre résume les étapes principales de l'histoire de l'hormonologie et établit les définitions indispensables; elle passe en revue les modalités de l'expérimentation endocrinologique, les méthodes de dosage des hormones, les causes génératrices des troubles endocriniens, la façon de les rechercher et de les étudier, enfin la manière de les traiter.

Les chapitres qui succèdent à cette vue d'ensemble sont consacrés à chaque glande ou à chaque système en particulier.

Une courte introduction *anatomique et physiologique* facilite ensuite la compréhension de la fonction endocrinienne.

Au point de vue clinique chacun des chapitres comprend un exposé rapide des moyens d'exploration. Les auteurs n'ont pas trouvé inutile de rappeler que l'examen de la glande doit accompagner, sinon précéder, la recherche du

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

CH O A Y

Opothérapie simple
Opothérapie associée: **SYNCRINES**

EXTRAITS TOTAUX } Comprimés
(poudres d'organe) }

EXTRAITS INJECTABLES } Ampoules stérilisées
en solution aqueuse }

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

trouble hormonal. Ils passent ensuite à l'étude des tests, si précieux dans nombre de cas pour apprécier la nature et l'intensité du trouble.

Pour certaines glandes mixtes, comme le pancréas, les auteurs se sont limités à l'étude de la fonction endocrinienne, et pour d'autres glandes dont la fonction endocrinienne n'est pas parfaitement établie, ils se sont bornés à un exposé succinct.

Ils ont classé les syndromes endocriniens en syndromes d'hyperfonctionnement et en syndromes d'hypofonctionnement. Ils attirent cependant l'attention du lecteur sur la facilité avec laquelle certains malades passent d'un état d'hypofonctionnement à un état d'hyperfonctionnement et sur l'existence de syndromes dissociés qui prouve que les troubles sécrétoires d'une glande peuvent se limiter à une seule fonction hormonale à l'exclusion des autres ou encore dépendre de la sensibilité particulière de certains tissus à un excès ou à un défaut d'hormone.

L'anatomie pathologique n'a été traitée qu'en raison des relations qu'elle peut avoir avec le trouble endocrinien et des lumières qu'elle apporte sur le mécanisme de sa production.

La *thérapeutique* est exposée dans ses grandes lignes aussi bien au point de vue médical qu'au point de vue chirurgical, radiothérapique ou physiothérapique. Les auteurs ont traité avec un soin particulier ces sous-chapitres non seulement parce que c'est au Médecin qu'incombe le plus souvent le soin de tracer les indications thérapeutiques, mais encore parce que le Médecin doit s'efforcer d'instituer un traitement individuel en tenant compte de la notion de terrain glandulaire sur lequel les troubles ont évolué et de la cause qui les a provoqués.

L'ouvrage se termine par une vue d'ensemble sur les syndromes endocriniens communs dont il est difficile d'attribuer la paternité plutôt à une glande qu'à une autre, sur les ectosymphathoses et sur les syndromes pluriglandulaires.

Ces chapitres sont en quelque sorte la synthèse des chapitres précédents. Enfin, un court exposé est consacré au rôle que peuvent jouer les troubles hormonaux dans la production du cancer.

Une très abondante illustration clinique, anatomo-pathologique et schématique rehausse le texte et une table alphabétique des matières permet aux lecteurs de se reporter, avec la plus grande facilité, aux pages qui les intéressent.

Bien que chacun des auteurs ait apporté à la rédaction de cet ouvrage ses connaissances et sa personnalité, l'esprit d'équipe le plus absolu n'a cessé de régner. Aussi est-ce un volume homogène et formant un tout qui paraît aujourd'hui.

Cet ouvrage constitue une mise au point aussi complète que possible des connaissances endocrinologiques actuelles.

L'homéopathie sans mystère, par le Dr BERCHER, préface du Dr Léon VANNIER. 1 vol. in-8° de 120 pages, 32 fr. Librairie Octave Doin, Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, Place de l'Odéon, Paris, 6e.

Malgré qu'elle se soit développée de façon considérable dans notre pays au cours de ces dernières années, l'homéopathie reste pour beaucoup de gens,

tant chez les médecins que dans le public, une pratique mystérieuse. Et ce fait éloigne d'elle de très bons esprits.

Le Docteur Bercher s'est proposé de dissiper cette atmosphère de mystère/

Par un exposé très clair des fondements de la méthode et des résultats de la pratique, il se propose de permettre l'entrée de l'homéopathie dans la grande famille de la thérapeutique.

Désireux d'être entendu des médecins de notre temps, le Docteur Bercher évite de reprendre les arguments des vieux propagandistes de l'homéopathie, la vieille querelle autour des « principes », des « contraires » et des « semblables », série d'arguments souvent obscurs, vraiment peu démonstratifs aujourd'hui et qui contribuent beaucoup à la création de l'atmosphère mystérieuse. Le Docteur Bercher expose et justifie les originalités *actuelles* de l'homéopathie: 1^o le comportement du médecin homéopathe, l'attention qu'il porte, par delà la « maladie » au sujet malade considéré comme un tout, attitude qui rejoint la pure tradition hippocratique et n'est en rien contradictoire avec l'idéal clinique et thérapeutique de la Faculté; 2^o les dilutions *infinitésimales* (des raisons théoriques ne les justifieront jamais, mais *l'expérience* montre que l'organisme vivant est sensible, et même extrêmement sensible, aux réactifs ionisés); 3^o les expériences faites sur l'homme sain pour la découverte des symptômes multiples que peuvent provoquer (ou guérir) les réactifs ionisés, véritables *mosaïques* de pouvoirs, comme disait le grand Nicolle, à propos des microbes.

Dans ses conceptions pathologiques, le Docteur Bercher, qui fait une très petite place étiologique au microbe, peut paraître exagérément humoraliste. Mais les résultats qu'il nous communique, passant en revue les différents chapitres de la pathologie, montrent que la conception « toxinique » de l'école homéopathique française n'est pas sans fécondité.





**AGIRA-T-ELLE
COMME UN
Boomerang?**

Jamais — et particulièrement quand la douche vaginale doit être employée constamment pendant une longue période de temps — la préparation pour la douche ne doit causer de l'irritation à la muqueuse vaginale, sinon il en résultera plus de mal que de bien. Quand vous *prescrivez LORATE à celles de vos patientes que la douche vaginale peut soulager, vous êtes assuré que cet agent thérapeutique sera inoffensif, quelle que soit la force de la solution employée. Vous pouvez aussi être certain qu'avec Lorate vous obtenez la meilleure action détersive et la propreté la plus efficace. Lorate est une poudre alcaline, agréablement parfumée et utile quand une douche non-astringente est recommandée.

INDICATIONS: Comme douche de propreté pendant et après les menstrues; dans les cas de leucorrhée, d'infection parasitaire ou microbienne ou autre forme de vaginite; cervicite; après les accouchements ou les opérations gynécologiques; pour les femmes qui portent des pessaires; comme désodorisant. FORMULE: perborate de soude, bicarbonate de soude, chlorure de sodium, menthol et aromates. DOSAGE: 2 cuillerées à thé par pinte d'eau. Une solution plus forte peut aussi être employée.

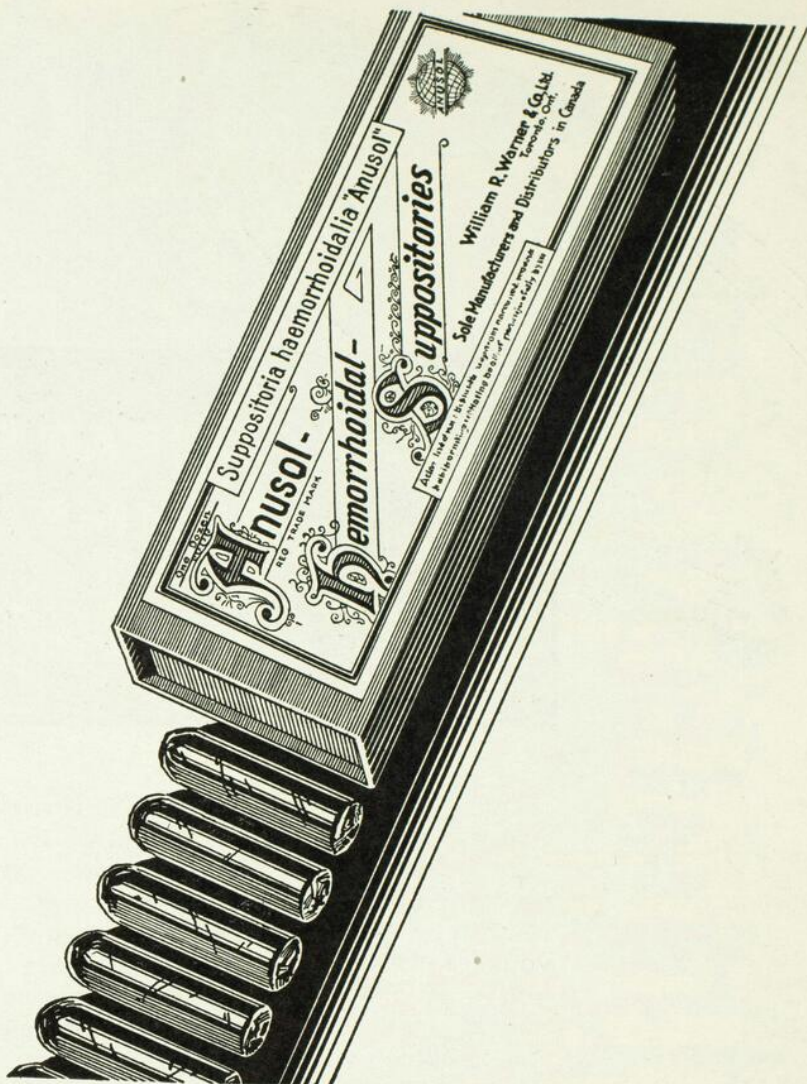
Un échantillon d'essai sera envoyé sur demande.

Waterbury Chemical Co., Ltd., 727 King Street W., Toronto, Ont.



LORATE

LA POUDRE THÉRAPEUTIQUE POUR DOUCHES VAGINALES



QUATRE FACTEURS d'une importance primordiale sont à considérer dans le traitement médical des hémorroïdes; le suppositoire rectal doit posséder des vertus thérapeutiques efficaces, doit pouvoir être employé sans danger en toutes circonstances; ne doit produire aucun effet accessoire ou nocif sur l'organisme; doit être facile et commode à employer. Le fait que la profession médicale favorise de plus en plus les Suppositoires Anusol est une preuve que ceux-ci possèdent tous ces facteurs. Pouvons-nous vous envoyer une provision d'essai de Suppositoires Anusol. Vous n'avez qu'à les demander.

LES SUPPOSITOIRES ANUSOL SONT VENDUS EN BOÎTES DE 6 ET DE 12

A N U S O L

TABLE ALPHABÉTIQUE DES ANNONCES

Abbott Laboratories Ltd , (<i>Métaphédrine</i>)	XII
Anglo-French Drug Cie , (<i>Elixir Gabail</i>)	XLIX
Antiphlogistine , (<i>Infections aiguës de la tête et du cou</i>)	XXII
Ayerst, McKenna & Harrison, Limited , (<i>La Ménopause</i>)	XX
Banque Canadienne Nationale , (<i>À votre disposition</i>) ..	XLVI
Borden Company Limited, The , (<i>Lait Borden's St. Charles; Evaporé</i>)	LVII
Boudot, L. , (<i>Dia-Tosan</i>)	LXIV
Bristol-Myers Co. , (<i>Sal Hepatica</i>)	XIV
Bromo-Seltzer Ltd. ,	LXI
Canada Drug Company , (<i>Paveral</i>)	LX
Canadian Cannery Limited . (<i>11 variétés</i>). <i>Troisième page de la couverture.</i>	
Canadian Metalix Co. Ltd. , (<i>Philips Metalix Rotalix</i>) ..	XI
Carling Breweries Limited , (<i>Invalid Stout</i>)	XLV
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>Ce sont les résultats cliniques qui importent le plus</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>Inotyl</i>)	VI
Eddé, J., Limitée , (<i>Proveinase Midy</i>)	XIX
Eddé, J., Limitée , (<i>Hémostyl</i>)	XXVII

Eddé, J., Limitée, (<i>Bismuthoïdol</i>)	XXX
Eddé, J., Limitée, (<i>Phospho-Strychnal</i>)	XXXIII
Eddé, J., Limitée, (<i>Ocréine Grémy</i>)	XXXIII
Eddé, J., Limitée, (<i>Iodone Robin</i>)	XXXIII
Eddé, J., Limitée, (<i>Iodogénol Pépin</i>)	XXXIV
Eddé, J., Limitée, (<i>Epilepsie</i>)	XLVI
Etablissements Byla, Les, (<i>Energetènes végétaux Byla</i>)	IX
Etablissements Byla, Les, (<i>Ergotinine cristallisée de Tanret</i>)	IX
Etablissements Byla, Les, (<i>Hormovarine Byla</i>)	IX
Etablissements Byla, Les, (<i>Pelletiérine Tanret</i>)	IX
Etablissements Byla, Les, (<i>Amino-Sel Byla</i>)	IX
Fellows Medical Mfg. Co., Ltd., (<i>Dans les circonstances si diverses où le métabolisme des sels minéraux joue un rôle décisif</i>)	XXV
Frosst, Charles E. & Co. (<i>Kondremul</i>)	
<i>Deuxième page intérieure de la couverture.</i>	
Herdt & Charton, Inc., (<i>Liposeptine</i>)	LV
Herdt & Charton, Inc., (<i>Chouy</i>)	LXVIII
Hirbour, Arthur, (<i>Pharmacie d'Ordonnances</i>)	LXIV
"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
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>Liqueur Laville</i>)	I
Laboratoires Clin, Comar & Cie, (<i>Solution de salicylate de soude</i>)	I
Laboratoires A. Guerbet & Cie, (<i>Lipiodol</i>)	XLVII
Laboratoires A. Guerbet & Cie, (<i>Stovédrine</i>)	XLVII
Laboratoires du Dr Roussel, (<i>Tréphonyl</i>)	VI

Laboratoire Nadeau Limitée, (Sodiosal)	XXX
Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Ltée, (La Rhoféine)	XIII
Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Ltée, (La Coryphédrine)	XIII
Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Ltée, (Efryl)	XVII
Laboratoires du Dr P. Astier, (Arhéal)	XV
Laboratoires Midy, (Proveinase Midy)	XIX
Librairie Beauchemin Limitée, (Linguaphone)	XXVIII
La Cie Canadienne des Agences Modernes, (Les Lithinés du Dr Gustin)	LII
La Cie Canadienne des Agences Modernes, (Magnésie du Dr Gustin)	LII
Listers Limited, (Listers)	LX
Mercier & Dion, (Fourrures)	XXI
Millet, Roux & Cie, Ltée, (L'Ampho-Quintivaccin)	LXIII
Monty, Gagnon & Monty	VIII
Parke, Davis & Cie, (Le Mapharsen)	IV
Ranniger, W.-E., (Histidin-Ifah)	LI
Rougier Frères, (Hepathemo)	XVII
Rougier Frères, (Hémoglobine Deschiens)	XIX
Rougier Frères, (Ouabaïne Arnaud)	XXI
Rougier Frères, (Efryl)	XVII
Rougier Frères, (Sedlitz Chanteaud)	XXVI
Rougier Frères, (Sténol Chanteaud)	XXVI
Rougier Frères, (Rami)	XXVI
Rougier Frères, (Lusaldol)	XXIX
Rougier Frères, (Névrosthénine Freyssinge)	XXXV
Rougier Frères, (Chloramine Freyssinge)	XXXV
Rougier Frères, (Capsules Dartois)	XXXV
Rougier Frères, (Uraseptine Rogier)	XLV
Rougier Frères, (Sirop Famel)	LIV
Rougier Frères, (La Rhoféine)	XIII

Rougier Frères, (La Coryphédrine)	LVII
Rougier Frères, (L'Elixir Ducro)	LV
Sanatorium de Blois	L
Sanatorium Prévost	II
Squibb & Sons of Canada, Ltd., E. R., (Navitol)	LXII
Usines Chimiques du Canada, Inc., (Valor Strychno-Arsenical)	LXVI
Usines Chimiques du Canada, Inc., (Valor Ferro-Strychno-Arsenical)	LXVI
Usines Chimiques du Canada, Inc., (Valor Nucli-Strychno-Arsenical)	LXVI
Vinant Ltée, (Liqueur Laville)	I
Vinant Ltée, (Solution de salicylate de soude)	I
Vinant Ltée, (Energetènes végétaux Byla)	I
Vinant Ltée, (Ergoténine cristallisée de Tanret)	IX
Vinant Ltée, (Hormovarine Byla)	IX
Vinant Ltée, (Pelletierine Tanret)	IX
Vinant Ltée, (Amino-sel Byla)	IX
Vinant Ltée, (Lipiodol)	XLVII
Vinant Ltée, (Stovédrine)	XLVII
Warner, William R., Co. Ltd., (Anusol)	LXVIX
Vinant Ltée, (Pulmo-Bailly)	XVIII
Wander, A., Limited, (Ovaltine)	XXIX
Wyeth & Brother, Inc., John, (Néobovinine)	LXV
Waterbury Chemical Co., Ltd., (Lorate)	LXX

"11 VARIÉTÉS BIEN DISTINCTES"

L'ABRICOT, source de fer et de cuivre, ne peut s'obtenir, sous une forme commerciale approuvée, que par la marque «AYLMER»; le plus beau fruit canadien préparé sous la direction éclairée de chimistes diplômés. Sur demande nous enverrons des échantillons pour examen.

La diversité des produits "AYLMER" permet de prescrire le fruit ou le légume qui convient le mieux aux besoins de chaque individu.

Pois tamisés, betteraves, fèves, épinards, pruneaux, carottes, abricots, tomates, asperges, compote de pommes, soupe pour enfants.



"Il peut avoir confiance en nous"

RESEARCH LABORATORY
CANADIAN CANNERS LTD.
HAMILTON - CANADA

ALIMENTS
AYLMER
POUR BÉBÉS



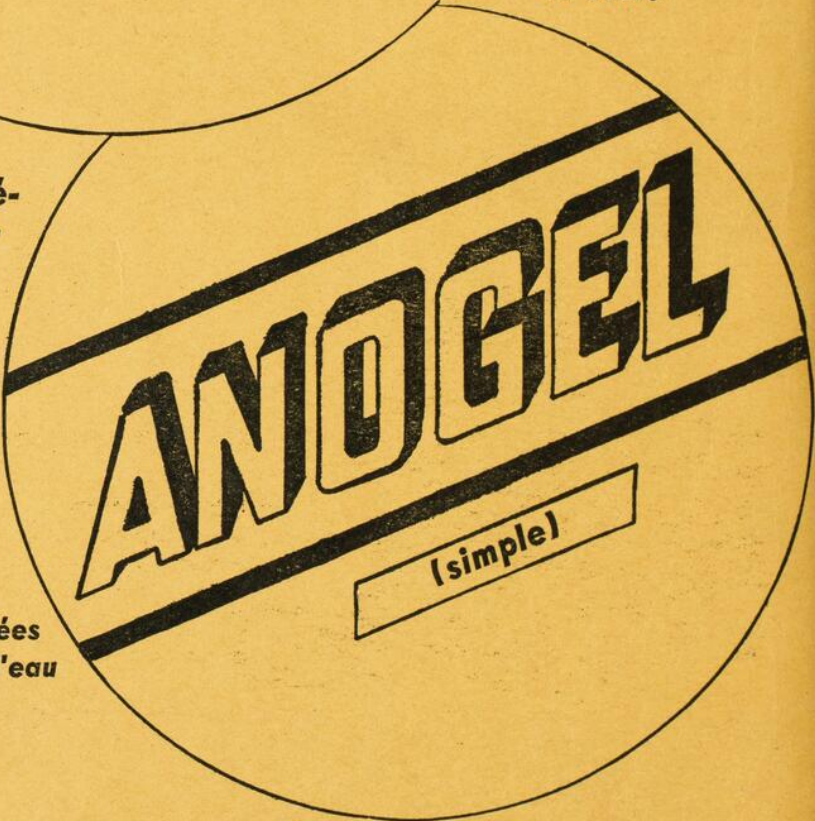
Dans les cas de
Constipation
opiniâtre.

•
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.



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.