

# L'Union Médicale du Canada

REVUE MENSUELLE

Fondée en 1872

BULLETIN

L'union professionnelle se réalisera-t-elle bientôt? . . . . . L. GERIN-LAJOIE . . . . . 907

MÉMOIRE

La maladie rhumatismale . . . . . Albert LeSAGE . . . . . 909

RECUEIL DE FAITS

Nævus pigmentaire verruqueux pileux nasal. Autoplastie avec greffe de Thiersch . . . . . J.-N. ROY . . . . . 945

Hémianopsie latérale homonyme et petit mal consécutifs à un traumatisme crânien . . . . . Jean SAUCIER . . . . . 949

Thyroïdectomie. Hypothyroïdie. . . . . Réal DORE . . . . . 953

REVUE GÉNÉRALE

La révulsion électrique . . . . . A. LAQUERRIERE . . . . . 956

MOUVEMENT MÉDICAL

La lutte contre le cancer . . . . . L.-C. SIMARD . . . . . 962

Le « devenir » du syphilitique . . . . . Paul POIRIER . . . . . 969

Lettre du Service de Santé de la Ville de Montréal . . . . . S. BOUCHER . . . . . 973

TRIBUNE LIBRE

A propos de la radioscopie en salle éclairée. (Mise au point.) . . . . . Léo PARISEAU . . . . . 975

MÉDECINE PRATIQUE

Médication diurétique . . . . . Eug. SAINT-JACQUES . . . . . 978

REVUE DES LIVRES

La Thérapeutique du Nourrisson en clientèle . . . . . Paul LETONDAL . . . . . 979

Forty Years of Psychiatry . . . . . R. MOURGUE . . . . . 979

(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

# ÉNÉSOL

(Salicylarsinate de Mercure)

38,46% de Mercure métal et 14,4% d'Arsenic.

70 fois moins toxique que HgI<sup>2</sup>

Traitement *Arsenico-Mercuriel*  
de la **SYPHILIS** et du **PSORIASIS**

Traitement de choix des malades fatigués, de la femme enceinte,  
des enfants.

DOSES:

Injections intramusculaires indolores (2 à 8 cc.)  
Injections intraveineuses (4 à 10 cc.)

FORMES:

Ampoules d'ÉNÉSOL, de 2 et 5 cc., titrées à 0 gr. 03 d'Énésol par cc.

## INJECTIONS CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINÉES

permettent la triple médication

phosphorée

arsenicale

strychnique

| Formules                            | I. N° 596      | II. N° 796     | III. N° 740    | IV. N° 940     |
|-------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Cacodylate de Soude . . . . .       | 0 gr. 05       | 0 gr. 05       | 0 gr. 10       | 0 gr. 25       |
| Glycérophosphate de Soude . . . . . | 0 gr. 10       | 0 gr. 10       | 0 gr. 20       | 0 gr. 10       |
| Sulfate de Strychnine . . . . .     | ½ mgr.         | 0 gr. 001      | 0 gr. 001      | 0 gr. 001      |
|                                     | Amp. de 1 c.c. | Amp. de 1 c.c. | Amp. de 2 c.c. | Amp. de 5 c.c. |

LES GOUTTES CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINÉES réalisent la même médication par voie digestive.

**NEURASTHENIE**

**DEPRESSION NERVEUSE**

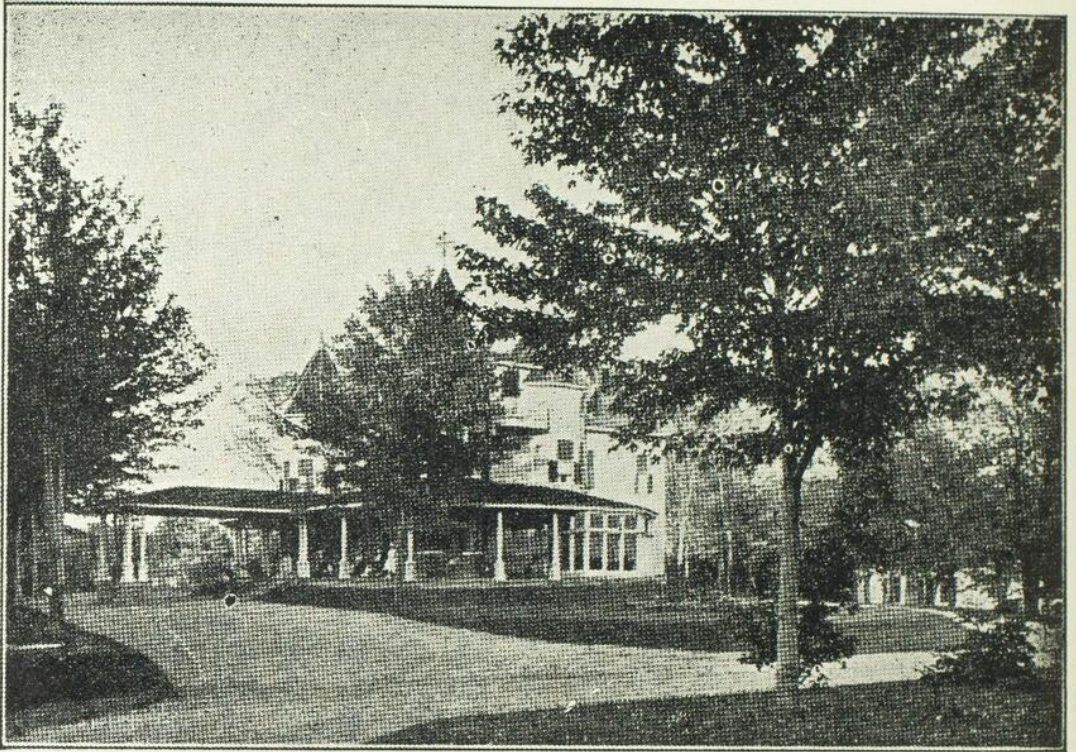
**CONVALESCENCE**

**LABORATOIRES CLIN, COMAR & CIE, PARIS**

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

# SANATORIUM PRÉVOST

INCORPORE



## ETABLISSEMENT DE PSYCHOTHERAPIE

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

## TRAITEMENT INDIVIDUEL DES AFFECTIONS DU SYSTEME NERVEUX

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

---

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

---

4455 Boulevard Gouin ouest,

Téléphone, BYwater 1240

# TRASENTINE

"CIBA"

(Chlorhydrate hydrosoluble de l'estér 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.

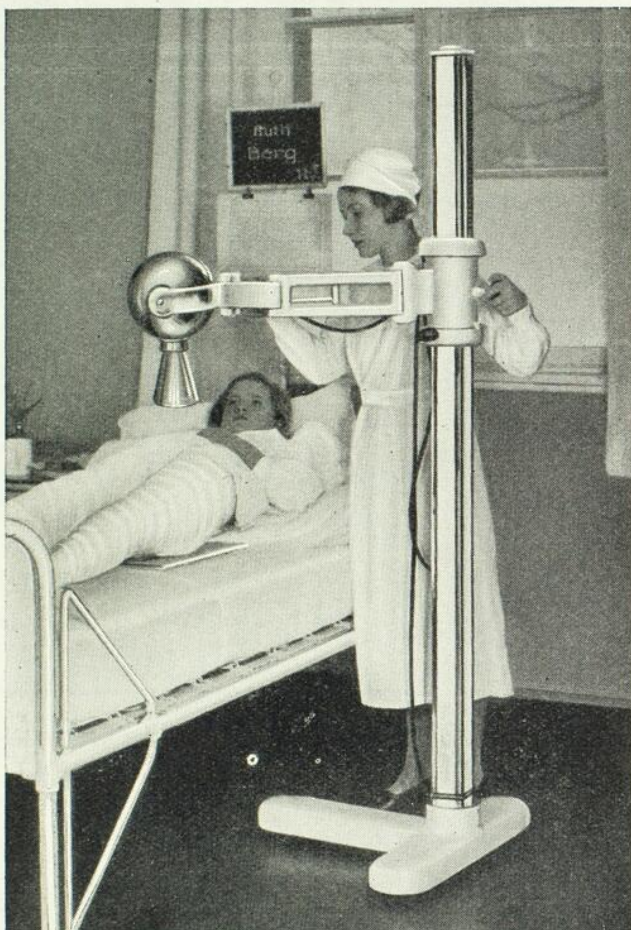
Les laboratoires de recherches de Parke, Davis et Cie ont soumis le Mapharsen à des épreuves sévères tant au point de vue chimique, pharmacologique que biologique. Le Mapharsen constitue un agent thérapeutique de tout premier ordre comparativement à d'autres produits du même genre dans le traitement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

## Le Sphérix "SIEMENS"



Appareil pour Rayons X entièrement nouveau.  
Complètement à l'abri de la haute tension et des rayonnements.

Livable en trois modèles: 1. Transportable.  
2. Sur colonne mobile.  
3. Sur colonne mobile simplifiée et démontable.

Pour graphies et scopies.

L'idéal pour le cabinet du médecin, les radiographies au domicile du patient et le redressement des fractures.

•  
**SIEMENS-REINIGER (Canada) LIMITED**

Dominion Square Building

**MONTREAL**

# TAXOL

LE  
RÉÉDUCATEUR  
TYPE  
DE L'INTESTIN  
SANS  
ACCOUSTOMANCE

Laboratoires LOBICA  
PARIS

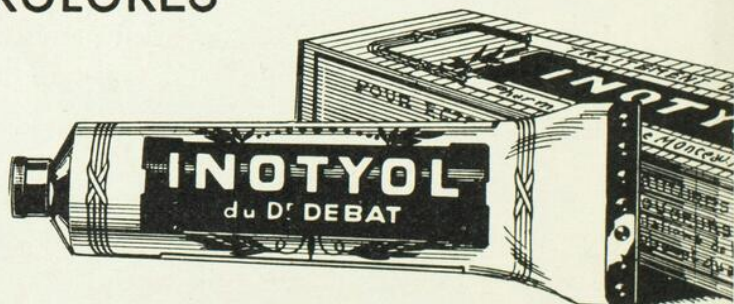
Agent: J. EDDÉ Ltée,  
MONTRÉAL

ECZÉMAS

ULCÈRES - BRÛLURES

Lésions et  
Irritations  
de la Peau

Agent Général  
J. EDDÉ Ltée  
MONTRÉAL



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 DIPLOMEE**

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.

---

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

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

# GLYCOBYL

**Cholagogue**  
**Antiseptique du foie**  
**Laxatif**

*dragées — granulés*

LITHIASE BILIAIRE  
ANGIOCHOLITES et  
CHOLÉCYSTITES  
INSUFFISANCE HÉPATIQUE  
DYSPEPSIES INTESTINALES

# GENESERINE

**Polonovski et Nitzberg**

*granules — dragées — gouttes*  
*ampoules.*

SÉDATIF DES  
TROUBLES SYMPATHIQUES

—♦—  
HYPO-ACIDITÉ

—♦—  
TACHYCARDIE

# GENATROPINE

**Polonovski et Nitzberg**

*granules — gouttes — ampoules.*

SÉDATIF DU VAGUE

—♦—  
HYPERCHLORHYDRIE

—♦—  
SPASMES DIGESTIFS

—♦—  
VOMISSEMENTS

# GENOSCOPOLAMINE

**Polonovski et Nitzberg**

*granules — gouttes — ampoules.*

ANESTHÉSIE CHIRURGICALE

—♦—  
PARKINSONISME

—♦—  
SYNDROMES  
POSTENCÉPHALITIQUES

# AMIDAL

*poudre — cachets — comprimés*  
*dragées.*

ENTÉRITES AIGÜES

—♦—  
FERMENTATIONS

—♦—  
AUTO-INTOXICATIONS

—♦—  
DIARRHÉES

**Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, Pharmacien, PARIS**

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

## Pourquoi troubler la réception d'émissions radiophoniques ?

*Soyez sans inquiétude*

Vous pouvez réduire au minimum l'interférence dans la radiodiffusion par l'usage de l'appareil diathermique à ondes courtes

### --HOGAN BREVATHERM--



Est-ce que votre appareil diathermique à ondes courtes — comme plusieurs maintenant offerts à la profession — trouble sérieusement, dans le voisinage, les émissions radiophoniques standard ou à ondes courtes ?

Afin de résoudre ce problème pour les possesseurs de l'appareil « HOGAN BREVATHERM », il y a plus de 18 mois, McINTOSH a construit l'« Eliminateur d'interférence » dans le but de réduire le soi-disant « feed-back » et le « pick-up » d'énergie électrique.

Les médecins qui ont acheté les différents modèles de « HOGAN BREVATHERM », aussi bien que les acheteurs futurs, peuvent avoir cette protection supplémentaire.

Considérez ce fait lorsque vous songerez à l'achat d'un appareil à diathermie à ondes courtes.

*Cloutier & Cloutier Cie, Ltée*

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

4338, rue Saint-Denis

BElaIR 1616

MONTREAL, Qué.

---

---

# L'Union Médicale du Canada

Fondée en 1872

## Bureau de Direction

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

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

## Bureau de Collaboration

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

---

## BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef  
**Albert LeSAGE**

Secrétaire de la rédaction  
**Léon GÉRIN-LAJOIE**

Secrétaire-Trésorier  
**J.-A. VIDAL**

Membres:

Roma AMYOT, Édouard DESJARDINS, Jean SAUCIER.

---

## ONT COLLABORE AU VOLUME DE 1936:

Agricola, Dr., Amyot (R.), Archambault (P.-R.), Autotte (E.), Barbeau (A.), Baril (G.), Baril (H.), Barry (G.), Bellerose (A.), Bergeron (L.), Bernier (A.), Bertrand (A.), Bertrand (Albert), Binet (E.), Blagdon (L.), Bohémier (C.), Boucher (R.), Boulais (F.-L.), Bourgeois (B.-G.), Bourgeois (P.), Brault (J.), Cantero (A.), Cantin (Marie-E.), Comtois (A.), Cone (W.), Coutu (L.), Décarie (R.), DeGuise (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.), Gerdreau (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.), Lapièrre (G.), Laquerrière (A.), Lari-chelière (R.), Laroche (A.), Lau-zer (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.), Ma-rin (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.), Tétréault (H.-I.), Tétréault (Julien), Tremblay (J.), Vidal (J.-A.), Valiquette (Hugo).

## SUITE DU SOMMAIRE

|                                |      |
|--------------------------------|------|
| Livres reçus en août . . . . . | 1001 |
| Livres nouveaux . . . . .      | 1002 |

### NOUVELLES

|  |      |
|--|------|
| Cours de perfectionnement de technique chirurgicale concernant l'appareil moteur . . . . . | 1003 |
| Royal College of Physicians and Surgeons of Canada .. . . .                                | 1005 |

### ANALYSES

#### MÉDECINE

Traitement des ulcères gastro-duodénaux par les acides aminés (p. 982).

#### CARDIOLOGIE

Le diagnostic de l'imminence d'une thrombose coronarienne aiguë (p. 982).

#### PHTISIOLOGIE

Sur quelles bases établir un traitement rationnel de la tuberculose pulmonaire (p. 983). Le traitement de la tuberculose curable de la deuxième enfance (p. 984).

#### NUTRITION

L'emploi de l'insuline protamine avec zinc dans le coma diabétique (p. 985).

#### NEURO-PSYCHIATRIE

L'immunité active et passive et la porte d'entrée dans la poliomyélite (p. 988). L'attitude radicale opposée à l'attitude conservatrice dans le traitement des tumeurs cérébrales (p. 989). Expérience de deux ans dans le traitement de la chorée par la fièvre artificielle (p. 990). Rapport de l'alcoolisme et de l'épilepsie (p. 990). Résultats après

quinze années d'expérience, du traitement de l'épilepsie infantile par le régime cétogène (p. 992). Dosage du chlorure de sodium dans le liquide céphalo-rachidien au cours de la méningite tuberculeuse (p. 993).

#### HYGIÈNE

Indications de la vaccination antitétanique (p. 993). Contamination de l'air par le streptocoque pyogène dans les salles de scarlatineux (p. 996). Porteurs d'amibiase chez les manipulateurs d'aliments à San Francisco (p. 996). Colibacilles et déséquilibre alimentaire (p. 997). Action du venin de cobra in vitro et in vivo sur un sarcome de Ehrlich de la souris (p. 997).

#### PEDIATRIE

Les hémorragies gastriques des toxi-infections de la première enfance (p. 998). Réaction à l'hétéro-hémothérapie (p. 999). Enquête sur la coqueluche, son traitement, sa prophylaxie, ses conséquences (p. 999). Les origines de la diète hydrique (p. 1000).

#### RADIOLOGIE

Traitement des abcès du poumon par les ondes courtes (p. 1001).

---

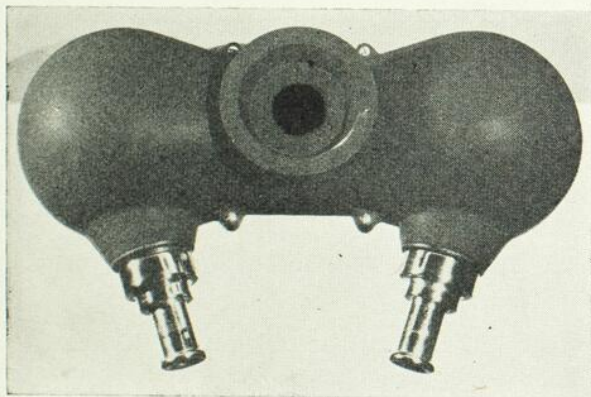
---

# PHILIPS METALIX ROTALIX

## TUBES À RAYONS-X

Connus et vendus dans  
le monde entier

### PROTECTION TOTALE



- à foyer simple
- à foyer double
- à anode rotative

**CANADIAN METALIX COMPANY**  
LIMITED

531, Sherbrooke Est,

MONTREAL, Qué.

PLateau 1555

---

---

... PLUS DE **200** COMMUNICATIONS

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

Ce chiffre impressionnant témoigne à la fois de l'intérêt que les médecins du monde entier ont porté au nouveau médicament et de l'étendue des recherches cliniques dont il a été l'objet.

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

*De plus amples détails et références seront fournis sur demande.*

LABORATOIRES ABBOTT, Limitée, 388 ouest, rue St-Paul, Montréal.

**NEMBUTAL**  
**NEMBUTAL**

## BULLETIN

**L'UNION PROFESSIONNELLE  
SE RÉALISERA-T-ELLE BIENTÔT ? <sup>(1)</sup>**

Il semble bien que la profession médicale du Québec sera bientôt appelée à se prononcer sur l'opportunité de se constituer en un organisme provincial volontaire unique. En effet, grâce à l'initiative du comité d'organisation du banquet offert à l'honorable M. Paquette en janvier dernier, alors qu'il fut démontré pleinement que la gent médicale visait un seul idéal pour atteindre un but unique et que tous désiraient une union professionnelle, ce comité, dis-je, n'a pas arrêté là ses activités. Il a groupé les bonnes volontés et les énergies diverses des organismes déjà existants, l'*Association Médicale de la province de Québec*, la *Fédération des Sociétés Médicales*, l'*Action Médicale*, et il a créé un comité chargé d'étudier, modifier, concilier, amender et fusionner les chartes et règlements de ces corporations pour présenter au comité d'organisation du banquet un projet de statuts et règlements pour permettre une discussion, chacun apportant ses idées que pouvait lui suggérer son expérience personnelle.

De multiples séances de ces deux comités furent tenues et un plan d'ensemble a été finalement adopté pour être soumis à une compétence légale quant à la phraséologie à utiliser.

Les corporations déjà reconnues par lettres patentes ou enregistrément résilient leurs droits et privilèges en faveur de cette nouvelle organisation : le but unique est l'union de toute la profession médicale en une société véritablement représentative de tous les médecins de la province de Québec.

D'aucuns prétendront que nous n'avons nul besoin de telle corporation volontaire, le Collège des Médecins et Chirurgiens étant

(1) Ce travail a été remis pour publication pour le numéro d'août; à cause de l'abondance du texte en mains, il apparaît un peu tardivement, mais il reste quand même d'actualité.

le corps légalement constitué pour s'occuper de nous et de la défense de nos droits. Le Collège est avant tout un corps gouvernemental chargé de veiller à la bonne application de l'exercice de la médecine dans la province et au licenciement des nouveaux docteurs. Bien qu'il en ait le pouvoir, nous comprenons que le nombre limité des gouverneurs du Collège, se réunissant une fois l'an, ne puisse s'occuper des intérêts professionnels des médecins. Il faut la création de comités composés de médecins actifs, intéressés et pleins de bonne volonté, pour s'occuper des questions qui mettent en jeu l'activité, le savoir et la bourse des médecins. L'œil ouvert, l'oreille au guet, ils saisissent dans les journaux et les revues, dans les assemblées délibérantes, dans les sociétés, ce qui peut s'écrire ou se dire intéressant le corps médical en général. En jetant l'éveil au sein des membres des comités appropriés, ils apportent leur contribution pour le bénéfice de la profession. Leur récompense sera la satisfaction d'avoir servi leur prochain.

Lorsqu'une question se présente, d'importance telle qu'il faille recourir aux gouvernements pour obtenir justice ou satisfaction de nos droits, le Collège en est saisi par son comité des Relations extérieures et il agit en conséquence.

\*

\* \*

La profession médicale sera saisie du projet dans son entier probablement après la période des vacances. Quel moyen sera employé? Nous l'ignorons; il faudra y apporter toutefois toute notre collaboration.

L'union des énergies...

L'union des forces...

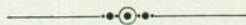
L'union des bonnes volontés...

La verrons-nous bientôt?...

Il faut que la profession comprenne que seule cette unité dans l'action aboutira au respect de nos droits.

Il faut s'intéresser à la défense de ceux-ci!

GÉRIN-LAJOIE.



# MÉMOIRE

---

## LA MALADIE RHUMATISMALE <sup>(1)</sup>

Par **Albert LeSAGE,**

Professeur de clinique médicale à l'Université de Montréal,  
Médecin de l'hôpital Notre-Dame,  
Membre Correspondant de l'Académie de Médecine.

### TABLEAU SYNOPTIQUE

1° **Autrefois:** Maladie autochratique — autonome, articulaire.

2° **Aujourd'hui:** Maladie générale: infectieuse, à germe inconnu, spécificité anatomique.

a) CLINIQUE: 1) localisations:

articulaires  
cervicales  
cervico-sciatiques, etc.  
myosites.

2) localisations:

cardiaques  
pleuro-pulmonaires  
intestinales  
pharyngées  
cérébrales.

b) ANATOMIE PATHOLOGIQUE:

nodule d'Aschoff  
couenne — végétations.

c) TRAITEMENT:

1) *La médication:* Le salicylate de soude:

- 1) *Choix* — Tolérance, modes d'administration.
- 2) *Les voies:* Digestive, hypodermique, intraveineuse, rectale.
- 3) *Posologie:* Per os, intraveineuse, rectale, entérolyse, suppositoire.

---

(1) Communication au Congrès de la *Canadian Medical Association*, à Ottawa, du 21 au 25 juin 1937. Section de la *Ligue contre le rhumatisme*.

2) *Direction du traitement:*

A. *Cas légers.*

- 1° Doses progressives et prolongées.
- 2° Doses fortes, progressivement décroissantes et prolongées.
- 3° Doses discontinues.

B. *Cas graves.*

Association de trois méthodes: per os  
veineuse  
rectale.

3) *Les accidents:* Troubles auditifs

“ digestifs

“ nerveux

“ cardiaques.

4) *Hygiène du rhumatisant:* Hygiène générale

“ sociale

“ préventive.

5) *Ligue internationale contre le rhumatisme.*

d) CONCLUSIONS.

## INTRODUCTION

Le rapport que nous présentons a pour but de définir ce que nous entendons, aujourd'hui, par « *maladie rhumatismale* », en opposant la conception actuelle à celle des anciens.

Cette étude nous fera comprendre, d'abord, l'importance des travaux d'anatomie pathologique sur ce sujet et la voie nouvelle ouverte à la clinique dont les nombreuses observations ont corroboré les vues, selon les auteurs que nous avons consultés et cités.

En second lieu, connaissant mieux la lésion anatomique et son siège électif; recherchant avec soin les manifestations cardiaques ou viscérales de la maladie avant qu'elles atteignent les synoviales articulaires, souvent indemnes quand même, nous instituerons un traitement spécifique plus précoce, par conséquent préventif sinon curatif, là où les lenteurs du diagnostic, jointes aux hésitations et aux erreurs de la thérapeutique, ont accumulé tant d'échecs, favorisé l'existence de tant de séquelles indélébiles et compté un si grand nombre de balafres inscrits au tableau noir de la maladie rhumatismale, dont la courbe de morbidité et de mortalité, selon les compagnies d'assurance, dépasse actuellement toutes les autres.

« *Heart disease is now King of Death.* » (Knopf.)

Voici des chiffres officiels des gouvernements d'Ottawa, de Québec et de Montréal concernant la mortalité dans les maladies du cœur et des reins, qui impressionneront le public médical.

### Statistiques

#### I

|                      |   |
|----------------------|---|
| En 1935, à Montréal: | Cœur, 1,500, c'est-à-dire 165 pour 100,000 +.                                   |
|                      | Reins, 1,000, c'est-à-dire 114 pour 100,000 ±.                                  |
| En 1936, " "         | Cœur, 536, c'est-à-dire 184.12 pour 100,000 du<br>1er janvier au 1er mai 1937.  |
|                      | Reins, 379, c'est-à-dire 129.94 pour 100,000 du<br>1er janvier au 1er mai 1937. |

#### II

|                           |                                  |
|---------------------------|----------------------------------|
| 1935, Province de Québec: | Cœur: décès: 3,725 — Taux 11.3%. |
| 1925, " "                 | " " 2,152 " 6.6%.                |

#### III

|                           |   |
|---------------------------|---|
| 1935, Province de Québec: | Reins: décès: 2,743 — Taux 90 pour 100,000. |
|---------------------------|---|

#### IV

|                           |  |
|---------------------------|--|
| 1935, Dominion du Canada: | Cœur: décès: 16,065 — Taux 147 pour 100,000. |
|                           | Reins: " 6,172 " 56 "                        |

Il y a donc progression ascendante.

Le taux de la mortalité par maladies du cœur et des reins a presque doublé en 10 ans.

En 1926, il était de 7.7 pour 100,000. En 1918, il est de 3.9 pour le cœur seulement.

Comme la « *maladie rhumatismale* » est une des causes les plus fréquentes des cardiopathies, il importe de s'en préoccuper davantage au double point de vue préventif et curatif.

### I. Autrefois

De Bouillaud (1835) à 1900, le « *rhumatisme articulaire aigu* » revêt une affection autonome, une « *maladie autoératique* » par opposition aux pseudo-rhumatismes infectieux.

On admettait volontiers, surtout vers 1900, et plus tard, la nature microbienne de cette maladie. Certains auteurs cherchaient à identifier un agent spécifique (Achalme, Thiroloix, Rosenthal), tandis que d'autres l'attribuaient à des germes connus, tels que le staphylocoque, le streptocoque, etc., tout en admettant l'appel incessant du terrain arthritique (Bouchard, Widal).

Au point de vue *clinique*, le rhumatisme était essentiellement *articulaire et aigu*. Les localisations articulaires représentaient « l'élé-

ment typique, indispensable de l'affection » (Castaigne). La disparition de la fièvre et du gonflement douloureux des articulations équivalait, selon eux, à une guérison jusqu'à la prochaine récurrence, surtout si le malade appartenait à la grande famille de la diathèse arthritique. Cette première crise ne conférait donc pas l'immunité.

Le cœur, en ce temps-là, portait un rude fardeau. Dans plus de la moitié des cas on constatait des lésions d'endocardite, de péricardite, réglées par les lois de coïncidence de Bouillaud, mais ces complications n'étaient pas constantes. Il n'est pas question, à cette époque, de myocardites, si rares, disait-on. Cependant, l'insuffisance cardiaque était bien connue et l'asystolie représentait l'étape ultime de cette affection. Sans se préoccuper davantage des rapports étroits qui relient l'une avec l'autre, on confondait également le rhumatisme articulaire aigu avec le rhumatisme chronique, le second dérivant du premier.

Il y avait donc, au point de vue pathogénie et évolution, beaucoup d'erreurs et de confusion si l'on tient compte des idées actuelles.

La *médication spécifique* par le *salicylate de soude*, introduite en France par Germain Sée, avait transformé l'aspect clinique de la maladie, en ce temps-là; mais la posologie n'avait pas entraîné les sanctions thérapeutiques nécessaires pour en prévenir les séquelles et mettre le malade à l'abri des complications viscérales — surtout cardiaques et pulmonaires — si redoutables à cause de leur implacable évolution. Si Bouillaud, clinicien de génie, a énoncé ses impérissables lois de coïncidence, il a envisagé le rhumatisme comme une maladie des synoviales articulaires, avec complications cardiaques, tandis que nous croyons, de plus en plus, à une maladie cardiaque et viscérale primitive avec retentissement secondaire sur les articulations. Voyons les idées actuelles.

## II. Aujourd'hui

Depuis quelques années, la « *maladie rhumatismale* » a remplacé le « *rhumatisme articulaire aigu* », dont on a profondément modifié le tableau nosographique. Ainsi, on a tracé une ligne de démarcation nette entre la maladie rhumatismale, la goutte aiguë, les rhumatismes pseudo-infectieux et certaines formes sub-aiguës de rhumatisme déformant. D'autre part, l'épreuve décisive du traitement salicylé nous a incités, après de nombreuses observations, à rattacher la maladie rhumatismale à certaines formes abarticulaires dites infectieuses ou viscérales pures dans lesquelles l'arthrite fait complètement défaut. Nous les énumérons succinctement :

- 1° *Cardiaques*: péricardites, myocardites, endocardites, pancardites.
- 2° *Pleuro-pulmonaires*: pneumonie, congestions pleuro-pulmonaires, cortico-pleurite, pleurésies.
- 3° *Intestinales*: syndrome appendiculaire.
- 4° *Cérébrales*: psycho-encéphalite.
- 5° *Pharyngées*: angines.

Ce court aperçu montre toute l'étendue de cette question. Nous pouvons, ainsi, en mieux connaître l'étiologie et la pathogénie, par conséquent instituer plus tôt un traitement préventif et curatif, but ultime de toutes les recherches poursuivies en ce moment.

Nous posons donc, comme pétition de principes de la conception actuelle de la maladie rhumatismale, les propositions suivantes :

1° Infection microbienne à germe inconnu mais spécifique, faiblement contagieuse.

2° Anatomiquement, elle est caractérisée par le nodule d'Aschoff siégeant électivement dans le myocarde. On peut le retrouver dans d'autres organes, mais il constitue l'inépuisable réservoir du virus rhumatismal (Bezangon).

3° *Au point de vue clinique*: a) les lésions cardiaques sont constantes, « la maladie est, avant tout, une cardiopathie chronique à poussées successives sur le système séreux » (Weil). Mais nous admettons que la maladie évolue, aussi, sur d'autres organes, en particulier sur le poumon; b) les arthropathies secondaires, fugaces, relèveraient plutôt d'un mécanisme protéique ou allergique du virus...

4° *Au point de vue thérapeutique*: le salicylate de soude agirait plutôt comme décongestionnant et comme antiseptique. Son action, surtout antiallergique, serait faible sur le cœur et très efficace sur les articulations.

## I. Pathogénie

### La maladie rhumatismale est-elle d'origine infectieuse?

a) **Contagion.** Tous les auteurs l'admettent en se basant sur certains faits d'observation tels que la contagiosité, surtout familiale. Nous pourrions citer un grand nombre d'auteurs français, anglais, allemands, américains et canadiens sur cette question. En voici quelques exemples personnels et inédits.

I. Il s'agit d'une femme de 32 ans, chez laquelle, tous les deux ans, à la suite d'un accouchement, apparaissent des crises cardiaques, accompagnées de gonflement des genoux et des poignets, comme on en observe dans les crises d'asystolie. Après les hésitations habituelles, on institue la médication salicylée qui provoque, rapidement, une chute de température oscillant, au bout de trois jours, entre 99° et 100° F. après avoir atteint 103 et 104°. Tout rentre dans l'ordre rapidement tandis que les crises antérieures se prolongeaient durant des semaines. C'est une cardiaque déjà ancienne. Elle a succombé plus tard d'asystolie.

II. Avant l'issue de l'une de ces crises, sa fille, âgée de 17 ans, est prise de dyspnée et d'arythmie. Elle pâlit, elle éprouve des douleurs à la gorge; on pense à la grippe. Malgré une médication appropriée, la fièvre se maintient élevée, 102°. Le quatrième jour, elle ressent des douleurs à la région lombo-sacrée; le soir du sixième jour, les articulations du cou-de-pied et du genou sont douloureuses et tuméfiées. Au cœur, léger bruit de galop, affaiblissement du premier bruit. C'est la réplique des symptômes observés chez la mère auparavant. La médication salicylée, associée au bicarbonate de soude à la dose de douze grammes par jour, fait disparaître peu à peu la fièvre et les douleurs articulaires. Nous avons prolongé le traitement salicylé et nous prescrivons, chaque mois, une petite cure préventive.

III. Un mois plus tard, un frère, 15 ans, est pris durant la nuit d'une crise d'étouffement que nous mettons sur le compte d'une laryngite striduleuse à la suite d'un bain prolongé à la rivière. Le lendemain la température s'élève rapidement, le pouls est rapide, arythmique, accompagné d'une douleur précordiale dont les irradiations nous font penser à de la névralgie intercostale. Le traitement habituel en pareil cas ne produit aucun résultat satisfaisant, lorsqu'un soir le malade se plaint du poids de ses couvertures de lit. Les deux pieds sont légèrement tuméfiés et douloureux. Nous songeons au rhumatisme, par déduction. Comme chez la sœur, la gorge est rouge, avec œdème du voile du palais et des piliers de l'amygdale. Au cœur, il y a un bruit de galop et quelques bouffées d'extrasystoles, le premier bruit est très sourd, la P. A. est basse.

Vivement impressionné par une telle coïncidence, nous prescrivons le salicylate à haute dose. Le résultat est rapide et favorable.

Voici donc quelques faits, après tant d'autres. Nous pouvons en rapporter de similaires.

Que conclure de tout ce que l'on a déjà rapporté à ce sujet? Contagion? Alors infection? La bouche ou le nez, ici, semble avoir été la porte d'entrée du germe infectieux. Depuis quand étaient-ils contaminés? A quel moment se produit cette contamination et de quelle façon?

Ces faits, et d'autres, nous incitent à songer à une infection microbienne.

Voici un autre fait, récent et inédit, du rôle que peut jouer une telle infection du rhino-pharynx:

IV. Il s'agit d'une jeune fille vivant dans un milieu excellent et dans des conditions hygiéniques parfaite. Le père est médecin, il traite fréquemment des malades atteints par la maladie rhumatismale, en particulier, ces temps derniers: deux malades atteints de rhumatisme cardiaque et un troisième d'endocardite rhumatismale compliquée d'une lésion pleuro-pulmonaire de même nature. Un jour, à la suite d'une simple promenade dans un parc, elle se plaint d'un mal de gorge avec obstruction partielle de l'arrière-nez. La gorge, le pharynx, les piliers de l'amygdale sont très rouges et tuméfiés. Aucune trace de placards jaunes blanchâtres si fréquents dans les angines pultacées ou fibrillo-spirillaires. Le voile du palais est œdématié, la luette est grosse, la déglutition est douloureuse.

Le traitement habituel des angines ne donne pas de résultat satisfaisant. La fièvre monte à 103°, le cœur bat à 120, les urines sont rares, foncées, légèrement albumineuses et contiennent quelques globules rouges. A notre grande surprise, un matin, notre malade nous annonce qu'elle a ressenti des douleurs dans les pieds et les mains accompagnées d'une légère tuméfaction du petit doigt et de la région dorsale du pied.

Cette révélation nous causa une alerte, mais, en même temps, elle nous donnait l'éveil.

En présence de ce tableau clinique, et fortement imprégné des doctrines rhumatismales, infectieuses et contagieuses, nous optons pour le diagnostic de manifestation rhumatismale en comptant sur la médication salicylée pour confirmer ou infirmer notre opinion.

Une dose de huit grammes par jour de la solution Clin fit baisser la température. Le deuxième jour elle est à 99 3/5 F., le quatrième jour à 98 4/5 F., et elle se maintient à ce chiffre depuis, avec une dose de 4, puis de 3 grammes par jour. Nous avons dû diminuer assez rapidement la dose primitive à cause d'un bourdonnement

d'oreilles assez désagréable. Mais nous avons prolongé ce traitement, à la dose de 3 grammes, durant une dizaine de jours avec l'intention de recommencer le mois prochain en exerçant une étroite surveillance sur le cœur.

On ne peut s'empêcher, dans ce cas, d'accuser l'infection d'en être la cause, et peut-être aussi la contagion d'y avoir contribué indirectement. Comme pour d'autres malades, le porteur de germes peut véhiculer la maladie.

Une *première conclusion* s'impose, croyons-nous: c'est la *contagiosité de la maladie rhumatismale*. Nous devons donc conseiller aux rhumatisants aigus de prendre les précautions usuelles en pareil cas, surtout les soins de la bouche, ainsi qu'à ceux qui les traitent ou qui les approchent. Nous pourrions, ainsi, éviter la contagion possible et les conséquences qui en résultent.

*b) Germe.* La nature du germe spécifique est encore inconnue malgré les recherches poursuivies dans tous les pays. Comme rien de précis n'a été publié jusqu'ici sur cette question, nous ferons une simple énumération des microbes qui joueraient un rôle important dans cette maladie, en y ajoutant quelques réflexions.

Streptocoque cardio-arthritis (Small et Birdham).

Streptocoque viridens (Singer).

Diverses races de streptocoques.

Staphylocoques (Loeper et Defos).

Microbes de sortie.

Bacille de Koch (ultra-virus).

Sur cette question, les uns croient que le rhumatisme tuberculeux existe — c'est notre opinion — et que la maladie rhumatismale constitue une entité distincte. Nous avons publié un travail, sur ce sujet, au Congrès de St. John, N. B., en 1934. (Bezançon, Weil, Gresset.) Les autres croient à un véritable rhumatisme aigu tuberculeux présentant tous les caractères de la maladie rhumatismale avec les complications cardiaques et la réaction franche au salicylate. Mais ils ajoutent que ce rhumatisme serait dû à un germe tuberculeux « de sortie mobilisé par le rhumatisme et non pas comme l'agent pathogène » (Paisseau, Pic, Delore, Routhier, Soulier). Ce qui veut dire que la maladie rhumatismale peut évoluer d'une façon autonome chez un tuberculeux. Enfin, on remarque que les poussées articulaires du rhumatisme ont beaucoup d'analogie avec les réactions similaires observées dans la maladie du sérum. Ils l'interprètent comme « une

manifestation de nature protéinique ou allergique plutôt que comme une localisation accidentelle du virus encore inconnu du rhumatisme diffusé à la faveur d'une septicémie ». (Bezangon, Weil, Lian.) Retenons que la maladie rhumatismale est *faiblement contagieuse*, conséquemment, *infectieuse*, quel qu'en soit le germe. D'où les précautions à prendre tant dans l'entourage que dans les fréquentations, en vue de prévenir la dissémination des germes dont la nocivité ne saurait être mise en doute.

## II. Clinique

### A. Localisations articulaires

Nous avons l'intention, dans ce chapitre, de décrire sommairement l'arthralgie rhumatismale classique, puis les arthralgies anormales tant au point de vue du siège que de l'évolution, afin d'en préciser le diagnostic et d'instituer un traitement précoce.

*a) La crise habituelle.* A la suite d'une infection angineuse ou viscérale — intestinale souvent — les articulations sont envahies les unes après les autres. Les membres sont à demi fléchis, en rotation externe et écartés du tronc, afin d'obtenir un relâchement aussi complet que possible. Les jointures sont tendues, rouges, tuméfiées, chaudes et immobiles. Le malade lui-même, pâle, est souvent crispé par la douleur, qu'il redoute, soit lorsqu'il bouge, soit lorsqu'on approche de son lit. Il est anxieux, sa peau est couverte de sueurs, car il transpire beaucoup. La température, à moins d'une action rapide, atteint un degré élevé. Les insertions tendineuses et les gaines des muscles sont fortement infiltrées et très douloureuses.

Puis, selon que le diagnostic est précoce ou tardif, le malade va mieux ou de mal en pis. La médication salicylée, à doses élevées, produit rapidement son effet. Les articulations changent d'aspect. La tension diminue, la douleur s'atténue chaque jour, la température baisse et bientôt il ne reste plus qu'un peu de raideur et d'amaigrissement local, d'amincissement plutôt, dû à une atrophie musculaire relative qui gêne la marche durant quelque temps; puis tout rentre dans l'ordre sans séquelles articulaires à moins d'une suspension trop précoce du traitement, suivie, bientôt, d'une récurrence. Certains malades accusent quelquefois des craquements dans les articulations, surtout durant les jours d'humidité, accompagnés ou non de douleurs fugaces. Dans ces cas, instituons un traitement salicylé, c'est prudent.

b) **Crises anormales:**

*Rhumatisme cervical:* Il s'agit surtout d'un *torticolis* dû à une contracture du sterno-cléido-mastoïdien: la tête est inclinée sur l'épaule, le visage tourné du côté opposé.

Est-ce une adénite, une entorse, un traumatisme, un mal de Pott? Seule la mobilité de la lésion, passant d'un point à un autre, peut nous faire songer au rhumatisme. La douleur existe, spontanée ou provoquée par des essais de mobilisation. La médication *salicylée* nous aide à faire le diagnostic, car elle fait merveille en pareil cas. On l'oublie trop souvent et on perd un temps précieux en soumettant ces malades au traitement physiothérapique, simplement palliatif. Nous pouvons rencontrer, aussi, une association *cervico-sciatique* avec signe de Lasègue et syndrome méningé, dont tous les signes s'atténuent ou disparaissent sous l'influence du traitement salicylé au bout d'une dizaine de jours. Certaines manifestations peuvent, aussi, apparaître ailleurs tout en étant de même nature: articulations du bassin, le larynx, le talon, toutes cédant au salicylate.

Il en est ainsi des *myosites*, dont la ténacité et le mouvement fébrile font penser au rhumatisme; elles se logent dans le quadriceps ou le biceps et disparaissent par la médication salicylée. La *synovite rhumatismale*, avec rougeur et gonflement, réagit de la même façon.

Un autre fait, non moins important, c'est l'existence de l'*arthrite mono-articulaire rhumatismale*, contrairement à l'opinion classique qui en fait une lésion gonococcique, dont nous connaissons la tendance à l'ankylose. La rhumatismale est fugace et légère pourvu qu'on la reconnaisse tôt.

D'autres lésions peuvent apparaître, notamment les *nodosités juxta-articulaires*, dont la prolifération conjonctive les fait considérer comme les homologues des lésions de l'endocarde. Une autre forme s'ajoute aux précédentes: le *rhumatisme chronique secondaire au rhumatisme articulaire aigu*, et que l'on compare aux lésions cardiaques évolutives à longue portée. Les lésions *synoviales fibro-séreuses* existent; on y aurait même trouvé des nodules d'Aschoff (Coombs-Van Smith). C'est l'odyssée bien connue du rhumatisme fibreux et déformant; quelquefois on observe de l'arthrite sèche. Ces formes évolutives se caractérisent par un pronostic bénin: de l'iritis, des valvulites et, dans certains cas, des poussées de rhumatisme aigu. On a dit que l'arthrite rhumatismale a un « air de famille », en touchant simultanément six à huit articulations et en guérissant au bout de 3 ou 4 jours à la suite d'injections intraveineuses quotidiennes

de 6 à 8 grammes de salicylate de soude au 1/10, administrées en deux à trois fois. « Sinon, ce ne serait pas du rhumatisme » (Lemierre).

## B. Les formes extra-articulaires de la maladie rhumatismale

I. **Cardite rhumatismale.** « Pour nous, médecins d'aujourd'hui, la notion de cardite rhumatismale nous semble quelque chose de bien défini, tant cliniquement qu'anatomiquement. » (Pichon.)

LA CLINIQUE. Celle-ci essaie d'établir les rapports qui puissent exister entre une lésion inflammatoire cardiaque actuelle et le rhumatisme ou toute autre cause immédiate ou ancienne, car l'évolution dépendra de cette relativité et du traitement qui en découle : salicylate de soude s'il s'agit d'une récurrence rhumatismale ; médication cardiaque s'il s'agit d'une défaillance mécanique avec décompensation.

1° *La péricardite.* Sèche, elle se manifeste sous la forme d'un double frottement chevauchant la révolution cardiaque. Derrière ce rideau, on peut encore entendre les sons valvulaires. Ils ne s'atténuent qu'en cas de cardite ou d'épanchement péricardique. En ce dernier cas, à la douleur précordiale gravative avec crises lypothymiques s'ajoute la position particulière du malade, courbé en avant et tenant l'oreiller dans ses bras, la seule qui lui procure un peu de soulagement et de répit. Les autres signes sont instables et diffus.

2° *La myocardite* est la lésion la plus fréquente et la plus grave, à cause de son évolution. On doit, tôt, y songer et instituer une médication spécifique et préventive contre les crises d'arythmie, avec angor et dyssystolie.

3° *L'endocardite.* Elle se révèle de bonne heure par un assourdissement des bruits, signe si bien décrit par mon maître Potain. Nous n'y avons rien ajouté depuis. Peu à peu, si on hésite quelquefois, malgré le traitement, on assiste à l'apparition d'un souffle doux, lointain, holosystolique, dû, croit-on, soit à un œdème de l'endocarde, soit à un fléchissement du myocarde (myocardite) « entraînant un défaut de serrage des canaux valvulaires » (Géraudel). Tel est, sur ce point, le fait saillant monosymptomatique.

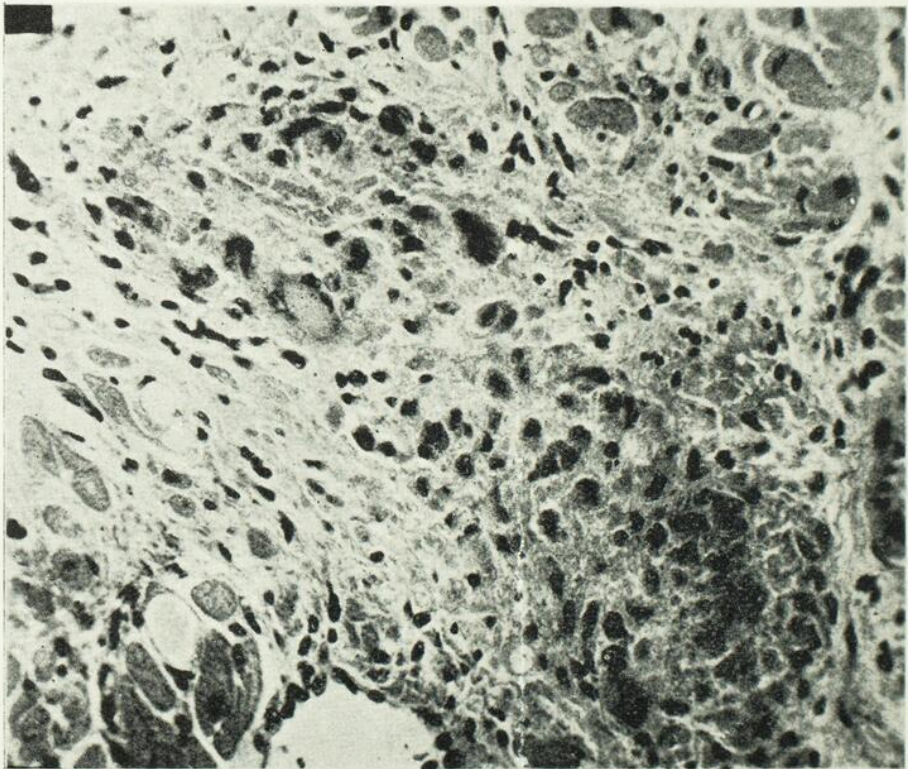
4° Nous pouvons rencontrer une autre forme : *l'endocardite maligne*, type Osler. Elle est caractérisée par de l'asthénie, une fièvre ondulante, de petites embolies, des douleurs fugaces avec gonflements discrets des petites articulations, des myalgies erratiques, de l'angine.

5° *Le rhumatisme cardiaque évolutif* est un autre aspect de cette importante question. Il est constitué par des poussées subintrantes récidivant à des intervalles plus ou moins rapprochés et se révélant, soit par des signes articulaires, soit par des signes cardiaques : hyposystolie, cardiomégalie, signes angineux, foie douloureux et débordant, selles impérieuses, etc. C'est le syndrome cardio-hépatique de Nobécourt. Ces signes peuvent se compliquer de congestion pulmonaire par hypostase, ou d'infarctus par embolie coronarienne, dont le pronostic est très sombre. Le pronostic général dépend surtout de l'âge et de la durée des crises antérieures.

### III. Anatomie pathologique

*L'anatomie pathologique* de ces lésions mérite toute notre attention car jamais, auparavant, on n'a poussé aussi loin l'étude de ce processus anatomique.

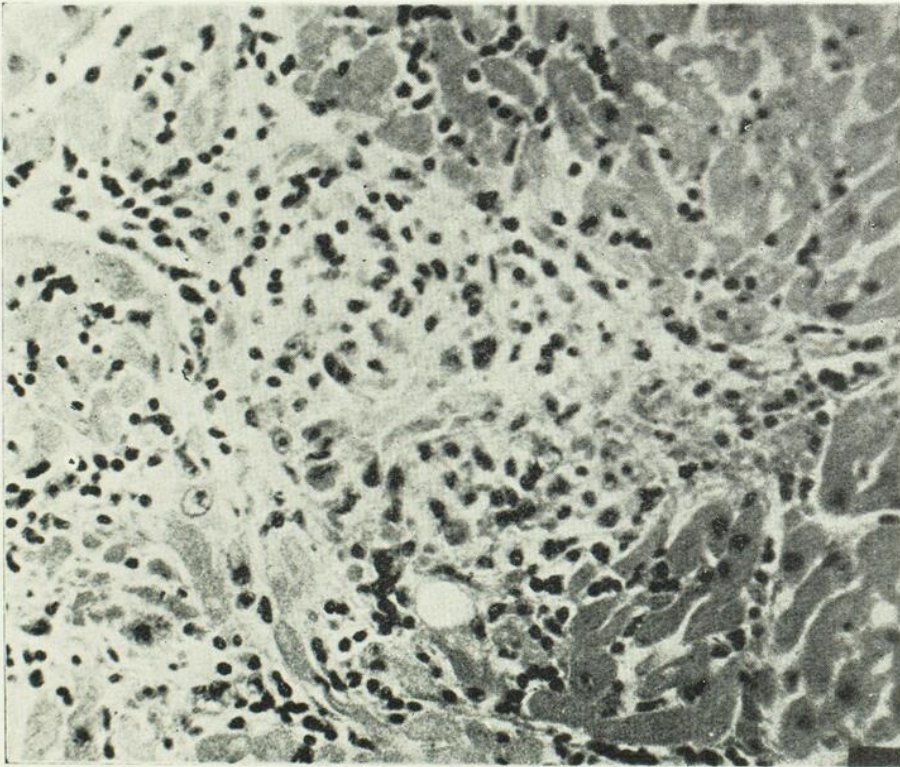
a) Dans *l'endocardite* rhumatismale, il s'agit d'une lésion torpide fibro-plastique constituée par un « afflux leucocytaire » ; ce sont des



Nodule d'Aschoff (P. Masson).

élevures qui grossissent et se revêtent de fibrine. Cet exsudat est colonisé par des cellules qui s'y métaplasient en cellules conjonctives allongées et qui le fixent. Les végétations ainsi constituées sont consistantes, de dimensions toujours modérées. Elles sont bien différentes des végétations en chou-fleur, molles et friables, de l'endocardite aiguë « végétante » (Pichon). Ce qui la distingue de l'endocardite secondaire simple, c'est le siège de la lésion située, chez celle-ci, dans les parois du cœur, tandis que dans l'endocardite rhumatismale elle siège à une petite distance du *bout de la valvule* sous la forme « d'un collier de petites élevures arrondies d'un blanc nacré, appelée efflorescence perlée » (Pichon).

b) *La myocardite* présente des lésions admises, aujourd'hui, comme caractéristiques de la maladie rhumatismale: le *nodule d'Aschoff*. En voici la description, d'après mon éminent collègue le professeur Pierre Masson, de l'Université de Montréal: « Un nodule d'Aschoff typique, dit-il, est une petite lésion nodulaire située dans le tissu interstitiel du myocarde, et qui comporte les éléments



Nodule d'Aschoff (P. Masson).

suivants: au centre, un foyer nécrotique constitué par des vaisseaux congestifs hyalinisés; autour, une zone d'infiltration macrophagique plus ou moins large, les macrophages présentant un noyau de structure particulière, centrée par un gros nucléole arrondi qui l'a fait comparer à un œil de hibou. Souvent, quelques-uns de ces macrophages sont à deux ou trois noyaux, ressemblant à une cellule géante. Tout autour, une infiltration plus ou moins considérable de polynucléaires et éosinophiles, et enfin, tout en bordure, le myocarde présente quelques fibres musculaires dégénérées. En se cicatrisant chaque nodule laisse une petite cicatrice.» (P. Masson.)

Ces nodules sont situés dans le grand axe des fibres intramyocardiques et ils sont constitués par de grandes cellules irrégulières à protoplasme sombre dont le noyau se distingue assez mal.

Ces nodules se résorbent-ils? Laissent-ils des cicatrices? Quel rôle celles-ci exercent-elles dans les crises de myocardisme ultérieur? Est-ce une parésie secondaire du muscle cardiaque? Nous arrêtons là nos hypothèses. De plus avisés que nous le démontreront.

---

**II. Les formes pleuro-pulmonaires rhumatismales.** Elles existent, mais on ne les associe pas toujours au rhumatisme. Il y a donc, là, de nombreuses causes d'erreurs. Pourquoi? Parce que la lésion articulaire initiale n'existe pas, le plus souvent, dans les formes viscérales. La notion de maladie rhumatismale, de *rhumatisme abarticulaire*, n'est pas encore suffisamment répandue.

1° *Au point de vue clinique*, elles évoluent comme des pleuro-pneumonies, mais plus discrètement, plus lentement. Elles s'accompagnent, aussi, d'atélectasie et la respiration, silencieuse ou voilée de quelques frottements, râles, est longue à réapparaître; on dirait que le parenchyme est bourré de ouate ou encombré d'une gangue imperméable à l'air.

La matité jointe, quelquefois, à un léger souffle expiratoire, avec abolition des vibrations, indique la présence de liquide. Les autres signes ne diffèrent pas de ceux que l'on connaît déjà. Seule, la médication salicylée révèle la nature rhumatismale de la lésion.

Ajoutons, aussi, qu'une endo-myocardite peut s'associer à cette pleurésie et en prolonger l'évolution.

Nous en avons observé un cas récemment.

2<sup>o</sup> *Au point de vue anatomo-pathologique*, cette question du rhumatisme pleuro-pulmonaire suscite le plus haut intérêt. De tous les travaux qui ont été publiés sur ce sujet, le plus important, à cause de sa nouveauté et de sa précision, c'est celui du professeur Pierre Masson et de ses deux assistants, MM. J.-L. Riopelle et P. Martin, sur « le poumon rhumatismal » (1).



Fig. 1. — *Lésion pseudomembraneuse. Région corticale du poumon.*

Coupe oblique d'un canal alvéolaire tapissé par une fausse membrane d'hyaline. Le côté gauche de cette fausse membrane contient quelques noyaux. En bas, ils se continuent avec un lambeau d'épithélium bronchiolique. La fausse membrane adhère aux cadres élastiques des orifices alvéolaires et oblitère ceux-ci. Sa face interne est nette. Sa face externe, plus floue, se continue avec l'exsudat fibrineux ou fibrino-cellulaire qui remplit les alvéoles.

Il s'agit de 13 observations de rhumatisme évolutif, relevées chez des enfants de 4 à 12 ans, et une de 19 ans, où la constatation de *nodules d'Aschoff myocardiques* leur a fourni, chaque fois, « la preuve d'une infection rhumatismale en activité ». Nous savons, en

(1) Nous empruntons à ce mémoire les renseignements qui vont suivre et les dessins qui les accompagnent. Nous remercions les auteurs de leur autorisation. — A. L.

effet, la fréquence habituelle du rhumatisme viscéral chez les enfants, qui succombent à la suite de lésions cardiaques aiguës, tandis que ce sont des cardiopathies anciennes qui emportent les adultes. Les lésions pulmonaires, selon eux, semblent « l'apanage du rhumatisme viscéral malin, précocement mortel et particulièrement fréquent dans l'enfance ».



Fig. 2. — *Lésion végétante. Région profonde du poumon.*

Coupe longitudinale d'une bronchiole terminale et d'un acinus. Bronchiole terminale intacte. Canal alvéolaire présentant, dans sa région proximale, une couenne, et rempli dans sa région distale par un bouchon conjonctif lâche. Celui-ci adhère aux cadres élastiques des alvéoles. Ceux-ci sont entièrement collabés.

Tout autour, le parenchyme respiratoire dense, à demi-collabé, présente des cavités alvéolaires réduites et remplies de cellules desquamées. On y distingue, à droite, un; à gauche, trois bouchons conjonctifs lâches coupés sous diverses incidences.

Ce qui caractérise cette forme pulmonaire, c'est l'évolution souvent rapide: de onze jours à trois mois, nous y voyons des foyers d'apoplexie, de l'atélectasie, des épanchements fibrino-hémorragiques et séro-albumineux, des foyers d'alvéolite leucocytaire et des bronchio-lites ulcéreuses, des thromboses multiples, petites et récentes, des

endophlébites et des endartérites, enfin, ce que ces auteurs appellent des « couennes », lésion type qu'ils décrivent.

*Au point de vue macroscopique*, tous les poumons sont « d'une étroite similitude ». Ils sont lourds et leur poids dépasse souvent le double de la normale, dépressibles et d'une grande élasticité. « La surface de coupe apparaît humide et brillante, mais ne donne pas issue à un liquide d'œdème. Elle est lisse, ferme, et les mailles du parenchyme sont occupées par un *exsudat gélatineux*, non ruisselant

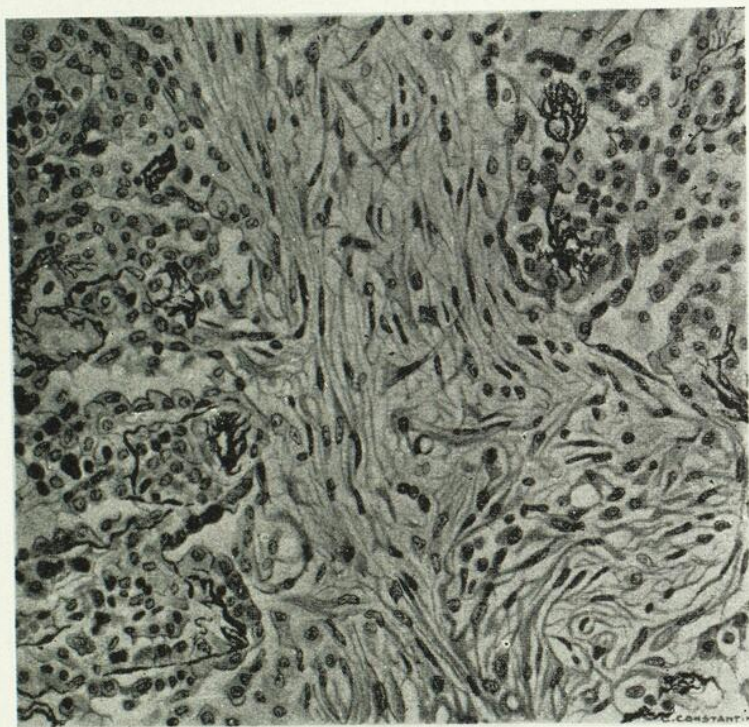


Fig. 3. — Portion du bourgeon de la figure précédente, grossi.

Il est formé de cellules conjonctives jeunes. A gauche et en haut, il adhère aux éperons alvéolaires dont l'épithélium a disparu. A gauche et en bas, l'épithélium est encore présent: sur le bourgeon non adhérent, des cellules esquissent un revêtement, que l'on retrouve plus évolué en haut et à droite.

et translucide, piqué çà et là de points ecchymotiques plus ou moins volumineux... Les bronches sont intactes, etc... »

*Au point de vue microscopique*, les auteurs ont borné leur étude aux lésions pseudo-membraneuses et végétantes et aux *infiltrations pneumoniques*. a) Intégrité des bronches; seules les bronchioles sont encombrées d'un exsudat basophile régénératif. Leur paroi est intacte.

b) Les alvéoles sont épaissies, congestionnées et « pourvues d'un feutrage conjonctif plus grossier que normalement »... « une atelectasie partielle accentue l'épaississement de la trame pulmonaire et rétrécit les cavités acineuses »... On y voit, d'une part, « des lésions d'alvéolite œdémateuse, catarrhale, séro-fibrineuse... et des foyers fibrino-hémorragiques »...

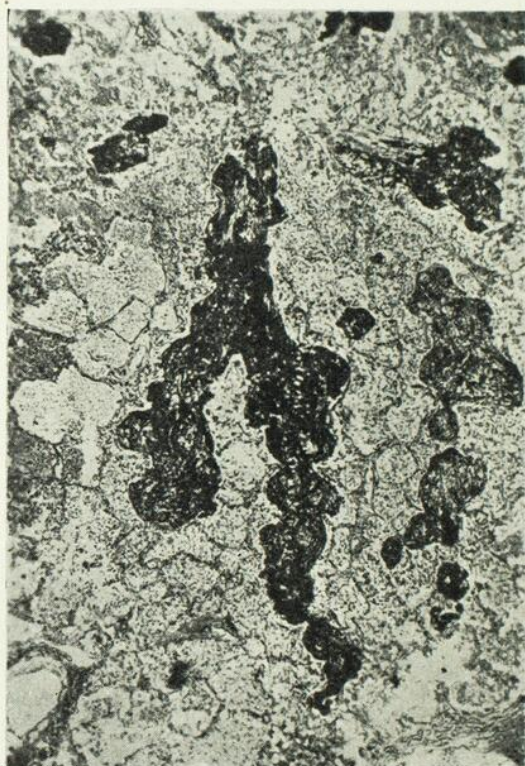


Fig. 4. — *Lésion végétante. Début.*

Volumineux bouchon fibrino-hyalin remplissant le canal alvéolaire d'un acinus et ramifié comme lui. Ce caillot est moniliforme. Ses saillies répondent aux cavités alvéolaires et les remplissent incomplètement. Ses régions rétrécies répondent aux orifices alvéolaires et adhèrent à leur rebord saillant dans le canal alvéolaire. Ce bouchon est déjà envahi par des cellules conjonctives, surtout dans sa région proximale. Partout, alvéolite catarrhale. A gauche et surtout à droite, on distingue d'autres bouchons fibrineux coupés transversalement ou obliquement.

D'autre part, dans un autre groupe, on y voit un épanchement séro-albumineux pourvu en fibrine mais encombré de cellules alvéolaires... dont le protoplasme est criblé de gouttelettes grasses ou de granulations hyalines...

*Pseudo-membrane, couenne.* « Elle est formée par une substance anhiste, homogène, d'aspect vitreux... un enduit d'épaisseur variable, tapissant, dans toute leur longueur, les canaux alvéolaires... Par sa surface externe, elle adhère aux éperons et ne s'infléchit que légèrement dans les niches alvéolaires... elle les oblitère sans les combler. »

*Végétations.* Ce sont « des bourgeons d'aspect clair formés de tissu conjonctif jeune, à la fois œdémateux et fibrillaire riche en fibroblastes... ils ont la forme cylindroïde et les dimensions des canaux

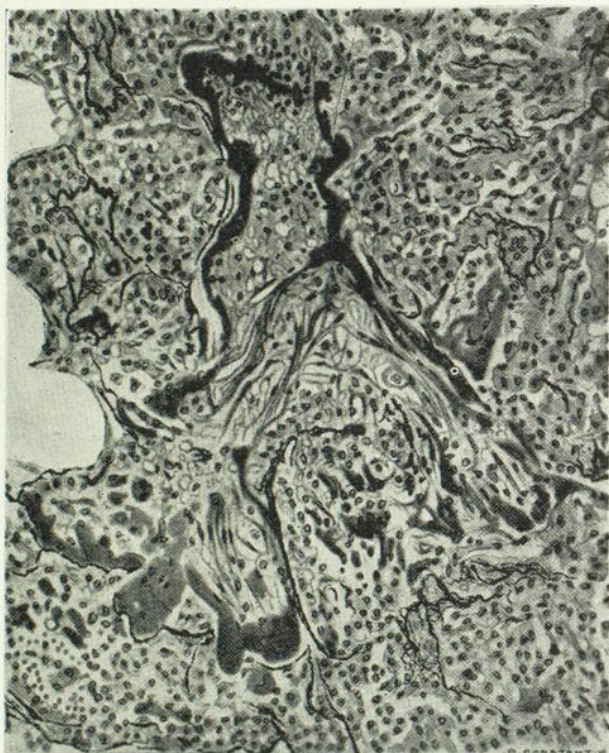


Fig. 5. — *Organisation plus avancée d'un bouchon fibrino-hyalin.*

En bordure, couenne hyaline entourant le bouchon conjonctif. A gauche, canal alvéolaire libre et aéré. Ailleurs, alvéoles remplies par un exsudat très riche en cellules mononucléées.

alvéolaires... ils possèdent de multiples adhérences avec les éperons alvéolaires... et avec le tissu conjonctif des bronchioles terminales... ils bouchent l'orifice des alvéoles... peu à peu, ils se sclérosent et deviennent solidaires de la trame pulmonaire. Ils gênent et compromettent la ventilation des alvéoles en s'entourant d'une zone atélectasique importante »...

Ce court aperçu de l'histogénèse du poumon rhumatismal suffit, croyons-nous, pour en montrer toute l'importance. Il faut lire en entier ce mémoire. Voici l'une de leurs conclusions :

« Quoi qu'il en soit, la pneumopathie que nous venons de décrire nous semble répondre à une entité anatomique précise. Elle possède avec le rhumatisme articulaire aigu des relations étiologiques certaines... Si l'on songe à l'extrême extension que prennent parfois



Fig. 6. — *Sclérose et rétraction d'un bouchon conjonctif.*

Coupe transversale passant par deux ramifications d'un même bouchon. Le bouchon est pauvre en cellules, riches en fibres collagènes. Entre ses deux branches, qui adhèrent encore au rebord des orifices alvéolaires, on voit un groupe d'alvéoles à demi collabés et remplis d'exsudat. Sa face externe, libre, est couverte par des cellules plates qui bordent les canaux alvéolaires, partiellement déployés et remplis d'air.

ces lésions, on ne saurait douter qu'elles jouent un rôle important, voire décisif, dans l'évolution intime de la maladie de Bouillaud. »

Ce que nous pouvons retenir, aujourd'hui, des travaux publiés sur les altérations spécifiques de la maladie rhumatismale peut se résumer en quelques phrases :

1° Selon Aschoff lui-même, cité par Debré (*Presse Médicale*, 20 jan. 1937, p. 276) : « Les lésions nodulaires observées ou expérimentalement réalisées en dehors du rhumatisme articulaire aigu n'ont pas les caractères nets du follicule découvert par lui ; elles peuvent et doivent en être distinguées. En dehors du *rhumatisme articulaire aigu* on ne distingue pas de follicule d'Aschoff légitime. Il semble donc que la lésion folliculaire nécrotique vue par cet auteur soit bien spécifique, de même que les infiltrats nécrotiques observés dans différents organes, en particulier dans le poumon. »

Avec le professeur Masson, dont les travaux viennent de paraître sur cette question, Debré et ses collaborateurs, dans l'article auquel nous référons, nous pouvons admettre que la lésion anatomique *spécifique* du poumon *rhumatismal* consiste dans une *nécrose fibroïde, annulaire, des parois alvéolaires et bronchiolaires* (couenne).

#### IV. Traitement de la maladie rhumatismale

Dans les chapitres précédents, nous avons étudié surtout la spécificité du *rhumatisme aigu* et les signes qui le caractérisent aux points de vue clinique, évolutif, anatomique. Nous avons convenu, dès lors, c'est du moins notre opinion, en nous basant sur les nombreuses recherches poursuivies dans tous les pays, que cette maladie est autant *viscérale* qu'*articulaire*, conséquemment qu'elle doit être désignée sous le nom de « maladie rhumatismale ».

Dans ce dernier chapitre, consacré au traitement, nous continuerons l'étude de la spécificité de cette affection au point de vue médication, en recherchant l'action du *salicylate de soude*, sa posologie et les directives utiles à suivre dans la thérapeutique de cette maladie, si grave dans son évolution et ses séquelles selon qu'elle est bien ou mal appliquée.

Nous passerons en revue les opinions des diverses Ecoles ; nous dirons ce que l'observation nous a démontré et nous proposerons une méthode simplifiée de traitement, d'un emploi facile, surtout dans les districts ruraux où cette maladie est fréquente et les soins pas toujours adéquats. Nous dirons peu de chose des précautions hygiéniques et des cures aux stations thermales, pour nous attarder davantage sur la diète et le *salicylate de soude, médication spécifique* de la *maladie rhumatismale*.

a) **Le choix.** En premier lieu, on doit choisir un produit *chimiquement pur*, c'est-à-dire d'une grande activité et d'une tolérance

parfaite. « Il faut rejeter *tout salicylate non cristallisé, violacé et gris, à réaction acide* » (Caussade et Tardieu). Au point de vue chimique, c'est l'*acide salicylique* qui est l'agent antirhumatismal le plus énergique. « Mais ses propriétés caustiques sur les muqueuses digestives en interdisent l'emploi. » On doit donc s'adresser à ses dérivés les plus proches: le *salicylate de méthyle* et le *salicylate de soude*, à cause de leur teneur en acide salicylique.

*b) La tolérance.* Le premier s'emploie en applications cutanées parce qu'il est trop irritant pour les muqueuses. Le second s'administre par la bouche, en injections intraveineuses, ou autrement.

L'*ingestion* est plus pratique, mais il s'agit de lui associer certains adjuvants alcalins qui neutralisent l'excès d'acide salicylique en excès dans le sang. Cette acidité médicamenteuse serait aggravée d'une acidose rhumatismale (Lees) due à la transformation du salicylate en acide salicylique au niveau des insertions tendineuses péri-articulaires (Carnot, Jacoby). En vue de prévenir ces accidents d'intolérance qui peuvent faire échouer le traitement, on associe un alcalin, le *bicarbonate de soude*, à des *doses doubles de celles du salicylate de soude*. On peut contrôler l'alcalinisation par la réaction alcaline des urines par le papier tournesol. En cas d'œdème, dit de Fatta, on remplace le bicarbonate de soude par la *craie préparée*.

*c) Le mode.* Les doses doivent être diluées dans une assez grande quantité d'eau, administrées environ une heure après la prise d'aliments et suivies d'une petite quantité de lait. On doit, aussi, les espacer et les fractionner, pour deux raisons: prévenir le délire salicylé dû à une mauvaise répartition des doses, et maintenir dans l'organisme une quantité constante de salicylate qui s'élimine très vite. On a montré que, vingt minutes après l'ingestion de 1 gramme du médicament, on note son passage dans l'urine; on ajoute, même, que le bicarbonate de soude accélère davantage son élimination (Feser et Friedberger). On doit donc répartir les doses, jour et nuit, afin que le sang et les espaces lacunaires soient constamment en puissance de la médication salicylée, surtout durant la crise aiguë.

*d) Les voies.*

1) *Digestive.* C'est la plus commode et la plus pratique pourvu que la tolérance soit bonne et prolongée en vue d'une action efficace.

Quelle est la meilleure formule? La plus simple, c'est-à-dire la plus agréable au malade, si cette métaphore est permise!...

A la ville, nous le prescrivons en solution :

|  |            |
|--|------------|
| Salicylate de soude chimiquement pur . . . . .                       | 30 grammes |
| Bicarbonate de soude . . . . .                                       | 60 “       |
| Lactose . . . . .  | 10 “       |
| Sirop de framboises, ou simple, ou écor. oranges<br>amères . . . . . | 50 c.c.    |
| Eau bouillie ou distillée . . . . .                                  | 100 “      |

Une cuillerée à thé contient 1 gramme de salicylate  
et 2 grammes de bicarbonate.

Durant la crise aiguë, au début, donnons de hautes doses; c'est le seul gage de succès possible tant contre l'évolution que contre les complications.

2) *Hypodermique*. On l'a préconisée en y associant un anesthésique local. C'est une mauvaise méthode, douloureuse, s'accompagnant d'une réaction assez vive dans la plupart des cas, et inefficace, selon nous, à cause de l'insuffisance des doses et de la répétition incessante des piqûres. Nous l'avons mise à l'essai localement, dans certains cas rares de rhumatisme articulaire où la tuméfaction locale semblait s'accroître, se prolonger ou évoluer avec lenteur malgré l'intensité du traitement général. Ce serait donc plutôt une médication locale ou intra-articulaire, selon le cas.

3) *Intraveineuse*. Elle a des indications précises et présente des avantages réels; elle est effectuée par le médecin, c'est une garantie de précision anatomique, car si l'injection n'est pas strictement intraveineuse, la pénétration du médicament est très douloureuse et peut provoquer une escarre à cause de la minceur des coussins celluloadipeux.

Il y a un autre avantage: nous avons la certitude que le médicament est absorbé en totalité; or, comme son action, dans les veines, est 5 à 10 fois plus forte que par ingestion, parce qu'elle s'exerce *in situ*, sur les lésions elles-mêmes, et que son élimination est beaucoup plus longue que par les autres voies, — ce qui semble paradoxal — on en comprend mieux l'importance, pourvu qu'on ne suspende pas la voie *per os*. Quant au retard de l'élimination, on peut supposer que la forte imprégnation des tissus retient plus longtemps la molécule sodique dont les dyssymétries moléculaires posent encore tant de problèmes à résoudre.

Cette méthode a aussi des inconvénients. Après l'escarre cutanée possible, si l'aiguille erre en dehors de la veine, il y a la veine elle-même qui peut s'oblitérer à cause du grand nombre des injections,

si bien que, souvent, on doit les suspendre. L'oblitération peut devenir permanente. Pour prévenir ces accidents il faut, ou aspirer une petite quantité de sang qui se mélange à la solution, ou faire suivre l'injection d'une petite quantité d'eau bouillie ou distillée qui refoule dans la veine les molécules de sodium incrustées dans les lèvres de la piqûre veineuse.

La piqûre intraveineuse fait merveille au début de l'endocardite, à sa période soi-disant œdémateuse, car sur l'endocardite ancienne elle n'exerce aucune action.

4) *Rectale*. C'est une méthode complémentaire des précédentes, conséquemment de transition ou d'attente; mais elle est commode et active, quand elle est tolérable. Il y a certaines précautions à prendre: 1° un lavement évacuant; c'est laborieux pour un rhumatisant articulaire dont les moindres mouvements provoquent de vives douleurs, mais quand c'est possible c'est profitable. 2° Si on veut favoriser la tolérance et l'absorption du médicament, le *lavement salicylé* devra être d'un volume restreint, 100 c.c. tout au plus. Méthode complémentaire, avons-nous dit, mais utile comme traitement de fond après la crise lorsque le malade refuse d'ingérer plus longtemps un remède qui lui répugne, à la longue. 3° Une autre pratique assez répandue, c'est le « goutte à goutte ». On l'emploie partout, à la campagne comme à la ville et les malades le tolèrent bien, habituellement. Il offre un autre avantage: l'absorption du médicament la nuit; on évite ainsi de réveiller le malade pour la prise régulière. Cela a, aussi, une importance: le sommeil est indispensable en de tels moments. 4° Enfin, il y a, aussi, les *suppositoires*, dont on a vanté les bons effets, en particulier dans la pneumonie. Serait-ce, sans s'en douter, le hasard d'une manifestation pulmonaire rhumatismale qui en eût souligné les résultats favorables? C'est, évidemment, une autre méthode complémentaire peu sûre et insuffisante. Nous ignorons, chaque fois, la dose véritable absorbée, car fréquemment le malade laisse fuser dans les draps des doses utiles dont on escompte, mais en vain, l'action bienfaisante.

e) **Posologie**. Reprenons, de nouveau, la même question sous une autre forme: *la dose*, quelle que soit la voie adoptée.

En premier lieu, posons le principe suivant: *dose suffisante et prolongée*.

*Per os*. Les doses peuvent varier de 10 à 25 grammes par 24 heures, sans interruption et suffisamment diluées afin de protéger la muqueuse de l'estomac et d'obtenir une saturation satisfaisante.

Voici une seule formule que l'on peut varier selon son goût ou plutôt celui du malade :

|   |            |
|---|------------|
| Salicylate de soude chimiquement pur . . . . .    | 30 grammes |
| Bicarbonate de soude . . . . .                    | 60 "       |
| Lactose . . . . .                                 | 10 "       |
| Sirop de framboises ou sirop simple, etc. . . . . | 50 c.c.    |
| Eau distillée ou bouillie . . . . .               | 100 "      |

Une cuillerée à thé contient 1 gramme de salicylate et 2 grammes de bicarbonate.

f) **Dose.** Une cuillerée à thé diluée dans un demi-verre d'eau de Vichy, toutes les heures, suivie, aussitôt, d'une tasse de lait, de café ou de tisane.

1) *Per os.* Selon la gravité de la maladie, on augmente les doses de 12 à 25 grammes en multipliant le nombre des cuillerées à thé. La méthode est d'une grande simplicité... pourvu que le malade s'y prête. Le médecin appréciera lui-même les doses utiles dans chaque cas en tenant compte de l'âge, du poids et autres incidents. La tolérance est moins bonne chez la femme; en cas de grossesse, on doit être prudent.

Chez l'enfant, la tolérance est plus grande que chez l'adulte; d'autre part, la crise y est plus grave. On doit donc donner des doses élevées: 7, 8, 10, même 15 grammes par jour (Danielopolu).

2) *Intraveineuse.* Ce sont des solutions diluées à 5 ou 10% de salicylate de soude et glucosées à 3% (Carnot-Benard-Bureau-Rosenthal).

En cas d'endocardite au début, on peut injecter 2 à 4 grammes par jour, en deux injections quotidiennes. C'est une pratique que nous employons, associée à la méthode *per os*. On a conseillé le fractionnement des doses, mais il n'y a aucun intérêt à agir ainsi à cause des inconvénients des piqûres, que nous avons relatés plus haut.

3) *Rectale.* La dose que l'on peut administrer n'est pas très élevée, tout au plus 3 à 5 grammes par jour, en deux prises:

|                                   |            |
|-----------------------------------|------------|
| Salicylate de soude . . . . .     | 2 grammes  |
| Bicarbonate de soude . . . . .    | 4 "        |
| Sérum salé isotonique } . . . . . | 100 c.c.   |
| Eau bouillie                      |            |
| Glucose à 47 o/oo                 |            |
| Laudanum . . . . .                | 15 gouttes |

Précédée d'un lavement évacuateur et introduite une demi-heure après évacuation, le malade couché sur le côté droit, si possible, en se servant du tube rectal préalablement introduit afin d'évacuer les gaz et déposer le liquide dans le cæco-côlon, qui offre une excellente surface d'absorption.

4) *Le « goutte à goutte »* (Murphy's). C'est la solution salée isotonique et glucosée à 47 o/oo, que nous connaissons, à laquelle nous ajoutons le salicylate et le bicarbonate à la dose prescrite. Matin et soir on fait absorber 10, 15 ou 20 grammes dans 500 c.c. de liquide.

5) *Le suppositoire* est employé selon la formule suivante :

|                               |           |
|-------------------------------|-----------|
| Salicylate de soude . . . . . | 1 gramme  |
| Beurre de cacao . . . . .     | 3 grammes |
| Ext. thébaïque . . . . .      | Q. S.     |

Telle est la posologie habituelle du salicylate de soude.

## V. Le traitement médical de la maladie rhumatismale

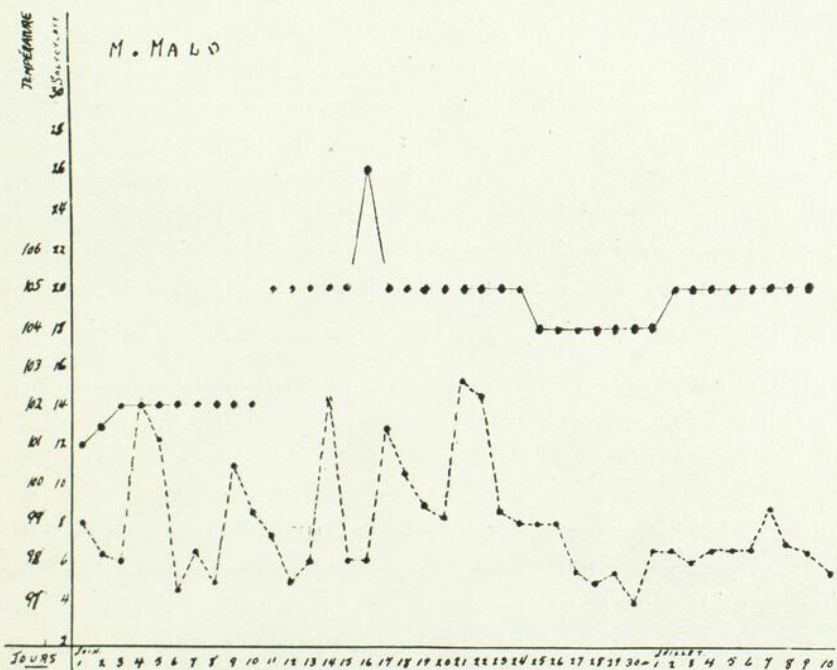
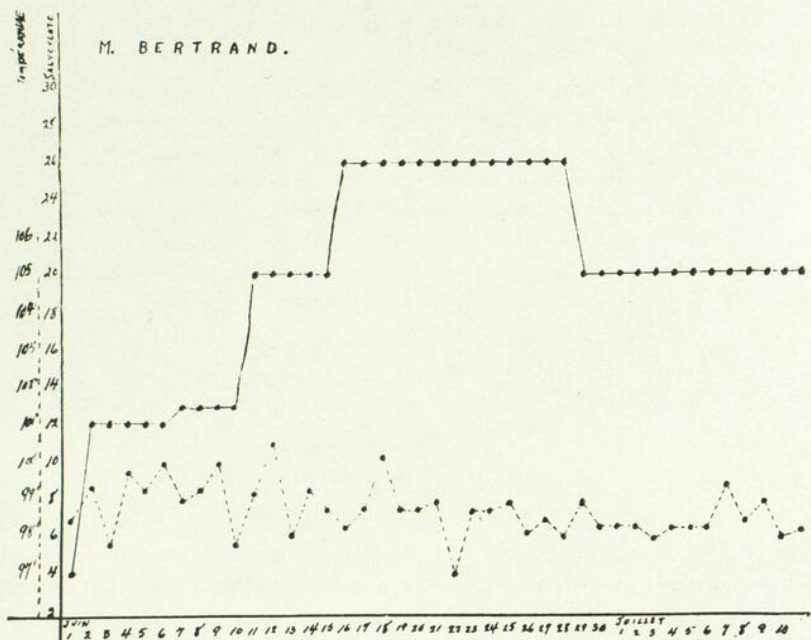
1° **Cas léger ou moyen.** Deux méthodes s'affrontent; nous les citons d'abord :

- *La première* recommande un traitement progressif et prolongé : 8 grammes par jour durant 48 heures.

Augmenter de 1 à 2 grammes par jour pour atteindre les doses de 15, 18 à 25 grammes jusqu'à disparition de la fièvre, des arthrites ou des lésions viscérales au début. A ce moment, on diminue progressivement de 1 à 2 grammes par jour, quitte à récidiver si la maladie en fait autant. La durée du traitement est de 45 jours (Danielopolu).

*La seconde* préconise d'emblée une dose forte : 15 à 20 grammes par jour en augmentant de 1 à 2 grammes par jour et en maintenant ce « plafond » durant 3 à 4 jours si possible. Si la crise est jugulée, on diminue progressivement tous les deux ou trois jours en veillant. Si la guérison se poursuit sans retours on prolonge la cure pendant un à deux mois à la dose de 4 à 6 grammes par jour (Pilod-Weisenbach).

Cette méthode est celle que nous préconisons depuis longtemps. Elle nous a donné des résultats très satisfaisants, et, dans certains cas, surprenants. La guérison est marquée par une crise d'hypothermie, de la polyurie et de la bradycardie.



Voici deux graphiques de malades traités par nous en juin et juillet et qui ont pu tolérer durant longtemps des doses élevées, sans accidents, ni même d'incidents, en combinant les méthodes *per os*, intraveineuse et par

entéroclyse. La température a baissé de jour en jour, les douleurs articulaires ont rétrogradé et les signes d'endocardite se sont atténués jusqu'à leur disparition complète chez l'un d'entre eux, plus jeune. C'était sa première crise. Le second, plus âgé, évolua plus lentement — c'était sa troisième crise — mais il récupéra tous ses mouvements. Seule persiste une lésion de sténose ancienne, mais l'insuffisance cardiaque du début a disparu.

Chez ces deux malades, nous croyons que seules les doses élevées progressivement ont pu faire baisser la température et prévenir ainsi des accidents plus graves faciles à prévoir à cause de la ténacité des symptômes. Si nous n'avions pas osé, nous aurions subi un échec.

*L'évolution dépend*, souvent, du médecin qui craint d'augmenter les doses, même jusqu'à l'intolérance, à cause d'accidents éventuels qu'on doit attribuer plutôt à la maladie qu'à la médication.

*La troisième* consiste dans l'administration discontinuée du salicylate de soude, c'est-à-dire la suspension pendant trois à quatre jours, puis la reprise, dans les cas où la guérison est traînante et dans les formes sévères chez les adolescents ou les adultes dépassant 30 ans. Voici cette méthode: le malade ingère une potion contenant 14 à 16 grammes de salicylate, associé au bicarbonate, dans l'espace de 3 à 4 heures. On suspend durant trois à quatre jours jusqu'à ce qu'il n'y ait plus traces de salicylate dans les urines, au tournesol, soit 10 à 12 jours, puis on répète la même dose massive (Marfan, Grenet, Pellisson). Ces auteurs, malgré leur confiance dans leur mode de traitement, ont rapporté deux échecs sur quatre.

Nous doutons fort de son efficacité, car l'organisme, d'abord saturé, élimine rapidement les quantités indispensables pour prévenir ou juguler les complications graves observées en pareil cas.

Nous croyons que cette méthode n'est ni pratique ni efficace en pareilles circonstances.

**2° Cas grave.** La gravité de la crise rhumatismale repose surtout sur les déterminations viscérales, accompagnées d'une fièvre élevée et d'une atteinte profonde de l'état général. Mentionnons surtout les complications cardiaques et pulmonaires. Dans ces cas, on doit donner, d'emblée, 25 à 30 grammes par jour en employant les différentes méthodes énumérées plus haut car, à ces doses, l'estomac devient rapidement intolérant.

Nous procédons de la manière suivante:

*Per os*: 15 grammes par jour.

*Veineuse*: 6 grammes par jour en 2 ou 3 piqûres.

*Rectale*: 4 grammes en 2 lavements.

Si la maladie résiste, nous remplaçons le *per os*, la nuit, par le « goutte à goutte ». Il s'agit, en pareil cas, d'agir promptement et pour un temps assez court.

Lorsque la maladie semble regresser, savoir, la réapparition plus nette des bruits du cœur en cas d'endocardite, ou la disparition du bruit de frottement en cas de péricardite, ou encore la disparition de la matité pulmonaire, le retour de la respiration derrière le voile discret de la pleuro-pneumonie, la chute de la température, le rythme moins accéléré du pouls et de la respiration, on diminue les doses progressivement, avec prudence, en exerçant un contrôle attentif sur tous les organes intéressés. Mais on doit, quand même, continuer le salicylate durant au moins deux ou trois mois à des doses variant de 4 à 6 grammes selon les cas. C'est une question d'opportunité et de jugement de la part du médecin.

#### Les accidents de la médication salicylée

- 1) *Troubles auditifs*: bourdonnements d'oreilles, hypoacousie.
- 2) *Troubles digestifs*: nausées, renvois, sensation de brûlure gastrique avec ou sans vomissements et diarrhée.
- 3) *Troubles nerveux*: délire, crampes, oligurie, chute de température, disparition des douleurs articulaires, dyspnée, coma, mort. Tous ces accidents peuvent provenir d'une ancienne lésion rénale ignorée, accidents que l'on peut prévoir et prévenir, quelquefois, sinon guérir.

4) *Troubles cardiaques*. On a longtemps accusé le salicylate d'exercer une action nocive sur le myocarde. « Nous regardons comme nulle la nocivité du salicylate sur le myocarde » (Ribierre et Pichon). Nous sommes de cet avis depuis que nous connaissons mieux la myocardite rhumatismale et que l'anatomie pathologique nous a révélé, dans les mailles fibrillaires du myocarde, la présence du nodule d'Aschoff qui y foisonne dans un grand nombre de cas, tels ceux rapportés dans un travail tout récent publié par le professeur Pierre Masson et ses élèves Riopelle et Martin, de Montréal.

Cette lésion anatomique peut provoquer des troubles du rythme dont la gravité n'est pas douteuse. Nous les énumérons simplement car leur traitement relève de la cardiologie pure à côté de la médication salicylée spécifique. Ce sont: l'arythmie extra-systolique ou en rythme couplé. Dans ce cas il vaut mieux « interrompre le traitement salicylé ou remplacer le bicarbonate de soude (Danielopolu) par le *carbonate*

*de calcium* (Keersmackers), et on appliquera en permanence une vessie de glace sur la région précordiale. » Cette complication entraîne un séjour au lit plus prolongé et une surveillance étroite durant de longs mois.

Nous pouvons dire la même chose de la *pleuro-pneumonie*. Le traitement spécifique ne dispense d'aucun des soins habituels dans les cas ordinaires. Nous passons.

#### VI. Traitement diététique

Je passe rapidement sur la diète liquide: lait, etc., et les jus de fruits.

Surveillons aussi le rein, mais que l'albumine ne soit pas un épouvantail, surtout si l'urée dans le sang se maintient à un taux raisonnable.

#### VII. Traitement local

Nous terminerons ce chapitre en un bref rappel du traitement articulaire local: application de salicylate de méthyle, pansement humide, etc.

Nous n'abordons pas la question des succédanés du salicylate en cas d'intolérance complète. Leur action est incertaine et la longue théorie de leur nomenclature démontre l'incertitude de leur efficacité.

#### VIII. Traitement hygiénique

*L'hygiène générale* est importante; on doit interdire au rhumatisant le séjour au bord de la mer et les altitudes élevées. Il doit vivre dans un climat sec et chaud à l'abri des vents violents et des brusques variations atmosphériques.

Il doit, aussi, surveiller son régime alimentaire, ses exercices physiques, son habitation, ses vêtements et ses habitudes, faire des cures de salicylate par intervalles, enfin consulter son médecin régulièrement.

Une autre précaution — importante de nos jours — consiste à prendre un soin tout particulier des dents, du nez et de la gorge afin de dépister le moindre foyer d'infection pouvant déclencher une nouvelle crise (*focal infection*).

Enfin, on doit se méfier de la *contagion familiale* et ne pas traiter par le mépris ou l'indifférence des douleurs fugaces qui atteignent un ou plusieurs membres d'une même famille où un d'entre eux a déjà subi l'emprise douloureuse de la maladie rhumatismale.

### IX. La maladie rhumatismale: maladie sociale

En tenant compte des statistiques de mortalité générale par le rhumatisme, des complications cardiaques et pleuro-pulmonaires qui l'accompagnent et de leur gravité, nous croyons opportun de proposer l'inauguration d'une campagne d'éducation en vue de diminuer la morbidité et la mortalité causées par la maladie rhumatismale.

*On a fondé une ligue internationale contre la maladie rhumatismale dont le siège est à Amsterdam, et dont une filiale existe au Canada. Le siège est à Ottawa et elle est patronisée par lord Tweedsmuir, qui s'intéresse vivement à cette question, et par la Canadian Medical Association. Elle a participé au Congrès d'Ottawa, en juin.*

Nous croyons le moment venu de formuler un programme que nous pourrions réaliser avec le concours des grandes compagnies d'assurances sur la vie.

Notre pays, à cause de son climat rigoureux, compte, chaque année, un nombre imposant de malades atteints de *maladie rhumatismale*. Nous pourrions débiter en faisant quelques suggestions d'hygiène préventive:

- 1) La déclaration obligatoire des cas de maladie rhumatismale.
- 2) L'examen répété, à ce point de vue, de tous les enfants rhumatisants anciens et cardiaques.
- 3) Repos prolongé, après la crise, dans des hôpitaux ou maisons de convalescence afin de compléter leur guérison.
- 4) Installations spéciales de douches et de séchoirs pour les vêtements dans les grandes industries, les mines, etc.
- 5) Enseignement spécial, aux enfants des écoles et dans les pensionnats, sur les précautions à prendre pour se protéger contre le rhumatisme; soins de la gorge, du nez et des dents. Le rôle du sous-vêtement et de la peau.
- 6) Enseigner les règles élémentaires de l'aération et du degré d'humidité de l'air des classes et du logement.
- 7) Attirer l'attention des directeurs de nos maisons d'enseignement sur les précautions à exiger des élèves dans leurs jeux, selon les saisons.
- 8) Vulgariser davantage la conception actuelle de la maladie rhumatismale et le rôle de la contagion dans les familles de rhumatisants.
- 9) Programme d'action sociale par la Ligue canadienne contre le Rhumatisme en y associant les compagnies d'assurances.

\*  
\* \*

Telles sont les généralités sur cette vaste question, que nous avons à peine effleurée.

Ce mémoire est une synthèse aussi complète que possible des opinions et de certains travaux qui ont été publiés sur ce sujet, joints à nos observations personnelles depuis plus de trente-cinq ans.

Nous avons évolué, mais les générations actuelles vont, sans doute, en accélérer le rythme à cause de leur érudition et des facilités que l'outillage moderne met à leur disposition.

Nous le désirons, nous le souhaitons.

### Conclusions générales

1) La *conception* de l'ancien rhumatisme articulaire aigu a subi, surtout depuis 1913, d'importantes modifications à la suite des travaux des Ecoles française et allemande.

Aujourd'hui, nous le désignons sous le nom de « maladie rhumatismale ».

Ce vocable est plus compréhensif parce que cette maladie siège électivement dans le myocarde, puis l'endocarde, le péricarde, le poumon et d'autres viscères.

2) *Au point de vue anatomique*, elle est caractérisée par un nodule submiliaire, dit d'Aschoff, situé dans le tissu interstitiel du myocarde, et par un tissu fibro-plastique constitué dans le parenchyme pulmonaire.

3) *Au point de vue clinique*, la maladie rhumatismale évolue d'une façon prédominante *sur le cœur*, dans le poumon, quelquefois d'autres viscères, *sans manifestation articulaire évidente dans tous les cas*; c'est ce qui lui donne une autonomie toute particulière.

4) La *pathogénie* est discutable: manifestation de nature protéinique ou allergique; processus microbien; réaction bio-pathologique: rien de précis.

5) *Au point de vue thérapeutique*, le *salicylate de soude* associé au *bicarbonate* est la *médication spécifique* dont la dose est la prolongation exercent une action efficace contre la crise et les récidives.

## BIBLIOGRAPHIE

1. BEZANÇON et NEIL: La spécificité du salicylate de soude et le traitement de la crise de rhumatisme articulaire aigu. *Ann Méd.*, fév. 1926, n° 2.  
Id: Le sang dans le rhumatisme articulaire aigu. *Ann. Méd.*, fév. 1926, n° 2.
2. R. SICARD: La salicylorésistance de certaines manifestations articulaires dans la maladie rhumatismale. *Thèse de Paris*. Arnette, éditeur, 1929.
3. GRENET et PELLISSIER: Les rhumatismes. Collection *Le Compendium médical*, éditée par Expansion Scientifique Française, Paris, 1933.
4. CAUSSADE et TARDIEU: Rhumatisme articulaire aigu. Manifestations pleuro-pulmonaires et thérapeutique. Éditeurs: Doin et Cie, Paris, 1931. (Collection *La Pratique Médicale illustrée*.)
5. E. SERGENT: Glande thyroïde et rhumatisme. *Monde Médical*, juil. 1925.
6. PEMBERTON: Arthritis and rheumatoid conditions. Their nature and treatment. Le n& Fabiger, éditeurs, à Philadelphie, 2e édition, 1930.
7. J. N. A. CHURCHILL, éditeur à Londres: Recent advances in the study of rheumatism. 1931, 1 vol. 312 pp.
8. WEISSENBACH et FRANÇON: Infections focales et rhumatismes chroniques. *Concours Médical*, 29 mars 1931.
9. WEISSENBACH et PERLES: Technique moderne du traitement de la maladie de Bouillaud par le salicylate de soude. *L'Hôpital*, Paris, déc. 1929 et janvier 1930.
10. WEISSENBACH et FRANÇON: Hygiène des goutteux et des rhumatisants. Doin et Cie, éditeurs, Paris, 1932. Collection *Hygiène et diététique*.
11. *Ibidem*: Thérapeutique de la maladie rhumatismale. *Journal Médical Français*, août 1933, p. 274.
12. A. LAPORTE: Localisations articulaires de la maladie rhumatismale. *Journal Méd. Français*, août 1933, p. 268.
13. Ed. PICHON: Les localisations cardiaques de la maladie rhumatismale. *Journal Méd. Français*, avril 1933, p. 263.
14. LUTENBACHER: Traitement du rhumatisme aigu. Maladie de Bouillaud. *Monde Médical*, 15 fév. 1933.
15. GRAAF, PARENT, ZITZON et HYCKOFF: The natural history of rheumatic fever. *Amer. Jour. Med. Sc.*, 1933, p. 197.
16. C. REITER: Rhumatisme et tuberculose. *IIIe Congrès International du rhumatisme*, Paris, octobre 1932.
17. R. MOREAU: Le rhumatisme tuberculeux, dans *Problèmes actuels de pathologie médicale*, 2e série, Masson, éditeur, Paris, 1932.
18. PIC et DELORE: Les rhumatismes tuberculeux. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 avril 1932.
19. H. GRENET: Sur les formes extra-articulaires de la maladie rhumatismale. *Journal Méd. Français*, août 1933, p. 258.
20. *Ibidem*: Rhumatisme atypique. Diagnostic avec la tuberculose des séreuses. Réunion méd. de la VIe Armée. *La Presse Médic.*, 27 mai 1915, p. 181.
21. *Ibidem*: Etude sur le rhumatisme articulaire aigu. Clinique médicale des armées. *Journal des Prat.*, 7 août 1915, p. 506.

22. *Ibidem*: Recherches sur l'étiologie du rhumatisme articulaire aigu. La contagiosité du rhumatisme. Notes cliniques sur le rhumatisme articulaire aigu. Réunion médic. de la VI<sup>e</sup> Armée. *La Presse médic.*, 28 oct. 1915, p. 428.
23. *Ibidem*: Traitement du rhumatisme articulaire par les injections intra-veineuses d'or colloïdal. *La Presse médic.*, 21 oct. 1915, p. 410.
24. *Ibidem*: Les troubles digestifs dans le rhumatisme articulaire aigu. — Un cas de rhumatisme cérébral. — Réunion méd. de la VI<sup>e</sup> Armée. *La Presse médic.*, 17 janv. 1916, p. 21.
25. *Ibidem*: Sur la nature et la spécificité du rhumatisme articulaire aigu. *Gazette des hôpitaux*, 1<sup>er</sup> et 3 janvier 1920, n<sup>o</sup> 1, p. 5.
26. *Ibidem*: Remarques cliniques sur le rhumatisme articulaire aigu. *Le Monde médical*, 1<sup>er</sup> février 1920, p. 65.
27. *Ibidem*: Les rhumatismes infectieux, in *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée* de Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix, 1<sup>re</sup> édition, 1921, 2<sup>e</sup> édition, 1923.
28. *Ibidem*: Symptômes digestifs et formes anormales du rhumatisme articulaire aigu. *Progrès médical*, 21 mars 1925.
29. *Ibidem*: Remarques sur le rhumatisme articulaire aigu (contagiosité et troubles digestifs). *Semaine des hôpitaux de Paris*, 31 mai 1927, p. 288.
30. *Ibidem* et J. DELALANDE: Deux cas de rhumatisme articulaire aigu à forme digestive chez l'enfant. *Soc. de pédiatrie*, 5 avril 1927, p. 184.
31. *Ibidem* et J. DELALANDE: Notes cliniques sur le rhumatisme articulaire aigu. *Bullet. médical*, 28 juillet 1928, p. 834.
32. *Ibidem* et J. DELALANDE: Le rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant (remarques tirées de l'étude de 32 cas). *Arch. de méd. des enfants*, août 1928, p. 453.
33. *Ibidem*: Les formes extra-articulaires de la maladie rhumatismale. *La Presse médicale*, 12 mars 1930, p. 353.
34. *Ibidem*: Les formes cliniques de la maladie rhumatismale (rhumatisme articulaire aigu et formes extra-articulaires). 2<sup>e</sup> Congrès international contre le rhumatisme, Liège 18-21 sept. 1930. *Le Monde médical*, 1<sup>er</sup> oct. 1930, p. 809; et *Acta rheumatologica*, fév. 1931, p. 13.
35. *Ibidem*: Maladie rhumatismale et maladies infectieuses. *Soc. méd. des hôpital*, 21 octobre 1932, p. 1336.
36. *Ibidem*: Maladie rhumatismale et infection tuberculeuse. 3<sup>e</sup> Congrès internat. du rhumatisme, Paris, octobre 1932. *Gazette des hôpitaux*, 2 novembre 1932, p. 1000.
37. *Ibidem*: La maladie rhumatismale chez l'enfant, in *Conférences cliniques de médecine infantile*, 1<sup>re</sup> série. Paris. Vigot frères, édit., 1932.
38. *Ibidem* et L. PELLISSIER: *Les rhumatismes*. (Collection du *Compendium médical*), éditions de l'Expansion scient. française, Paris, 1933.
39. *Ibidem* et L. PELLISSIER: La maladie rhumatismale; sa place en nosologie; sa spécificité. *Revue de médecine*, mai 1933, p. 279.
40. *Thèses de*: DORY: *Rhumatisme articulaire aigu et appareil digestif*, Paris, 1925.
41. P. HERMAN: *Contribution à l'étude des formes extra-articulaires de la maladie de Bouillaud*. Paris, 1929.

42. A. CAYET: *Etude du rhumatisme articulaire aigu. De quelques cas d'épidémie et de contagion.* Paris, 1929.
43. CASTAIGNE, FRANÇON, MERKLEN: Les idées actuelles sur l'étiologie et la pathogénie de la maladie rhumatismale. *Journal méd. français*, août 1933, p. 250.
44. GRENET et PELLISSIER: La maladie rhumatismale, sa place en nosologie, sa spécificité. *Revue de Médecine*, juillet 1933.
45. L. RAMOND: Formes cliniques du rhumatisme articulaire aigu. Tome X des *Conférences de clinique médicale pratique.* Vigot, éditeur, Paris, 1932.
46. CLERC et VIALARD: *Journal Médical français* — 1930.
47. VIALARD: Les troubles du rythme cardiaque dans le cours du rhumatisme articulaire aigu. *Thèse de Paris*, 1930. Arnette, éditeur.
48. LIAN et TALCEMA: Bradycardie sinusale dans la maladie rhumatismale. *Presse Méd.*, 2 janvier 1932.
49. BEZANÇON et NEIL: Fièvres et arthropathies d'origine protéinique. *Presse Méd.*, 26 avril 1924.
50. SENATOR: Traitement du rhumatisme aigu (maladie de Bouillaud). *Monde Médical*, 15 février 1923.
51. WEISSENBACH et FRANÇON: Infection focale et rhumatisme chronique; déductions pratiques. *Concours Médical*, 29 mars 1931.
52. COSTE et FORESTIER: Streptocoques et rhumatismes chroniques. *Presse Médicale*, 22 octobre 1932.
53. Jean NEIL: Le rhumatisme articulaire aigu. *Thèse de Paris*, 1932. Le François, éditeur.
54. PAISSEAU et OUMANSKY: Rhumatisme tuberculeux. *Annales de Médecine*, juin 1929.
55. PICHON: Les localisations cardiaques de la maladie rhumatismale. *Journal Méd. français*, août 1933, p. 263.
- 56 (1). BERNHEIM (H.): Des congestions pulmonaires dans le rhumatisme articulaire aigu. *Leçons de Clinique médicale*, 1977, p. 494.
57. BEZANÇON (F.) et WELL (M.-P.): La cortico-pleurite rhumatismale. *Ann. de Méd.*, 1926, 10, p. 184.
58. HEADLE (W.-B.): Clinical lecture on outbreak of rheumatic pneumonia. *Lancet*, 1888, 1, p. 861.
59. HEADLE (W.-B.): The various manifestations of the rheumatic state as exemplified in childhood and early life. Smith, Elder and Co., London, pp. 1-27.
60. COOK (G.-T.): Association of pulmonary changes with rheumatic pericarditis. *British Journal of Children's disease*, 1932, 29, pp. 253-327.
61. COOMBS (C.): Histology of rheumatic endocarditis. *Lancet*, 1907, 1, p. 1377.
62. COOMBS (C.), MIDLER (R.) et KETTLE (E.-H.): Histology of experimental rheumatism. *Lancet*, 1912, 2, p. 1209.
63. EIMAN (J.) et GOULEY (B.-A.): Rheumatic pneumonitis. *Arch. Path.*, 1928, 5, p. 558.

(1) Cette partie (numéros 56 à 80) est reproduite du travail de MM. Masson, Riopelle et Martin, paru dans *les Annales d'Anatomie pathologique*, mai 1937.

64. FRASER (A.-P.) et GLASC (Ch.-B. von): The pathology of rheumatic pneumonia. *Lancet*, 1930.
65. GOULEY (B.-A.) et EIMAN (J.): The pathology of rheumatic pneumonia. *Am. Journ. Med. Sc.*, 1932, 183, p. 359.
66. HOWARD (C.-P.): The rheumatic lung. *Ann. Int. Med.*, 1933, vol. 7, n° 2,
67. KLINGE: Das gewebbild des fieberhaften rhumatismus. *Vir. Arch. fur Path. Ant.*, 1931, n° 286, p. 378.
68. LUTEMBACHER (R.): Congestion suraiguë œdémateuse du poumon dans la maladie de Bouillaud. *Revue du Rhumatisme*, 1936, n° 4, p. 257.
69. NAISH (A.-E.): The rheumatic lung. *Lancet*, 1928, 2, p. 10.
70. PAPPENHEIMER (A.-M.) et GLAHN (W.-C. von): Specific lesions of peripheral blood vessels in rheumatism. *Am. Journ. Path.*, 1926, 2, p. 235.
71. PAUL (J.-R.): Pleural and pulmonary lesions in rheumatic fever. *Medecine*, 1928, 7, p. 383.
72. PICHON et LARDE: Sur un cas de rhumatisme cardiaque évolutif avec infarctus pulmonaires multiples et myocardite spécifique. *Arch. Méd. Inf.*, 1926, 29, p. 581.
73. POYNTON (F.-J.) et PAYNE (A.): Researches on rheumatism. J. and A. Churchill, London, 1913.
74. POYNTON (J.-F.) et SCHLESSINGER (B.): Recent advances in the study of rheumatism. Mac Millan Co., London, 1931, pp. 41, 109 et 138.
75. RABINOWITZ (M.-A.): Rheumatic pneumonia. *Journ. Am. Med. Assoc.*, 1926, 87, pp. 142-144.
76. SACHS (B.): Pathology of rheumatic fever. Critical Review. *Am. Heart Journ.*, 1926, 1, p. 750.
77. STUART HARRIS (C.-H.): Study of hemolytic streptococci fibrinolysis in chronic arthritis, rheumatic fever and scarlet fever. *Lancet*, 1935, 2, pp. 1449-1498.
78. SWIFT (H.-F.): The respiratory system. (Article on rheumatic fever.) *Nelson's Loose Leaf Medecine*, 1932, 1, p. 429 E.
79. THAYER (W.-S.): Notes on acute rheumatic disease of the heart. *Bull. John Hopkins Hosp.*, 1925, 35, p. 102.
80. TRAGERMAN (L.-J.): Rheumatic pneumonia. *Arch. Path.*, 1936, 4, p. 566.
81. TAYLOR, FERGUSON, KASABACH et DAWSON: Röntgenologic observations on various types of chronic arthritis. In *Archives of Internal Medecine*, mai 1936, vol. 57.
82. LeSAGE (Albert): Le rhumatisme tuberculeux. La doctrine, les faits. *Union Médicale du Canada*, janvier 1934. Communiqué au Congrès de la « Canadian Medical Association », à Saint-Jean, N.-B., juin 1933. Publié dans *The Canadian Medical Association Journal*.
83. *Ibidem*: Le traitement du rhumatisme chronique par les extraits de glande thyroïde. *Union Médicale du Canada*, 1914, p. 417. (1)
84. GELINAS (H.): Le rhumatisme articulaire aigu. *Union Médicale du Canada*, 1937.

---

(1) Nous n'avons pas la prétention de publier une bibliographie complète de cette question. Nous mentionnons quelques-unes seulement parmi les publications nombreuses de ces dernières années. — L.

## RECUEIL DE FAITS

---

### NÆVUS PIGMENTAIRE VERRUQUEUX PILEUX NASAL. AUTOPLASTIE AVEC GREFFE DE THIERSCH.

Par J.-N. ROY, F. A. C. S.,

Professeur à l'Université de Montréal,  
Chef de service à l'hôpital Notre-Dame,  
Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris.

Dans deux circonstances différentes nous avons rapporté l'observation de malades, avec illustrations, présentant des nævis pigmentaires verruqueux pileux de la face, traités sans succès par les agents physiques, que nous avons guéris en recourant à des autoplasties variées <sup>(1)</sup>. Nous savons en effet que ce genre de lésion congénitale ne peut disparaître qu'au moyen de la chirurgie. Dans ce court travail nous rapporterons l'histoire d'une fillette, atteinte de cette même affection, chez laquelle la greffe de Thiersch nous a permis d'obtenir également un excellent résultat.

OBSERVATION. Le 18 sept. 1934, l'enfant A. M., âgée de 10 ans, nous est amenée par ses parents pour un nævus pigmentaire verruqueux pileux nasal. La mère raconte que la lésion est congénitale, et qu'à la naissance la tache, localisée dans le sillon naso-génien gauche, avait environ treize millimètres de longueur sur sept millimètres de hauteur. A neuf mois cette enfant a subi un premier traitement par la fulguration, sans résultat appréciable. Un an plus tard elle a eu une seconde séance de fulguration qui a fait légèrement pâlir le nævus, mais en même temps a produit une bride cicatricielle horizontale dans le sillon naso-génien. Comme cette tache continuait à se développer sur la région nasale, qu'elle était de plus en plus noirâtre, rugueuse et recouverte de poils, quinze applications successives de neige carbonique lui furent faites, à l'âge de neuf ans, sans aucun effet.

*Antécédents héréditaires.* Il est intéressant de noter qu'à cinq semaines de grossesse la mère eut une grande frayeur en voyant un rat mort apporté dans sa maison par un de ses parents.

---

(1) J. N. Roy. — Un cas de nævus pigmentaire pileux nasal, et pigmentaire verruqueux pileux jugo-labial du côté droit. Autoplasties variées. Guérison. *Revue hebdomadaire de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, Bordeaux, nov. 1923.

— Vaste nævus pigmentaire verruqueux pileux de la joue. Autoplastie. *L'Union Médicale du Canada*, nov. 1930.

Notre malade a sept frères et sœurs. Un petit garçon a un nævus sur la cuisse. Une fillette présente une tache pigmentaire sur le cuir chevelu. Le père porte un nævus sur une cuisse. Dans la famille paternelle presque tous les membres sont atteints de nævis.

A l'examen nous observons un nævus surélevé, épais, rugueux et couvert de poils noirâtres, envahissant presque toute la région nasale à gauche, et se propageant légèrement sur la joue correspondante. Ce nævus finit à la limite de l'ouverture de la narine. Il existe, dans le sillon naso-génien, une cicatrice blanchâtre assez proéminente consécutive au second traitement par la fulguration. (Voir photographie n° 1).



Fig. 1  
Nævus pigmentaire verruqueux pileux nasal.

La malade ne présente pas ailleurs d'autre nævus, et il n'y a rien autre chose de pathologique à mentionner dans son cas. Comme les parents sont très anxieux de voir disparaître cette lésion disgracieuse chez leur enfant, nous proposons immédiatement une opération autoplastique qui est acceptée pour le lendemain.

*Opération.* Anesthésie générale au chloroforme. Après aseptie, nous faisons une ablation profonde très soignée du nævus, et de la bride cicatricielle du sillon naso-génien. Nous prélevons ensuite sur l'abdomen une mince greffe de Thiersch, que nous plaçons bien dépliée sur la plaie nasale. Afin de maintenir sa coaptation dans le sillon naso-génien, nous appliquons dans

cette cavité un petit tube en caoutchouc. Pansement légèrement compressif de la narine gauche à la gaze iodoformée, et de la région opérée, recouverte d'abord de tulle gras. Pansement abdominal ordinaire. Les suites opératoires sont absolument normales, et la greffe prend une adhérence parfaite sur toute son étendue. Nous continuons les pansements en protégeant la pyramide nasale, suivant notre habitude dans certains cas de rhinoplastie, au moyen d'une attelle en cuivre retenue par des diachylons. Trois semaines après son entrée à l'hôpital notre petite malade retournait chez elle rétablie de cette première intervention.



Fig. 2  
Aspect de la patiente opérée.

Nous la revoyons de temps à autre, et constatons que la guérison se maintient. Cependant, à certains endroits, la limite périphérique de la greffe est légèrement surélevée à son contact avec la peau. Aussi le 23 janvier 1935, notre patiente étant admise de nouveau à l'hôpital, nous faisons une petite retouche à la partie supéro-interne. Cette opération eut pour propriété de niveler la cicatrice maintenant à peine apparente. Il nous restait à recourir encore à la même méthode pour la narine. Le 29 juillet 1936 nous intervenons sur celle-ci une dernière fois, et enlevons ensuite par la voie sous-cutanée un peu de tissu cicatriciel formé dans le sillon naso-génien, consécutivement à la première opération. Afin de stabiliser cette cavité, et de la rendre aussi esthétique que possible, nous plaçons pendant trois jours

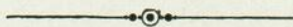
un petit tube en caoutchouc, solidement maintenu au moyen d'un fil passé à travers la narine, et attaché sur un autre tube introduit dans la fosse nasale. Encore cette fois les suites opératoires sont normales, et la patiente laisse l'hôpital quelques jours après son entrée.

Elle est ramenée au bureau tous les deux ou trois mois, et nous constatons que son état esthétique s'améliore graduellement. La greffe bien tendue prend la coloration de la peau environnante, les cicatrices sont à peine visibles, et le sillon naso-génien a une profondeur presque comparable à celui de la narine opposée. Deux ans et demi après l'opération, notre malade avait l'apparence indiquée sur la photographie no 2.

En présence d'un nævus pigmentaire verruqueux pileux nasal semblable à celui que nous décrivons dans ce travail, il nous fallait choisir une méthode autoplastique susceptible de donner le meilleur résultat esthétique désirable dans ce cas. Nous n'aborderons pas la possibilité que nous avons de prendre un lambeau cutané à pédicule plus ou moins éloigné de la région nasale, — greffe indienne, ou greffe italienne — car ces procédés n'étaient pas indiqués. Il nous restait donc à employer la greffe de Wolff ou celle de Thiersch.

Comme la peau recouvrant le nez est particulièrement mince et bien adhérente au squelette ostéo-cartilagineux, nous ne croyons pas qu'un lambeau cutané dermo-épidermique aurait été favorable. En effet, ce lambeau suturé à la plaie, après ablation du nævus, aurait été surélevé des tissus environnants, surtout à l'orifice de la narine, même après des retouches. Conséquemment l'apparence de la pyramide nasale n'aurait pas été symétrique. La greffe de Wolff est surtout indiquée lorsqu'il s'agit de combler une perte de substance opératoire entourée d'un tissu lâche. De la sorte la coaptation peut être faite sur un même plan d'égalité.

Avec une mince greffe de Thiersch bien étendue, recouverte d'un tulle gras et d'un pansement légèrement compressif, le tout protégé par notre attelle en cuivre, il nous a été possible d'obtenir un excellent résultat. Malgré cette technique, toutefois, nous avons dû recourir à deux petites retouches à la périphérie de l'incision, et dans le sillon naso-génien, pour avoir une symétrie nasale parfaite. La coloration de la peau greffée a pris graduellement celle des tissus environnants, et l'ouverture de la narine opérée est normale. Aussi étant donné que les radiations, ou les agents physiques n'ont aucun effet contre cette affection, nous concluons en disant que la greffe de Thiersch présente le meilleur traitement des nævis pigmentaires verruqueux pileux de la région nasale, semblable à celui que nous avons à opérer.



## HÉMIANOPSIE LATÉRALE HOMONYME ET PETIT MAL CONSÉCUTIFS À UN TRAUMATISME CRÂNIEN.

Exérèse de la cicatrice cérébro-méningée. Disparition  
des manifestations comitiales.

Par Jean SAUCIER

Nous ne nous faisons pas l'illusion d'offrir aux lecteurs de *l'Union Médicale* un fait clinique très nouveau. Nous présentons un cas qui se rencontre relativement souvent, un cas que l'on a l'habitude de classer dans les *rien à faire*. Nous avons cru opportun de faire connaître ce qui s'est passé après avoir pris l'initiative de *faire quelque chose*, ou plus exactement, de faire faire quelque chose, car nous ne sommes pas chirurgien.

Il s'agit d'une fillette de neuf ans qui nous fut amenée au dispensaire neurologique de l'hôpital Sainte-Justine en septembre dernier pour des absences et de la céphalée. Ces présentations sont monnaie courante dans un dispensaire de neurologie infantile. Nous nous attendions à écouter l'histoire vague habituelle de convulsions antérieures, d'accouchement laborieux, de soi-disant méningite mal définie du bas âge, et nous songions déjà à la dose convenable du barbiturique qui corrigerait momentanément la situation, lorsque la mère, qui accompagnait l'enfant, précisa que ces absences étaient récentes, puisqu'elle ne s'étaient jamais produites avant le mois dernier; puis elle ajouta que sa fille avait été frappée par une automobile quelques semaines auparavant et qu'à la suite de cet accident celle-ci était demeurée inconsciente pendant trois heures. Elle avait alors été hospitalisée quatre semaines et l'examen radiologique avait révélé une fracture du crâne avec enfoncement léger « en balle de cellulose » au niveau de la région pariéto-occipitale droite, en même temps qu'un trait de fracture ayant comme point de départ le petit enfoncement, encerclait partiellement le crâne et se terminait au niveau de la région frontale homonyme. Quoi qu'il en soit, l'enfant pouvait quitter l'hôpital après un séjour de quatre semaines, apparemment bien guérie, du moins, ne présentant aucun trouble majeur. Ce rapide rétablissement n'est pas fait pour nous surprendre. Il est la règle chez les enfants(1). L'absence de séquelles nerveuses s'observe également dans le plus grand nombre des cas, mais notre malade, elle, se singularise. Disons, pour employer

(1) E. Sorrel, Mme Sorrel-Déjerine et Gigon: « A propos de 109 cas de fractures du crâne chez les enfants. » *Presse Médicale*, 22 mai 1937.

le cliché qui ne veut pas dire grand'chose, qu'elle est une exception qui confirme la règle.

L'examen objectif confirme nos présomptions de lésions nerveuses. Nous trouvons, en résumé, une légère faiblesse de la musculature faciale gauche, d'ailleurs mise en évidence que par les contractions volontaires extrêmes. Au niveau des membres le signe de Barré et le signe du pincement demeuraient silencieux, tandis que les réflexes tendineux étaient nettement plus vifs à gauche qu'à droite. Les réflexes cutanés abdominaux étaient un peu moins dessinés à gauche qu'à droite. Les cutanés plantaires répondaient par une flexion bilatérale. Il n'existait pas de modifications de la sensibilité objective. La petite dépression pariéto-occipitale droite se sentait bien. Elle mesurait environ 3 cm. carrés et l'enfoncement donnait l'impression de mesurer environ 1 cm. Le cercelet et les voies cérébelleuses paraissaient indemnes. Les nerfs crâniens eussent été jugés normaux si nous n'avions recherché minutieusement les déficits oculaires. Nous les trouvâmes sous l'expression d'une hémianopsie latérale homonyme gauche. Nous y pensâmes en raison de la localisation du traumatisme, — la région pariéto-occipitale abrite les radiations optiques de Gratiolet et il n'est pas rare que leur souffrance s'objective par un avertissement séméiologique assez manifeste. On conviendra que l'hémianopsie latérale homonyme est un assez *gros* signe; or, la malade, que nous avions interrogée scrupuleusement au sujet de tous ses malaises, n'en avait pas parlé! Ou bien son sens de l'auto-observation est singulièrement restreint, ou bien elle a pensé ce que, déjà, un brave homme n'avait pas hésité à me dire: « C'est à vous de le trouver! » On a beau n'être qu'une fillette de 9 ans, il semble invraisemblable qu'une lacune visuelle aussi grossière n'ait pas été remarquée, d'autant plus que l'enfant est par ailleurs intelligente. Ajoutons que les pupilles réagissent normalement à la lumière et à l'accommodation, et qu'il n'existe pas de réaction hémioptique de Wernicke.

Nous possédions dès lors un faisceau symptomatique assez homogène pour affirmer que les structures nerveuses sous-jacentes à l'enfoncement étaient lésées. Il est inutile de faire cette démonstration: les signes croisés, l'hémianopsie dans le champ visuel du côté opposé, les manifestations de petit mal se passent de commentaires.

Nous crûmes qu'une intervention chirurgicale pourrait améliorer, peut-être guérir cette malade et nous la dirigeâmes sur l'Institut Neurologique dans le service du Dr Penfield. L'encéphalographie, pratiquée trois jours avant l'opération, révéla une atrophie corticale marquée au niveau de la région temporo-occipitale droite, région correspondant à la dépression osseuse.

Le 27 octobre 1936, le Dr Penfield fit une craniotomie ostéoplastique, englobant et dépassant largement l'enfoncement osseux, puis trouva, comme il fallait s'y attendre, deux cicatrices gliales immédiatement sous-jacentes à l'enfoncement, et empiétant à la fois sur le lobe occipital et sur le lobe temporal. Il excisa ces cicatrices *en masse*, et poursuivit son incision en profondeur jusqu'au ventricule, qu'il laissa largement ouvert.

Les suites opératoires furent relativement simples, et trois semaines plus tard la malade pouvait quitter l'hôpital.

# THÉRAPEUTIQUE DE LA SYPHILIS

Le traitement arsenical

sous-cutané

véritablement indolore

est réalisé par l'

# ACETYLARSAN

Composé actif et sûr



*Laboratoires Poulenc Frères*  
DU CANADA LIMITÉE — MONTRÉAL

Distributeurs:

ROUGIER FRÈRES

MONTRÉAL

# Salines

## Dans la CONSTIPATION des VIEILLARDS

Les salins sont les laxatifs qui conviennent le mieux dans l'atrophie sénile des muscles de l'intestin. La légère évacuation produite par les salins est importante dans la constipation des vieillards, alors qu'une stimulation modérée du péristaltisme est préférable.

# Sal Hepatica

est le sel minéral à double rendement. Sal Hepatica agit de manière à débarrasser l'intestin de déchets nuisibles en augmentant légèrement l'efficacité du péristaltisme et en relevant l'osmose. Sal Hepatica contribue à créer la résistance contre plusieurs malaises en maintenant le taux de la réserve alcaline dans les tissus et le plasma.

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.

Les constituents synergiques de Sal Hepatica produisent pratiquement la même action bienfaisante que celle d'eaux minérales de sources réputées. Son effervescence le rend facile à prendre... Les demandes pour échantillons et littérature reçoivent une attention toute particulière.

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

**BRISTOL-MYERS CO.**  
1241-F, rue BENOIT,  
MONTREAL, Canada.



A ce moment, les constatations objectives qui furent notées à l'Institut Neurologique ne différaient guère de celles que nous avons faites avant l'opération. Il n'y a pas lieu de commenter ce fait: les phénomènes déficitaires persistent et vont persister, mais les signes d'excitation cérébrale ont disparu et il y a tout lieu de croire que cette guérison va durer. Dix mois après l'opération la malade n'a pas eu de nouvelles absences, ni aucune manifestation pouvant faire croire à de l'épilepsie. Il est intéressant de noter qu'après l'opération l'hémianopsie intéressait l'hémi-champ maculaire. Le champ visuel que nous avons fait faire avant l'opération ne comportait pas de détails maculaires. La seule constatation de l'hémianopsie homonyme gauche était consignée dans le rapport. Il s'agit ici d'un à-côté assez théorique du sujet que nous avons voulu envisager dans son ensemble, mais cette constatation de l'ophtalmologiste de l'Institut Neurologique (Dr MacMillan) n'en est pas moins troublante, — pour employer l'épithète chère aux journalistes. Nous connaissons le trajet des fibres maculaires depuis le nerf optique jusqu'à ses arborisations terminales. Nous savons notamment qu'une moitié du faisceau maculaire passe dans le contingent des radiations de Gratiolet et que chaque moitié assure habituellement toute la vision maculaire. Il faut ici nous contenter de noter le fait. Nous ne pouvons expliquer davantage. La conservation de la réflectivité pupillaire et l'absence de la réaction hémioptique de Wernicke est d'explication très simple puisque chez notre malade les bandelettes étaient intactes et que les relais quadrigéminaux et thalamiques n'étaient pas intéressés.

\*

\* \*

Nous avons eu l'occasion de revoir cette malade tout récemment, car on se doute bien que la question comporte un aspect médico-légal non négligeable. Elle conserve son hémianopsie, qui sera définitive; elle conserve également de très légers signes de déficit moteur croisé, mais sa céphalée a disparu et les absences — nous l'avons déjà dit — ne sont pas revenues.

Voici un cas qui eût été classé, il y a dix ou quinze ans, parmi les *rien à faire*. Nous n'avons, certes, pas tout fait pour cette malade, mais nous avons contribué à enlever du tableau une ombre fort pénible. Nous ne pouvons dire encore si les résultats vont se maintenir indéfiniment, mais en nous appuyant sur des cas semblables nous croyons pouvoir entretenir des sentiments optimistes qui n'ont rien d'exagéré.

Nous avons versé cette observation au dossier des épilepsies post-traumatiques afin que nos lecteurs qui seraient favorablement impressionnés utilisent à l'occasion d'un cas semblable le souvenir que nous aurons pu déposer dans leur mémoire. Il n'est plus permis, en face d'un mal aussi inexorable que l'épilepsie, de professer le doute et le scepticisme systématiques. Non seulement il y a *beaucoup à faire* en pareils cas, mais nous ne faisons que commencer à voir un peu ce qu'il y a à faire. Nous préférons de beaucoup aller de l'avant avec les pionniers, et perdre quelques malades dans la mêlée, que de nous retrancher derrière le doute et la crainte de *faire quelque chose*, et ne jamais obtenir de résultats.



## THYROÏDECTOMIE. HYPOTHYROÏDIE.

Par Réal DORE,

Chirurgien à l'Hôpital Général de Verdun.

U. L., 31 ans (Hôpital Général de Verdun, dossier 7429-11774), jouissait d'une parfaite santé jusqu'à l'âge de 19 ans. A cet âge, en 1918, une très mauvaise grippe « espagnole » le força à s'aliter pendant deux mois.

Depuis ce temps, sa santé a toujours laissé à désirer.

L'interrogatoire me permet de dire qu'en 1926 U. L. présentait les caractères classiques de la maladie de Basedow, affection contre laquelle il fut thyroïdectomisé par un confrère chirurgien de sa localité. Cette intervention a amélioré considérablement sa santé pendant plusieurs années, dit-il.

En 1934, la maladie de Basedow étant réapparue avec un degré marqué de toxicité, j'ai pratiqué, après une préparation minutieuse, le patient étant très intoxiqué, une hémithyroïdectomie subtotale droite. A la suite de cette opération, tout est à peu près rentré dans l'ordre.

En 1936 il s'acheminait de nouveau, et rapidement, vers la maladie de Basedow classique. L'an dernier, j'ai pratiqué le deuxième temps opératoire qui a consisté en une hémithyroïdectomie subtotale gauche.

Jusqu'à il y a quelques mois sa santé était parfaite. Mais graduellement il est devenu un hypothyroïdien. L'asthénie, symptôme prédominant, prévient tout travail.

Un métabolisme récent a donné moins 20%.

En 1936, Mlle B. B., 31 ans (Hôpital Général de Verdun, dossier 8499), était une hyperthyroïdienne classique avec un éréthisme cardiaque très marqué. L'interrogatoire permettait de faire remonter le début du goitre toxique à cinq ans auparavant.

Au cours de la thyroïdectomie j'ai constaté que seul le lobe droit était en cause, le lobe gauche étant normal de consistance et de moitié diminué de volume. L'opération a consisté en une hémithyroïdectomie subtotale droite.

Depuis quelques mois cette patiente accuse une fatigue excessive. Son travail de bureau est pour elle très pénible d'exécution.

J'en conclus actuellement à un état hypothyroïdien. Un métabolisme récent donne moins 20%.

Depuis 1927, je n'ai eu que deux fois l'occasion de constater la présence du syndrome hypothyroïdien postopératoire chez deux de mes thyroïdectomisés. Il y en a peut-être d'autres, mais ceux-ci ne sont pas venus à ma connaissance.

Chez l'un, U. L., il restait deux petits moignons de tissu thyroïdien; chez l'autre, Mlle B. B., un lobe diminué de volume et un petit moignon.

Comment expliquer le syndrome hypothyroïdien présenté actuellement par ces deux opérés, syndrome confirmé par un métabolisme concordant?

A chacune des thyroïdectomies que j'ai eu l'occasion de pratiquer chez des basedowiens, j'ai toujours constaté que le tissu glandulaire est tout autant friable que scléreux. C'est un caractère anatomo-pathologique de la maladie de Basedow. L'examen microscopique a aussi toujours révélé la présence de tissu fibreux avec vésicules thyroïdiennes recoquillées contenant pas ou peu de substance colloïde pâle, avec réaction inflammatoire assez ou même très marquée.

Je me demande si ce n'est pas là que réside la cause, chez quelques thyroïdectomisés, d'un état hypothyroïdien postopératoire.

Quand la réaction inflammatoire est assez prononcée, pendant 10 ans chez l'un de mes opérés, 5 ans chez l'autre, cliniquement il s'agit de la maladie de Basedow. L'examen microscopique indique aussi maladie de Basedow et thyroïdite.

La guérison de l'inflammation s'effectue par la transformation fibreuse et scléreuse du tissu en cause. Si ce fait est exact la vésicule thyroïdienne est vouée à la destruction soit par sa transformation scléreuse, soit par le cerclage de ce tissu. Il faut alors s'attendre à la disparition de la fonction physiologique de la glande thyroïde ou du moignon que le chirurgien laisse en place au cours de la thyroïdectomie.

Je serai heureux de connaître l'opinion de mes distingués confrères anatomo-pathologistes sur cette manière d'expliquer le fait constaté.

Je crois être dans la note en disant que tel est le cas de mes deux opérés.

Venons-en à une conclusion pratique.

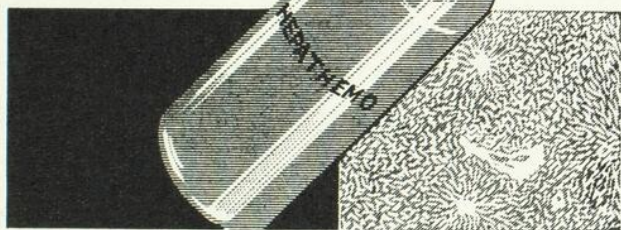
Si mon humble opinion est exacte sur la cause probable de l'hypothyroïdie postopératoire, il est possible, il me semble, de prévenir jusqu'à un certain point une telle conséquence.

Un goitre basedowien ou basedowifié, ou en train de le devenir, doit être soumis au traitement médical avant tout autre. Si, ce qui est la règle générale, l'amélioration clinique tarde à apparaître, on ne doit pas prolonger indéfiniment ce traitement, de peur que toute la glande ne devienne en état d'inflammation marquée. Mieux vaut

METHODE DE WHIPPLE

# HEPATHEMO

DESCHIENS

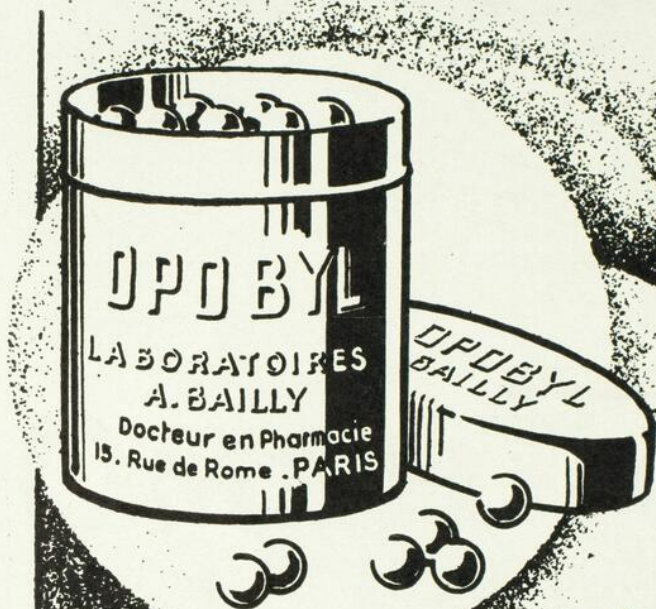


Extrait concentré hydrosoluble de foie de veau

Forme ampoule-Forme sirop

**SYNDROMES  
ANÉMIQUES**

# OPOBYL



Pour vos  
**VÉSICULAIRES**  
Pour vos  
**HÉPATIQUES**

OPOBYL

associe

**L'OPOTHÉRAPIE BILIAIRE ET HÉPATIQUE  
A LA MÉDICATION VÉGÉTALE HABITUELLE**

●  
Hépatites et Cirrhoses  
Cholécystites et Ictères  
Troubles digestifs et Constipation  
Hépatisme latent  
●

Laboratoires A. BAILLY, 15, Rue de Rome, PARIS-8°

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

recourir, sans retard, à une autre thérapeutique, chirurgicale ou radiologique pour ceux qui ont des préférences pour ce mode de traitement, dont l'action calme, dans la très grande majorité des cas, l'évolution morbide de la vésicule thyroïdienne.

Un confrère dont j'oublie le nom écrivait, il n'y a pas longtemps, que le traitement médical de la maladie de Basedow doit donner des résultats appréciables dans un laps de temps qui ne doit pas dépasser trois mois. Je crois qu'il a raison. Si au bout de trois mois environ il n'y a pas amélioration satisfaisante, il est inutile de persister dans ce sens sans risque, plus tard, d'être cause d'un syndrome hypothyroïdien définitif.



# REVUE GÉNÉRALE

---

## LA RÉVULSION ÉLECTRIQUE <sup>(1)</sup>

Par le Prof. LAQUERRIÈRE,

La révulsion était très employée autrefois et semble un peu délaissée à l'heure actuelle. Elle donnait cependant d'incontestables résultats qui peuvent être rapportés soit à une action réflexe partant de l'excitation de la peau, soit à une congestion superficielle (et à la décongestion profonde résultant de cette action en surface), soit enfin aux rapports des dermatoneurones avec les organes sous-jacents.

La révulsion, il faut le reconnaître, présentait des inconvénients, trop faible, elle était sans effet; trop intense, elle causait des lésions des téguments qui rendaient impossible la répétition des applications. Enfin le vésicatoire, qui était le roi des révulsifs, causait parfois une intoxication par la cantharide.

La physiothérapie permet de réaliser des actions révulsives intenses, et par certaines de ses modalités met à l'abri de tout inconvénient.

Éliminons d'abord le *moxa électrique*, consistant à provoquer un érythème avec escarrification superficielle, au moyen du courant continu, l'*érythème*, ou même la *phlyctène* causés par les *irradiations d'ultra-violets*. Ces procédés sont peu recommandables; ils ont en effet les inconvénients des révulsifs ordinaires et ne paraissent avoir de supériorité sur le vésicatoire que par l'absence d'intoxication cantharidique.

Tout différents sont les moyens dont nous allons parler:

1° Les *étincelles*, dont les plus anciennes, les étincelles de statique ont donné aux auteurs du 18<sup>e</sup> siècle des résultats brillants contre, entre autres, les algies diverses, les arthrites rhumatismales, les paralysies pithiatiques, et dont les modalités les plus modernes sont fournies par les courants de haute fréquence et de haute tension.

---

(1) Résumé de la communication faite à la séance de mars de la Société Médicale de Montréal.

Pour ces dernières étincelles, celles de haute fréquence, il est nécessaire de spécifier qu'elles doivent être fournies par les grands résonateurs d'ancien modèle donnant des étincelles longues et grêles. Avec les résonateurs nouveaux modèles (chapeau chinois) des appareils français, avec les courants de Oudin des appareils américains, on obtient en effet des étincelles courtes, grosses et très chaudes qui provoquent facilement des brûlures (et qui crèvent les électrodes de verre si on veut utiliser celles-ci). Ce que je vais dire s'applique uniquement aux étincelles des grands résonateurs dont je possède un modèle à l'hôpital Notre-Dame.

Les étincelles de H. F. peuvent être utilisées de deux façons: A) La friction avec l'électrode à manchon de verre de Oudin; la surface du manchon de verre laisse échapper une pluie de petites étincelles très fines. Si on applique l'électrode sur la peau avec une intensité modérée, la sensation est tout à fait supportable, la rougeur est un peu plus longue à obtenir, mais on réalise des effets révulsifs même chez des sujets pusillanimes; si on promène l'électrode sur les vêtements, les étincelles sont moins nombreuses et plus longues, l'action est plus intense; mais si on règle bien l'intensité, le traitement, quoiqu'un peu pénible, n'est pas vraiment douloureux et on obtient alors une vive rougeur en quelques instants. B) L'étincelle à l'air libre. Cette étincelle était seule de mise avec la machine statique qui, fournissant peu de quantité électrique, donnait des étincelles longues très grêles qui cinglaient énergiquement mais ne brûlaient pas. Avec les appareils de H. F. il faut procéder à un réglage soigneux de façon à obtenir des étincelles très grêles, sans quoi on déterminerait de minimes escarrifications, non nuisibles, mais gênant la répétition des séances. Les étincelles à l'air libre sont utilisées soit pour obtenir rapidement une révulsion intense soit quand on cherche un effet rééducateur sur lequel nous reviendrons tout à l'heure.

2° *La révulsion faradique.* — Ce procédé fut inventé par Duchenne de Boulogne; il plaçait une électrode indifférente en un point quelconque du corps et promenait sur la région à traiter l'autre électrode formée par un balai de fils métalliques fins. Le courant utilisé était un courant faradique de tension (bobine à fil fin) à intermittences aussi rapides que possible. Plus tard Tripier modifia cette technique: il inventa son rateau composé d'un disque d'ébonite portant des pointes métalliques mousses, reliées les unes à un pôle, les autres à l'autre. Il s'agit donc d'un instrument bipolaire ce qui est important, car, la révulsion agissant par son action superficielle, il est de beaucoup pré-

férable que les effets soient localisés en surface et que les organes profonds ne soient pas atteints.

Ces deux procédés, étincelles et révulsion faradiques, ont une action intense, ils provoquent une vive congestion en quelques instants mais n'abîment nullement les téguments; ils peuvent être appliqués plusieurs fois par jour au moins durant quelques jours, et cette innocuité permet, grâce au renouvellement des séances, de demander à la révulsion des effets qu'aucun autre de ses modes ne peut procurer.

Qu'elle soit obtenue par l'étincelle ou par la faradisation, la révulsion agit sur la *circulation périphérique*; elle détermine une vaso-dilatation superficielle intense, ce qui a trois principaux effets.

A) Elle décongestionne les organes profonds et cela explique vraisemblablement son action sur certaines douleurs viscérales et sur certains épanchements articulaires.

B) Elle augmente la trophicité locale: les courants de H. F. avec une électrode en verre excitent les bourgeonnements des plaies atones, la fermeture des fistules etc. (il ne saurait alors être question de la révulsion faradique, le frottement serait ici préjudiciable).

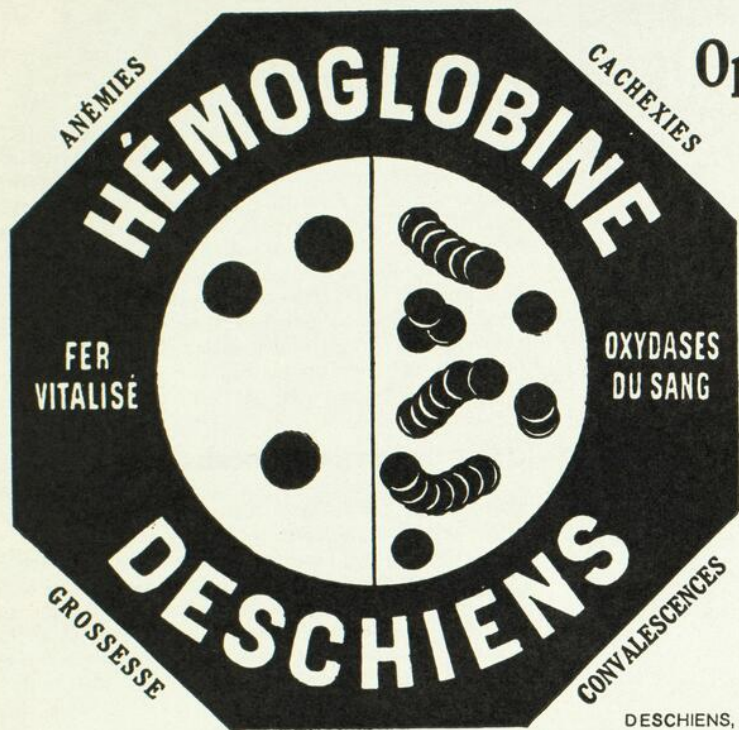
C) Elle régularise la circulation locale, c'est ce qui explique qu'on trouve dans la révulsion un excellent moyen de traitement des engelures (qui ne sont pas des gelures et que vous ne connaissez pas au Canada) et du doigt mort; qu'elle est un adjuvant au traitement de la maladie de Raynaud et au traitement des gangrènes. J'ai autrefois publié un cas de guérison de gangrène sénile du pied (chez un vieillard déjà amputé de l'autre pied) par la révulsion faradique, appliquée au domicile du malade, puis quand il fut en état de sortir par l'étincelle de haute fréquence.

Mais la révulsion est surtout utilisée contre *la douleur*.

1° Dans les algies légères multiples diverses, et en particulier rhumatismale, surtout quand elles s'accompagnent de sensation de refroidissement. On peut alors en une seule séance traiter les localisations les plus nombreuses et les plus variées.

2° Dans les lumbagos, torticolis et myalgies diverses. C'est ainsi que j'ai eu plusieurs fois l'occasion à l'hôpital Notre-Dame, de permettre à des chirurgiens de pouvoir accomplir leurs opérations, alors que l'atteinte brusque d'une de ces affections leur faisait craindre de ne pouvoir se livrer à la série d'interventions projetée pour le matin même. Voici le dernier cas que j'ai eu à traiter.

Mlle X, garde-malade à Notre-Dame, vient me trouver le 2 février pour un torticolis intense qui a débuté le matin et qui rend tout travail impossible; une minute de révulsion par étincelle de H. F. la soulage considérable-



**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<sup>a</sup>, 9, Rue Paul-Baudry, Paris (8<sup>e</sup>)

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

# POMMADE MIDY

## SUPPOSITOIRES MIDY

EPINEPHRINE  
STOVAINE  
ANESTHÉSINE  
EX<sup>t</sup> DE MARRONS  
D'INDE PRAIS STABILISÉ



**4**  
**PRINCIPES**  
**ACTIFS**

# HÉMORROÏDES

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

**EMMÉNINE**

**EMMÉNINE**

**EMMÉNINE**

**EMMÉNINE**

**LIQUIDE  
et  
COMPRIMÉS**

### pendant la ménopause

Des observations cliniques ont montré la valeur de l'Emménine dans le traitement des symptômes de la ménopause. On a publié de nombreux comptes rendus ayant trait à cette condition et il est intéressant de remarquer que l'Emménine s'est montrée efficace dans les troubles ménopausiques les plus accentués, tels que bouffées de chaleur, irritation et fatigabilité. L'Emménine étant active « per os » présente un avantage marqué dans les cas où l'on ne peut instituer un traitement par voie parentérale sans causer une réaction défavorable.

### dans la dysménorrhée

Dans cette condition lorsque le traitement doit être continué pendant plusieurs périodes intermenstruelles, la facilité d'administration de la préparation employée devient un facteur important. Comme dans le traitement des symptômes de la ménopause, l'Emménine, de son activité par voie buccale, présente un mode d'administration simple. Règle générale, un traitement de trois mois est nécessaire pour obtenir des résultats d'une nature permanente.

### dans la migraine

Il semble être établi qu'il existe un rapport entre la migraine qui coïncide avec l'apparition des règles et le fonctionnement ovarien. Plusieurs cliniciens ont remarqué que les substances œstrogènes corrigent le déséquilibre hormonal entre l'hypophyse et les ovaires, résultant dans un soulagement de la migraine. Les meilleurs résultats sont obtenus lorsque l'Emménine est administrée pendant la période intermenstruelle entière et, si nécessaire, on poursuivra le traitement le mois suivant.

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

L'Emménine Liquide est présentée en bouteilles de quatre onces.

Les Comprimés d'Emménine en bouteilles de 42.

**AYERST, McKENNA & HARRISON, Ltée**

Biologistes et Pharmaciens

Montréal

Canada

ment, elle a retrouvé une amplitude notable des mouvements de la tête. Le 3, le soulagement persiste, 2 séances de une minute, le 4 la malade ne garde qu'une légère sensibilité, on lui fait par précaution une 4ème séance, après laquelle elle est définitivement guérie. Le 12 février à l'occasion d'une grippe elle présente une légère rechute immédiatement jugulée par une nouvelle application.

3° Dans les séquelles de névralgies, dans les douleurs d'habitude, dans les névralgies légères.

4° En certains cas dans des névralgies graves et tenaces. Il faut alors être prudent car certaines névralgies graves avec hyperesthésie cutanée (les névrites alcooliques par exemple) peuvent se trouver très mal de la révulsion comme de tout procédé violent. Mais la révulsion permet parfois d'obtenir la guérison de névralgies ayant résisté à toutes les thérapeutiques. Duchenne de Boulogne avait déjà préconisé cette thérapeutique et j'ai dernièrement publié l'observation curieuse d'une malade opérée il y a plusieurs années, pour un prétendu cancer rectal (qui d'après la radiographie, montrant un *spina bifida* considérable du coccyx, était vraisemblablement une tumeur des méninges herniées — le chirurgien étant mort, je n'ai pu obtenir de renseignements sur ce qu'il avait enlevé). Cette malade gardait depuis l'opération une névralgie sacro-coccygienne intense et tenace qui empoisonnait son existence et se montrait rebelle à toute thérapeutique; je lui proposais un traitement par la révulsion faradique qui amena au bout d'un certain nombre de séances une guérison complète qui se maintenait un an après.

Certaines névralgies paraissent plus particulièrement justiciables de la révulsion. C'est ainsi que la méralgie paresthésique qui est considérée comme justiciable de la seule chirurgie peut guérir grâce à elle. Un chirurgien français, dont je ne me rappelle plus le nom, publia vers 1921 son auto-observation. Atteint de méralgie, il se voyait menacé d'abandonner sa profession quand il se soumit à un étincelage énergique de toute la région douloureuse. Ce traitement le guérit tellement bien qu'il put faire toute la guerre dans une équipe chirurgicale sans être gêné par sa cuisse. J'ai moi-même publié un cas tout à fait semblable. Mais il faut remarquer que les résultats ne sont obtenus que par des séances longues et intenses, le procédé n'est donc utilisable que chez des sujets très courageux décidés à subir des séances extrêmement douloureuses.

Enfin la révulsion est un procédé de premier ordre dans les *affections pithiatiques*.

La grande étincelle de statique ou de haute fréquence très longue, très cinglante donne une impression d'énergie formidable bien faite

pour impressionner les centres psychiques du sujet et lui faire penser qu'on use d'un procédé d'une efficacité extraordinaire. Elles ont d'ailleurs une action analgésique qui favorise la rééducation. Mais la simple révulsion faradique, qui a l'avantage de ne nécessiter qu'un appareillage réduit et transportable, par l'effet sensitif considérable qu'elle provoque, jouit de la même action psychique; elle est, elle aussi, analgésique.

Au début de la guerre, nos installations de physiothérapie ayant été improvisées, nous n'avions à notre disposition que la bobine faradique. D'autre part nous étions les premiers services de spécialité et c'est sur nous qu'on se débarrassait des cas invétérés dont on ne savait que faire. Avec le rateau de Tripier j'ai pu en quelques jours guérir des cas invraisemblables. Je vous en citerai seulement deux: un soldat ayant reçu en septembre 1914 une blessure (d'ailleurs légère et vite cicatrisée) à une cuisse, étant dans la position du tireur à genou, était resté dans cette position jusqu'en janvier 1915. On avait placé sur son pantalon une genouillère de cuir et il se promenait marchant sur un pied et sur un genou. Un autre soldat ayant été roulé par une explosion d'obus en août ou septembre 1915, avait été considéré comme atteint de fracture de la colonne vertébrale et laissé indéfiniment au lit, il était devenu campto-cormique; quand on me l'envoya au bout de 5 à 6 mois, il marchait courbé en deux, s'appuyant sur une canne de quelques centimètres de longueur, portant la tête plus basse que le bassin. Ces deux blessés, le 8ème jour, faisaient comme traitement 2 heures de course à pied dans la cour de l'hôpital. J'aurais certainement chez tous deux obtenu aussi bien, ou même mieux, avec des étincelles, si j'en avais eu à ma disposition.

Mais il est une catégorie d'affections pour lesquelles la révulsion faradique me paraît nettement supérieure, parce qu'elle est beaucoup plus douloureuse; ce sont les anesthésies ou les hypoesthésies. La faradisation permet sans dommage pour les téguments de faire des excitations sensitives formidables, alors que le pincement, la chaleur, la piqûre ne permettent sans abîmer la peau de porter les sensations notablement au delà de ce que peut tolérer un système nerveux normal.

La faradisation permet d'abord de confondre les simulateurs; un sujet entraîné peut assez facilement si on ne lui cause ni brûlure ni plaie, feindre de ne pas sentir les excitations habituelles. En utilisant un courant de plus en plus intense, on arrive rapidement à lui faire demander grâce.

Puis cette faradisation forme un traitement excellent des anesthésies hystériques, précisément parce qu'elle permet d'employer des exci-

LABORATOIRE NATIVELLE

27, Rue de la Procession - PARIS 15

OUABAINÉ  
ARNAUD

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.

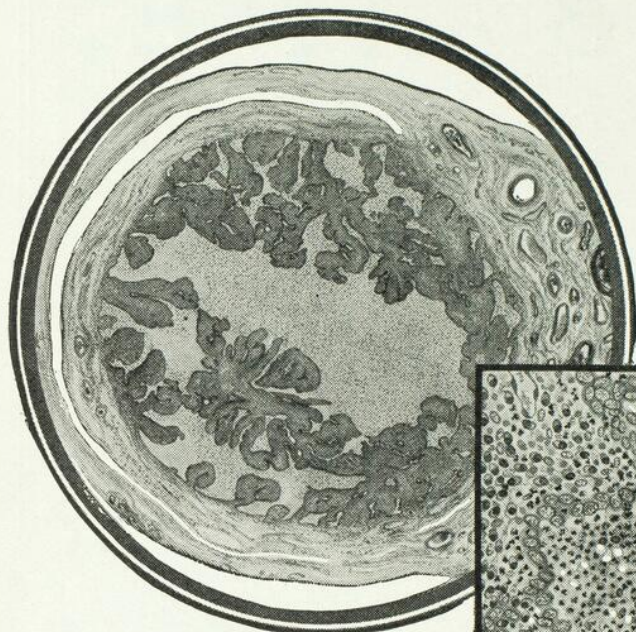
Manteaux.  
Renards argentés.  
Parures de cou.  
Réparations.  
Remodelage.  
Entreposage.

**MERCIER & DION**

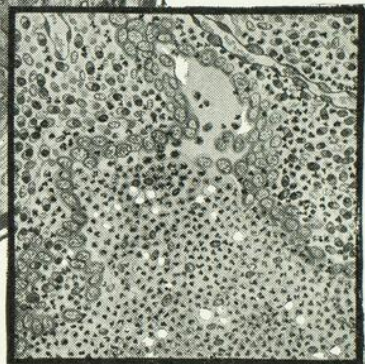
2117 est, Ave Mont-Royal près Delorimier

Tél.: FR. 2711

Peu de régions sont, autant que le bassin pelvien chez la femme, sous l'influence de la pathologie.



Coupe avec agrandissements  
microscopiques de l'état des  
trompes utérines suppurantes.



*Dans:*

SALPINGITES  
OOPHORITES  
MÉTRITES  
CERVICITES  
VAGINITES

*aussi bien que  
dans:*

MÉTRORRHAGIES  
AMÉNORRHÉES  
DYSMÉNORRHÉES  
CYSTITES  
BARTHOLINITES

La chaleur prolongée de l'

# Antiphlogistine

son action calmante et stimula-  
trice des capillaires, ses propriétés  
hygroscopiques et ses qualités thé-  
rapeutiques lui assignent un rang  
de premier plan dans le traitement  
de ces maladies.

Échantillon et littérature sur demande.

L'Antiphlogistine est fabriquée au Canada.

**THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY**  
153, LaGauchetière ouest,  
MONTRÉAL

tations sensibles sans aucun rapport avec celles dont nous disposons habituellement. Je n'insiste pas sur les détails de technique; ici, comme dans tous les cas où on emploie la psychothérapie, il faut être neurologue et tant vaut l'opérateur, tant vaut la manière de faire.

Avant de terminer je voudrais dire un mot du torpillage. Ce procédé consistait à utiliser un courant continu très intense avec de petites électrodes. Outre que ce courant continu très intense pouvait en certains cas ne pas mettre à l'abri d'une électrocution, il avait l'inconvénient de produire assez facilement de petites escarrifications cutanées. Le torpillage n'est donc pas un progrès sur les étincelles et surtout sur la révulsion faradique qui ne nécessite qu'un matériel simple et portatif; mais nous devons cependant être reconnaissant au torpillage qui, par la vogue qu'il a eu un moment, a attiré l'attention des praticiens sur les services que l'électricité peut et doit rendre comme procédé de rééducation.



# MOUVEMENT MÉDICAL

---

## LA LUTTE CONTRE LE CANCER.

Ce que nous pouvons faire dès maintenant.

Par L.-C. SIMARD.

Tout récemment, la presse quotidienne annonçait que le ministre de l'Hygiène, le Dr Paquette, allait commencer une campagne vigoureuse contre la tuberculose. Le taux élevé de la mortalité par tuberculose dans la province de Québec, très supérieur à celui des autres provinces, justifie toute initiative que pourra prendre le ministre contre un fléau qui est un des pires ennemis de notre petit peuple. Nous n'en doutons pas, ce nouvel élan donné par le gouvernement à la lutte antituberculeuse aura d'excellents résultats.

Il est un autre fléau, le cancer, contre lequel il faudrait, sans tarder, opposer toutes les forces médicales de la province.

Il y a quelque temps, une souscription publique lancée par tout le Canada a donné naissance au « King George V Silver Jubilee Cancer Fund for Canada ». Au mois de février dernier, le conseil d'administration de ce fonds a versé à l'Association Médicale Canadienne (The Canadian Medical Association) une somme de 14,000 dollars pour la lutte contre le cancer.

L'Association Médicale Canadienne poursuit actuellement deux buts; le premier est la création, au sein même de l'Association, d'une Section du Cancer, l'autre est l'organisation, au Canada, d'une Société ou Ligue contre le Cancer.

Voici le texte, que nous reproduisons intégralement en langue anglaise, du projet de l'Association en ce qui concerne son département du Cancer. (Extrait du Rapport de la 68e réunion annuelle de l'Association Médicale Canadienne, p. 55.)

### EXHIBIT « B »

#### Department of Cancer Control.

The proposed Department of Cancer Control does not call for the creation of a new organization. It simply demands a re-alignment of existing

committees. It is proposed that it consists of a Board of Directors presided by a Managing Director, with Secretariat.

(The nomenclature adopted in this report is used for convenience in enunciating the idea, but is subject to change by Executive.)

The Department shall be under the control of the Executive of the Canadian Medical Association acting for General Council.

The Cancer Study Committee shall continue to function. Its duties shall be those laid down in the Constitution and By-Laws of the Canadian Medical Association.

Each Provincial Chairman of Cancer Committee shall be *ex-officio* a member of the Board of Directors of the Department of Cancer Control of the Canadian Medical Association.

The Full-time Medical Secretary of any Provincial Association or Division of the Canadian Medical Association shall *ex-officio* become a Director of the Department of Cancer Control of the Canadian Medical Association unless such an appointment is expressly forbidden by the Association or Division employing him.

The Managing Director of the Department of Cancer Control of the Canadian Medical Association shall be the General Secretary of the Canadian Medical Association. He shall be empowered to appoint as his Secretaries, the Associate Secretaries of the Association as well as any other Secretary or Secretaries who may in future be appointed by Executive.

The Managing Director shall be authorized to use the Lay Secretariat of the Canadian Medical Association or of any of its Departments in the work of this Department. The Board of Directors of the Department of Cancer Control shall be permitted to co-opt any standing or special committee of the Canadian Medical Association to facilitate the carrying on of their work, such for instance as the Editorial Board, the Post Graduate Committee, the Department of Hospital Service, etc., etc.

#### Duties of the Department of Cancer Control.

The immediate duty shall be:

1. *a)* To set up in each organized hospital of one hundred beds and upward in Canada where no tumour clinic or cancer committee already exists, a cancer committee.

*b)* To provide each such hospital committee with an outline of its duties and a set of working rules.

*c)* To provide so soon as may be a «form» on which the early signs and symptoms, the diagnostic measures (biopsy or otherwise), which have confirmed the diagnosis, the treatment, the immediate result, and follow-up notes may be tabulated so that some measure of uniformity will be ensured.

*d)* To take immediate steps to secure the cooperation of an "Authorship Committee" who will provide a series of leaflets giving a brief outline of the early signs and symptoms suggestive of cancer in each of the more common sites. These should be multigraphed in sufficient numbers to provide one of each to each Chairman of a Hospital Committee for the guidance of those who undertake to give the monthly addresses.

*e)* To secure from the same source a number of addresses suitable for delivery before a lay audience in the event of the organization of a National Lay Organization being undertaken.

This suggestion is made because of the fact that on occasion exaggerated and overoptimistic statements have been made by doctors from the platform and in the press.

2. To undertake any additional activity which Executive may from time to time instruct it to carry out.

#### **Provincial Sub-Directorates.**

For the purpose of carrying out the work effectively, there shall be in each province a sub-directorate acting under the instructions of the Board of Directors of the Department of Cancer Control of the Canadian Medical Association. The Chairman of each Provincial Sub-Directorate shall be the Provincial Member of the Board of Directors. (Chairman of Provincial Cancer Committee.)

The Members of his sub-directorate shall be the members of the Provincial Cancer Committee. (Here it is urged that the Chairman of each hospital Cancer Committee becomes *ex-officio* a member of the Provincial Cancer Committee.) In the larger provinces, a number of areas under a sub-Chairman might be established.

The Department of Cancer Control of the Canadian Medical Association should exert its influence over Provincial Medical Associations to have them provide speakers on cancer at Annual Association meetings as well as at District meetings.

It should submit semi-annually or annually, in the pages of the *Journal* or a supplement of it, progress reports showing the extent of work accomplished.

In the event of the larger medico-lay organization not becoming an accomplished fact, the Department of Cancer Control might seek the authority of Executive to approach the Federal Department of Health to have it defray the cost of publication and mailing of cancer literature prepared for the education of doctors.

N. B. — The Department of Labour prepares and distributes an enormous amount of literature annually.

#### **Cancer Committee in Non-Teaching Hospitals of 100 Beds and Upward.**

The purpose of establishing these committees is:

*a)* To secure complete and carefully recorded histories of all cancer cases admitted to the hospital.

*b)* To have available for future study records of treatment and reports of the subsequent progress in « follow up » notes for every cancer case.

*c)* To « pool » the experience of the staff and give to every member an opportunity to become familiar with the early signs and symptoms of cancer in various sites.

*d)* To enlist each member of the staff in a campaign to instruct his own clientele in the early signs and symptoms of cancer whenever opportunity offers.

# NEOTONINE BUISSON

Accélérateur de la nutrition

## MÉDICATION RECONSTITUANTE

Vanadium Phosphore — Phosphore  
Arsenic — Strychnine.

AMPOULES  
ET  
GOUTTES

Société Générale d'Applications Thérapeutiques

— THÉRAPLIX —

Distributeurs: Rougier Frères, Montréal



## ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

# LAROSTIDINE "ROCHE"

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

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

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

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

HOFFMANN-LA ROCHE LIMITÉE, MONTRÉAL



# SANATORIUM DE BLOIS

23, Avenue Laviolette, TROIS-RIVIERES, Qué.

---

Fondé en 1896

---

Maison de repos, de régimes et  
de convalescence

Affections nerveuses en général

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

DEUX MEDECINS RESIDENTS

---

PRIX MODERES

---

Pour prospectus illustré, s'adresser au

Directeur, DR C. DE BLOIS

Trois-Rivières, P. Q.

Téléphone, 932

*Les aliénés et les contagieux ne sont pas admis.*

e) To give to every hospital the opportunity to contribute its quota to the building up of reliable statistics regarding the number of living cancer cases in Canada in a given year. At present these can only be « estimated ».

A number of hospitals of this type, in various parts of Canada have already voluntarily organized along these lines. Some of them have evolved an elaborate procedure. One of these might be submitted as a proposed pattern. It will probably be wiser however, at the beginning to suggest only the simplest basic requirements and permit the initiative and originality of each local committee to extend the scope of its activities as local conditions warrant.

#### **Proposed Method of Establishing Local Cancer Committees.**

It is suggested that the Provincial Cancer Committees in organizing an individual hospital, instead of adopting the democratic but haphazard method of asking the staff to set up the organization, approach one or more members of the staff who are known to be interested in the subject of cancer.

Ask them to accept the responsibility for bringing about the organization. Propose to them that they draw up a « slate » of members of cancer committee whom they will ask the staff to elect and empower to act.

This group should first be interviewed individually and the consent to do the work secured. On the Committee there should, if possible, be at least one surgeon, one physician, a pathologist and a radiologist.

The Committee will undertake:

1. To scrutinize, soon after admission, the history of each cancer case and if the history is incomplete, point out to the attending physician where it is incomplete and ask that the data be secured and recorded.
2. During the patient's hospitalization to require of each person responsible that a description of laboratory investigations, treatment given, and any other relevant data be filed with the history.
3. After the patient's discharge from hospital that « follow up » notes be entered at intervals of six months.
4. To arrange that the hospital authorities provide that the records of all cancer cases be kept in a special file.
5. To provide, at each monthly staff meeting, a speaker who will give a brief talk on the early signs and symptoms of cancer in some specific site.
6. To constantly urge upon the members of the staff that each one undertake to inform his clientele regarding early signs and symptoms of cancer, whenever the opportunity presents itself.
7. To refrain from interfering with the patient but at all times to hold themselves in readiness to give the attending physician any aid in their power, if he should ask for it.

Voici, d'autre part, en ce qui concerne l'organisation d'une Société Nationale, un extrait, prélevé dans le même rapport, d'une communication faite par le président de l'Association Médicale Canadienne au Conseil d'administration du « Fonds du Roi Georges V ».

«I am authorized by the Canadian Medical Association to very respectfully propose to you that you set up, or if such phraseology involves violation of the terms of the Deed of Trust, cause to be set up, a national society. For the sake of convenience it may, for the moment, be designated the «Canadian Society for the Control of Cancer». This Society would include within its ranks the «fighting arm» and the «intelligence service» which would help the «Trustees of the Fund» to discharge the obligation imposed upon them.

The Society would be controlled by officers constituting its Executive Council. The people of Canada would be invited to become members, provision being made for annual, sustaining, and life memberships. All fees, donations and bequests would be turned over to the Trustees of the King George V Silver Jubilee Cancer Fund for Canada.

All organized bodies who would volunteer to contribute their organized strength to aid in the fight against cancer would be invited to become affiliated with it. These would include such organizations as Canadian Hospital Council, National Health Council, Provincial and Federal Departments of Health, Canadian Nurses' Association, Canadian Dental Association, Canadian Medical Association as well as any organized bodies which have to do with medical or research activities. In addition there are a large number of lay organizations which might be invited to become affiliated. Examples are, the I.O.D.E., Women's Institute, National Service Clubs, etc.

As a condition of affiliation, each organization would be required to consent, to oversight over its cancer activities by an «Inspector» engaged by the National Society. Each would be further required to undertake that it would not engage in any cancer activity which was the special function of any other affiliated body without the special and official authorization of the National Society.

The officers of the National Society would employ a full-time «Inspector» who would be required to exercise supervision over the cancer activities of all affiliated organizations as well as to aid in building up membership in the National Society.

This man by reason of the variety of his duties should have reasonable organizing and executive ability and finally he should be able to speak both French and English.

A suggested initial salary for him would be \$6,000. and expenses.

The Society would employ a sufficient secretariat. It would set up selected from its various affiliated bodies, committees with sub-committees in various areas of Canada to deal with such problems as lay education, investigation of alleged research activities, investigation of alleged cancer cures, finance, etc.

The Executive Council would recommend to this Board of Trustees the payment of expenditures for salary of full-time «Inspector» and expenses. Expenses of secretariat, and, if and when funds are available, the publication and distribution of literature dealing with cancer activity.

Further, when funds are available, they would recommend to the Board, expenditure of money to send out authorities on cancer to address medical and (or) lay groups.

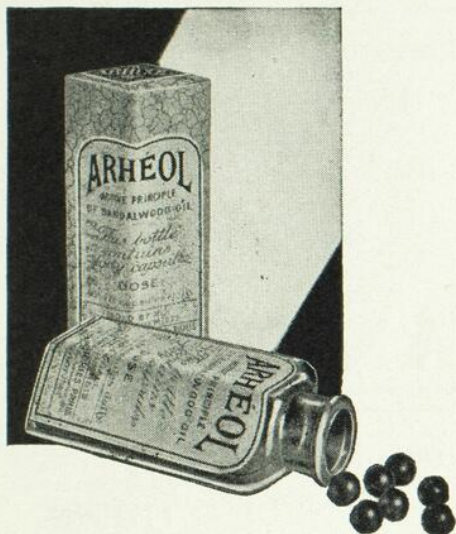
Later, if funds become available in excess of the requirements of educational activities, they could recommend for financial aid and individual or

# ACTION ANTISEPTIQUE

*prolongée*

sur

## I'APPAREIL URINAIRE



**D**ANS l'inflammation aiguë de la vessie, de l'urètre postérieur et de l'appareil génito-urinaire — lorsqu'il existe de la douleur, du ténesme 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<sup>r</sup> P. ASTIER

350, rue Le Moyne  
Montréal.

36-48 Caledonia Road  
Toronto.

# SEDLITZ CHANTEAUD

Granulé et Déshydraté

Laxatif — Purgatif

FOIE ———— INTESTIN

*Sulfate de Magnésie pur.*  
*Tartrate de Soude.*

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

# STÉNOL CHANTEAUD

Tonique — Diurétique

FAIBLESSE — SURMENAGE — NEURASTHÉNIE

|                              |                         |
|------------------------------|-------------------------|
|                              | Par cuillerée<br>à café |
| <i>Caféine . . . . .</i>     | <i>0 gr. 10</i>         |
| <i>Théobromine . . . . .</i> | <i>0 gr. 10</i>         |

*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 FRERES. Montréal**

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

group engaged in research which the investigating committee believed showed promise of value.

Still later, if financial conditions warrant the other activities suggested in the Deed of Trust may be recommended for subsidies.

Bearing in mind the suggestion made in the early part of this communication, you no doubt are ready to ask, « What have you to offer us? »

The Canadian Medical Association is prepared to offer all that it has in the way of organized services to further a program of education. It can offer no more.

If the principle enunciated in this brief is rejected, it would be a waste of time to examine the details of the offer. If the principle is accepted, I am prepared to submit in detail what the Canadian Medical Association is prepared to do. »

Ainsi qu'on peut le voir, l'Association veut créer dans chaque province des sous-comités qui organiseront chez eux la campagne anti-cancéreuse et travailleront de concert avec l'Association Médicale Canadienne et la Société Nationale de la lutte contre le Cancer.

Il y a dans le Québec tous les éléments pour mettre sur pied une Société de lutte contre le cancer, qui serait aussi efficace sinon plus que les organismes similaires des autres provinces. Depuis plusieurs années, de nombreux médecins, chirurgiens, dermatologistes, anatomo-pathologistes et radiologistes canadiens-français sont allés en Europe et aux Etats-Unis se spécialiser en cancérologie; d'autres médecins se sont formés sur place grâce aux précédents. Tout ce personnel est disséminé dans plusieurs villes et dans divers hôpitaux. Il existe en plus, à Montréal, depuis plusieurs années, un Institut du Radium, subventionné par la Ville de Montréal et par le gouvernement de la province, à Québec, depuis quelque temps, un Institut du Cancer, dont les principales fonctions sont de découvrir et de traiter les cancéreux. Une collaboration médicale efficace à la Société provinciale contre le cancer est déjà assurée.

Il suffirait au gouvernement de nommer un comité provisoire qui serait autorisé à rédiger une constitution et des règlements. Un comité central permanent, dont feraient partie des médecins et des profanes, recevant des allocations provinciales et municipales, dirigerait et subventionnerait plusieurs sous-comités: de conférences publiques, de cours de perfectionnement aux médecins, de recherche et de diagnostic, de traitement. Le comité central provincial serait en relation constante avec la Ligue Internationale contre le Cancer, serait aidée par la Société Canadienne pour la lutte contre le Cancer. Les sous-comités se serviraient des unités sanitaires et de nos sociétés médicales comme intermédiaires entre les conférenciers et le public,

de nos Universités et des journaux médicaux pour les cours de perfectionnement, utiliseraient les divers laboratoires des hôpitaux et des Universités comme lieux de diagnostic et de recherche, et les dispensaires comme endroits de dépistage.

La lutte contre le cancer ne se limiterait pas ainsi uniquement au traitement de cancéreux qui souvent viennent trop tard au chirurgien et au radiologiste, mais à une campagne d'éducation populaire qui consiste à enseigner les symptômes précoces et multiples du mal, à montrer que le cancer guérit souvent, plus souvent s'il est traité dès le début de son apparition, et qu'il y a intérêt à consulter non pas les charlatans qui sont des criminels, mais les spécialistes qui peuvent poser un diagnostic exact et diriger convenablement le traitement.

Que de malades sont venus à l'hôpital Notre-Dame, où l'auteur de ces lignes a eu l'occasion de voir plusieurs centaines de cancéreux, envahis par des cancers inopérables et pour lesquels un traitement chirurgical ou radiologique n'était institué que pour soulager les souffrances. Il y a quelques jours seulement, nous avons vu deux jeunes femmes, l'une âgée de 25 ans, mère de trois enfants, l'autre âgée de 28 ans, mère de cinq enfants, toutes deux porteuses de cancers très avancés de l'utérus et vouées inéluctablement à la mort avant la fin de cette année. La liste de ces cas malheureux s'allonge chaque semaine et les mêmes histoires se répètent dans tous les hôpitaux.

Le temps est venu d'unir toutes nos ressources pour combattre la maladie cancéreuse.

Il faut partir du bon pied, profiter des circonstances et constituer chez nous un organisme solide, complet, efficace — nous en avons les moyens — qui puisse diminuer la mortalité par cancer chez les Canadiens français et se comparer avantageusement aux organismes similaires des autres provinces et des autres pays.

L'autorité du ministère de la Santé peut seule mener à bien une telle entreprise.



## LE " DEVENIR " DU SYPHILITIQUE.

Par Paul POIRIER,

Chef du service de Dermato-syphiligraphie à l'Hôtel-Dieu,  
Assistant à la Clinique de l'Université de Montréal.

Il s'agit, cette fois encore, de syphilis; et il ne faut pas en être surpris. A beaucoup de points de vue, il est utile de s'y arrêter souvent.

Vous en avez connu des centaines de syphilitiques, dans les hôpitaux, et nous davantage (cela est dit sans prétention aucune); vous en traitez à la dizaine dans votre clientèle de ville.

Mais que deviennent, alors, ces malades qui ont été atteints de la maladie qu'on a appelé « le mal espagnol », pour se servir d'une expression d'actualité?

Ou, plus exactement, **quel est le « devenir » du syphilitique?**

Poser la question, ce n'est pas la résoudre.

Il faudrait tout d'abord savoir si on en guérit.

### La syphilis est-elle curable?

Voilà une question fort discutée à l'heure actuelle.

Aussi, je laisse la parole à ceux dont l'autorité ne peut être discutée en la matière.

« La guérison est, croyons-nous, la règle chez les malades bien traités et systématiquement surveillés... Malheureusement, aucun critère ne peut donner une certitude absolue...

« Même la réinfection et la superinfection ne prouvent pas que la première syphilis est complètement guérie.

« Sauf exception, la syphilis traitée par nos procédés modernes guérit complètement.

« Cette exception est si rare qu'elle ne doit empêcher ni le mariage ni la procréation.

« Le risque couru est plus minime que la plupart des autres risques de la vie (accidents, etc.). » (Professeur Gougerot, le Maître de Saint-Louis, *Le traitement de la syphilis en clientèle*, pp. 20 et 21, IVe édition, 1927.)

« Tout ce que l'on peut affirmer encore d'une guérison, c'est que sans doute sa valeur n'est pas absolue, mais que la très grande majorité des interprètes de l'expérience humaine considèrent la

maladie comme éliminée.» (Stokes, professeur de dermato-syphiligraphie à l'Université de Pensylvanie, *Le problème universel du jour*, p. 81.)

« Cette guérison aura été rendue possible grâce à un diagnostic clinique précoce, confirmé par l'ultra-microscope, grâce à un traitement énergique dans son intensité et dans son rythme, grâce aux indications fournies par les ponctions veineuses et lombaires. » (Professeur Marin, titulaire de la chaire de dermato-syphiligraphie, à l'Université de Montréal, *Union Médicale du Canada*, jan. 1932, p. 28.)

« Les résultats qui ont été obtenus depuis la mise en œuvre des nouvelles méthodes de traitement, basées sur les sels arsénicaux, sont tels que l'on est autorisé aujourd'hui, lorsque le malade anxieux pose la question si la syphilis est guérissable, de répondre sans hésitation : oui. » (Mathias, *Notes pratiques d'actualité médicale*.)

### I. Ceux qui guérissent ?

Ce sont ceux qui ont répondu aux conditions suivantes :

1) Les malades traités en période primaire ou dans les premières semaines qui suivent la roséole.

Dans le premier cas (le sang est alors négatif, et le diagnostic clinique a été confirmé par la recherche à l'ultra-microscope), un traitement intensif d'un an peut suffire. (Professeur Gustave Archambault.)

Dans le second cas, le même traitement intensif, qui doit être entretenu pendant encore un an et demi après que le Wassermann est devenu négatif.

2) Être demeurés indemnes de toute manifestation cutanée, muqueuse, viscérale, nerveuse.

3) Avoir conservé immuablement négatives les séro-réactions répétées fréquemment pendant plusieurs années.

4) Avoir conservé normal son liquide céphalo-rachidien.

5) Avoir procréé, dans l'occurrence, des enfants sains, sans aucune tare hérédo-syphilitique.

Quand il avait établi ainsi, avec une extrême prudence, le constat de guérison de ses malades, Marcel Pinard leur disait ceci :

« Vous êtes présumé guéri; vous reviendrez pour surveillance clinique et analyse sérologique deux fois par an, puis dans cinq ans on fera un nouvel examen du liquide céphalo-rachidien. Si quelque chose d'anormal survient dans votre état de santé, venez aussitôt nous en faire part. »

# Hémostyl

Anémies

Du Dr.

**ROUSSEL**

Hémorragies

## SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL

Flacons-ampoules  
de 10<sup>cc</sup> de Sérum pur

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

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

Sirap ou Comprimés  
de sang hémopoïétique  
total

**ANÉMIES**  
**CONVALESCENCES**  
**TUBERCULOSE, etc.**

*Echantillons, Littérature*

97, RUE DE VAUGIRARD — Paris.



D'ABORD VOUS ÉCOUTEZ—  
PUIS VOUS PARLEZ!

ANGLAIS  
ESPAGNOL  
ITALIEN  
ALLEMAND

ou toute autre langue

SANS EFFORT  
CHEZ VOUS  
QUAND VOUS VOULEZ!

PAR LA NOUVELLE ET FACILE MÉTHODE

## LINGUAPHONE

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

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

DEMANDEZ  
AUJOURD'HUI  
NOTRE BROCHURE  
GRATUITE



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

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

Nom.....

Adresse.....

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

Quelle langue vous intéresse?.....

Et cette surveillance clinique doit porter non seulement sur la peau, mais sur tous les organes, en particulier le système nerveux, le cœur, les yeux.

## II. Ceux qui ne guérissent pas ?

Ce sont ceux qui n'ont pu répondre aux conditions ci-haut signalées, et cela pour des raisons comme celles qui vont suivre :

### A) *De la part du malade :*

Insouciance ou ignorance (abandon du traitement).

Début de la maladie passé inaperçu (10% chez les femmes, 3% chez les hommes).

Consultation fortuite du pharmacien, de l'étudiant, de la garde-malade.

Ne pas consulter à la moindre lésion suspecte.

Brûler tout et n'importe quoi avec « l'acide » sous la main.

### B) *De la part du médecin :*

Diagnostics erronés (chancre pris pour de l'herpès).

Traitement insuffisant (petites doses, séries trop courtes) ; c'est faire la réactivation de Milian.

Congés trop longs.

Choix mauvais du médicament (en donnant la préférence au mercure et au bismuth).

Cesser le traitement pendant la grossesse.

Arrêter le traitement dès que le Wassermann est devenu négatif.

Négligence de faire des Wassermans de routine et de contrôle, chez tout le monde.

Ne pas instruire le malade de l'importance de sa maladie, par rapport à son avenir.

Ne pas l'examiner cliniquement : réflexes, symptômes subjectifs, neurasthénie, etc.

Ne pas faire de ponction lombaire (chose la plus simple et la plus anodine).

Si donc le traitement initial a été incorrect, on se trouve en face de malades blanchis, pour lesquels la guérison ne sera plus obtenue que dans des cas exceptionnels.

C'est dans cette catégorie de malades que rentrent la plupart des syphilitiques, qui ont l'apparence de bonne santé et souvent ne s'en portent pas plus mal en réalité.

**Doit-on traiter indéfiniment ?**

Louste, dont la compétence était indiscutable, nous répond : « Laissez tranquilles ces malheureux que vous avez soignés énergiquement pendant trois ou quatre ans, qui ont subi une ponction lombaire, qui n'ont présenté aucun signe clinique depuis le début du traitement. Surveillez-les, d'accord ; ne les traitez pas. »

Et c'est pour avoir méconnu ces principes élémentaires de la saine doctrine, qu'un nombre encore trop grand de ces « accidentés » sont allés remplir la galerie des scléreux, des cardiaques, des sourds, des muets, des aveugles, des paralytiques et des fous.





|                         |   |    |     |    |    |    |      |    |    |    |
|-------------------------|---|----|-----|----|----|----|------|----|----|----|
| 144                     | Hémorragie puerpérale }<br>Puerperal hemorrhage } | 9  | 15  | 13 | 14 | 18 | 13.8 | 11 | 10 | 12 |
| 145                     | Septicémie puerpérale }<br>Puerperal septicemia } | 26 | 31  | 29 | 28 | 22 | 27.2 | 27 | 18 | 23 |
| 146-147                 | Albu. & toxémie . . }<br>Albu. & toxemia . . }    | 19 | 20  | 18 | 22 | 22 | 20.2 | 16 | 20 | 20 |
| 148                     | Phlegmasia alba dolens                            | 5  | 9   | 4  | 4  | 5  | 5.4  | 4  | 2  | 6  |
| 143                     |   |    |     |    |    |    |      |    |    |    |
| 149                     | Autres — others . . .                             | 11 | 15  | 12 | 6  | 6  | 10.0 | 12 | 13 | 7  |
| 150                     |   |    |     |    |    |    |      |    |    |    |
| Total 2e groupe . . . } |   | 70 | 90  | 76 | 74 | 73 | 76.6 | 70 | 63 | 68 |
| Total 2nd group . . . } |   |    |     |    |    |    |      |    |    |    |
| Grand total . . . . .   |   | 85 | 109 | 90 | 99 | 92 | 95.0 | 97 | 86 | 88 |

## CONSEILS AUX MERES —

La maternité comporte une fonction normale de l'organisme qui constitue une participation directe à l'œuvre du Créateur, et ennoblit la femme.

Elle est à peu près exempte de dangers si des précautions sont prises dès le commencement de la grossesse; en effet, les accidents que l'on rencontre quelquefois sont presque toujours le résultat de la négligence, et il est facile de les prévenir en mettant en pratique les conseils qui suivent:

La femme enceinte doit, dès le début, consulter son médecin de famille et rester sous sa surveillance immédiate, jusqu'après ses couches.

Elle doit suivre ses avis avec beaucoup de précaution, et mettre soigneusement ses ordonnances en pratique.

Elle ne doit pas écouter les conseils de personnes autres que son médecin, afin d'éviter de prendre pour elle-même et pour son enfant, une responsabilité qu'elle n'a pas le droit d'assumer.

La mère doit considérer comme un devoir rigoureux, celui qui consiste à conserver sa santé intacte, afin de rester en état de prendre soin de sa famille et de donner naissance à des sujets vigoureux qui peuvent se développer normalement; elle ne doit pas oublier que c'est la seule façon de préparer un avenir heureux pour elle-même et pour tous ses enfants.

Conservez toujours un profond sentiment de répugnance envers celles qui manquent du courage nécessaire pour remplir leurs devoirs d'épouse et de mère, surtout si leur faiblesse de caractère les entraîne à commettre l'acte le plus basement criminel qui consiste à interrompre volontairement le cours de leur grossesse.

N'oubliez pas que celles qui se soumettent aux procédés nécessaires à cette fin, courent des dangers de la plus grande gravité.

Dans le cas où vous n'auriez pas besoin vous-même des conseils qui précèdent, veuillez les transmettre dans votre entourage à toutes celles qui pourraient en profiter; vous ferez de cette façon un bel acte de charité et vous contribuerez à une œuvre humanitaire et nationale.

Veuillez, chère Madame, recevoir ces conseils favorablement, et agréer l'expression de mes sentiments de respect et de cordialité.

Votre bien dévoué,

Le Directeur du Service de Santé,  
S. BOUCHER.

## TRIBUNE LIBRE

---

### À PROPOS DE LA RADIOSCOPIE EN SALLE ÉCLAIRÉE.

#### UNE MISE AU POINT.

Monsieur le Rédacteur,

On vient d'attirer mon attention sur le compte rendu d'une séance de la *Société Médicale de Montréal*, reproduit dans votre numéro de juin dernier. J'y figure avec deux communications, dont la première est rapportée dans les termes suivants :

M. Pariseau, à la suite des travaux d'auteurs français (Ledoux-Lebard), croit qu'il sera possible dans un avenir rapproché de faire de la radioscopie dans une salle suffisamment éclairée pour permettre certaines interventions telles que la réduction de fractures, l'ablation de corps étrangers, etc. Il suffit pour cela d'obtenir un éclairage par une lumière monochromatique, de laquelle seraient exclues ces parties du spectre pour lesquelles l'œil est hypersensibilisé, et cette lumière idéale correspondrait à la bande orangée du spectre. L'auteur dit qu'il est en voie d'expérimenter en vue d'obtenir la solution idéale à ce problème.

Ce n'est pas tout à fait ça. Que dis-je ! Ce n'est pas ça du tout. Je n'ai pas laissé entendre que j'étais « à la recherche de la solution idéale ». Au contraire, j'ai affirmé que MM. Ledoux-Lebard, Saget et Long venaient de résoudre le problème à la satisfaction générale. Bien plus, avant de parler de mes propres recherches j'ai tenu à répéter devant mes confrères l'expérience cruciale que les sus-nommés durent faire avant de pouvoir passer du laboratoire à l'usine. Suivant leurs directives j'avais fabriqué une lampe au moyen d'un tube à gaz hélium alimenté sous haute tension. Ceux qui assistaient à la séance du 26 janvier, tenue à l'Hôtel-Dieu, purent se convaincre que j'avais agencé à leur intention un éclairage véritablement monochromatique. Sur un point la démonstration clochait un tantinet, parce que je n'avais à ma disposition que du verre de « didyme » relativement peu absorbant, et sélectif, si on le compare au verre de néodyme spécialement préparé pour mon collègue de France.

Cependant, les résultats obtenus avec un matériel de fortune m'autorisaient à dire que l'outillage mis sur le marché par la *Cie Gén-*

*rale de Radiologie* est suffisamment au point. On ne saurait donc me classer parmi ceux « qui croient qu'il sera possible dans un avenir rapproché de faire de la radioscopie en salle éclairée ». J'ai dit que c'est chose faite.

Mais, ai-je ajouté, tout le monde ne peut s'offrir cette instrumentation plutôt coûteuse. A défaut de la solution presque idéale du problème, l'on peut se contenter d'un à peu près imaginé il y a dix ans déjà. Et c'est ici seulement que votre serviteur entre en ligne de compte avec sa contribution personnelle.

Je savais que les essais de *Bucky* et *Stumpf* n'avaient pas eu d'écho pour la raison très simple que les écrans radioscopiques, de leur temps, étaient si peu fluorescents que l'on ne pouvait se payer le luxe de sacrifier une partie de leur luminescence derrière un filtre coloré. Cependant, il m'est apparu en 1936 que la question devait être reprise parce que nous disposons désormais de substances beaucoup plus fluorescentes. A tel point que l'on peut, comme je l'ai fait voir, les recouvrir d'un filtre de couleur plutôt foncée, tout en leur laissant un éclat qui, pour être fortement amoindri, n'en demeure pas moins supérieur à celui des écrans classiques au tungstate, dont la plupart des radiologistes se contentent encore.

En d'autres mots, après m'être incliné très bas devant la belle réalisation de Ledoux-Lebard, j'ai dit qu'il n'y avait pas lieu de trop mépriser un pis aller. Ce qui n'était pas acceptable jadis pouvait fort bien se présenter comme suffisant en 1937. A condition, toutefois, qu'on se souvienne que le problème est à la fois physique et physiologique.

Mes auditeurs du 26 janvier admettront que je m'étais donné beaucoup de mal pour leur expliquer tous les aspects du sujet. Aussi bien suis-je un peu désappointé en constatant que cette partie de ma communication a été résumée dans les termes suivants: « Il suffit (sic) pour cela d'obtenir un éclairage par une lumière monochromatique, de laquelle seraient exclues ces parties du spectre pour lesquelles l'œil est hypersensibilisé. »

Hé! non; le cas se pose bien autrement. Certes, il est désirable que l'éclairage de la salle ne puisse désensibiliser la rétine de l'observateur pour les rayons émis par l'écran radioscopique, mais il est essentiel que le filtre placé devant l'écran du fluoroscope soit très absorbant pour la lumière émise par la lanterne du laboratoire, et, d'autre part, qu'il soit très transparent pour la lumière émanant de l'écran.

## AIDE BIENVENUE À LA LACTATION

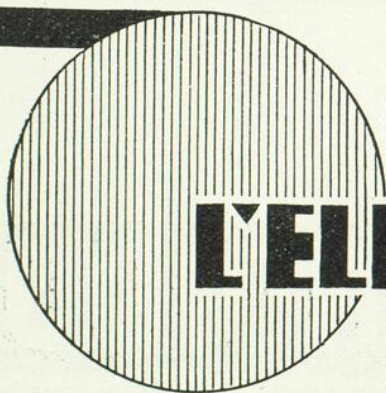


Ovaltine est un concentré alimentaire pur et sain, légèrement aromatisé d'une très petite quantité de cacao de qualité supérieure. Elle offre, sous forme condensée, la valeur nutritive des œufs, du malt d'orge et du lait entier en proportions bien balancées. Elle est approuvée par les médecins en Grande-Bretagne et sur le continent et d'un usage très répandu dans les hôpitaux.

# 'OVALTINE'

Aliment - Tonique - Liquide

Aide aux Mères à Allaiter Leurs bébés



## L'ELIXIR DUCRO

ANTI-ANOREXIQUE • 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.

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. 121839

**LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS**

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

L'éclairage orangé-clair que j'ai adopté provisoirement ne mérite pas qu'on le qualifie d'idéal. Un physicien le voudrait plus approchant du rouge, alors qu'un physiologiste ne manquerait pas de signaler qu'il fatigue un peu la rétine pour les rayons émis par le fluoroscope. Tel quel, il constitue un compromis.

Mais il y a des compromis fort acceptables. Ceux qui assistaient à ma causerie savent qu'elle se termina par une *démonstration* pleinement réussie de la radioscopie en salle éclairée. Il leur fut donné de constater que l'écran fluoroscopique paraissait *noir*, alors que les objets avoisinants étaient baignés d'une belle lumière dorée. Et puis, sur un signal, l'écran même s'illumina, révélant la présence derrière lui d'une main et d'un poignet dont tous les détails osseux apparurent nettement.

Bref, je fis de nombreuses *démonstrations*, livrant en une heure l'acquis de longues recherches menées, comme toujours, à mes frais et à mes risques. Et je ne réclamai pour moi-même que des mérites très relatifs. Malheureusement, ceux qui liront le compte rendu publié à la page 692 de *l'Union Médicale* apprendront que je suis « en voie d'expérimenter », et que « j'espère obtenir la solution idéale » d'un problème pour lequel Ledoux-Lebard et autres n'auraient fourni qu'une solution approchée...

Il n'est que juste de reconnaître que la tâche du rapporteur était, ce soir-là, particulièrement ingrate, pour des raisons diverses. Le distingué secrétaire de la *Société Médicale*, quand on lui parle médecine et non physique, s'acquitte de ses devoirs à la satisfaction de tous. J'espère qu'il ne m'en voudra pas de l'avoir trouvé en défaut et corrigé publiquement. Il fallait que je le fisse sous peine d'être sévèrement jugé par mes pairs.

Il me reste, monsieur le Rédacteur, à vous remercier de votre généreuse hospitalité, et à me souscrire,

Votre toujours dévoué confrère,

Léo PARISEAU.  
*Radiologiste à l'Hôtel-Dieu.*



# MÉDECINE PRATIQUE

## MÉDICATION DIURÉTIQUE

Un bon fonctionnement rénal est nécessaire pour la santé, à plus forte raison au cours des maladies infectieuses aiguës et chez les opérés.

La *sécheresse* de la *langue* graduellement augmentante est un signe précieux — le plus précieux croyons-nous — qui indique l'insuffisance rénale tant *qualitative* que *quantitative*. Il ne s'agit pas ici d'une langue chargée, comme au cours de la fièvre typhoïde. Non, mais d'une sécheresse évidente. Ne manquons pas d'y avoir l'œil dans tous les cas graves.

Que faire alors?

A. — Le *sérum* glucosé intraveineux aidera à déclencher la diurèse — à moins d'avoir affaire à un diabétique: évitons-le alors.

B. — Ajoutons de la *lactose* — le plus doux des diurétiques — à doses de 1 cuil. à dessert toutes les 6 heures, dans du lait, du thé ou café.

C. — La *caféine*, à dose de 0.25 gr. hypodermique ou *per os*, sera de même un adjuvant précieux.

D. — La *théobromine* à dose de 0.25 gr. en cachet toutes les 6 hrs aidera aussi.

E. — La théobromine et la caféine à parties égales sont fort effectives.

F. — N'oublions pas les Pil. de Lancereaux à base de scille, excellent diurétique.

G. — La formule que voici nous a été précieuse par son effet en plus d'une occasion.

|  |          |
|--|----------|
| Esprit d'éther nitreux . . . . .         | 20 c.c.  |
| Tr. de noix vomique . . . . .            | 5 c.c.   |
| Tr. de Cardamon . . . . .                | 15 c.c.  |
| Syr. de tolu . . . . .                   | 35 c.c.  |
| Liq. d'acétate d'ammoniaque, ad. . . . . | 150 c.c. |
| 1 cuil. à soupe toutes les 6 heures.     |          |

Elle est à la fois toni-cardiaque, diurétique et diaphorétique.

H. — Si l'estomac est intolérant, rappelons-nous que les ampoules de théobromine, données hypodermiquement, seront souvent utiles pour ouvrir le rein.

I. — Enfin n'oublions pas les *révulsifs lombaires*.

J'ai si bonne souvenance d'une opérée qui au 3ième jour n'avait pas encore uriné. Il s'agissait d'une mère de plusieurs enfants. Aucune autre complication. Mais ses reins se refusaient à fonctionner: le cas devenait grave.

Au soir du 3e jour nous lui fîmes appliquer à la région lombaire un grand cataplasme de graines de lin *sinapisé*. Elle le garda toute la nuit et vers 5 heures du matin les premières onces d'urine apparaissaient et dès lors le débit rénal se relevait rapidement et graduellement — et la malade fut sauvée.

Voilà quelques médications diurétiques qui seront utiles le cas échéant. Elles ont prouvé leur efficacité plus d'une fois.

Eug. ST-JACQUES,

## REVUE DES LIVRES

---

**La Thérapeutique du Nourrisson en clientèle**, par MM. P. NOBECOURT, Professeur de clinique médicale des Enfants à la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie de Médecine, Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades, et M. MAILLET, Ancien Chef de clinique médicale des Enfants à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin Chef du Centre d'hygiène infantile (Fondation Paul Parquet). Troisième édition. Librairie Maloine, 28, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1937. Un volume de 1,020 pages.

Voici la troisième édition de la *Thérapeutique du Nourrisson en clientèle* de MM. Nobécourt et Maillet. Ce volume, de 1,020 pages, fait partie de la collection *Comment guérir?* de la bibliothèque des praticiens du Dr Ch. Fiessinger.

Après des considérations générales sur le diagnostic et le traitement des maladies de la première enfance, les auteurs exposent, tour à tour, en autant de parties distinctes: 1° l'hygiène, les médications et les méthodes thérapeutiques; 2° le traitement des symptômes; 3° le traitement des affections et des maladies.

Me sera-t-il permis de faire quelques remarques à propos de l'alimentation des nourrissons? Les régimes des enfants normaux sont exposés d'une façon trop sommaire et trop peu en rapport avec les progrès réalisés en ces dernières années. Songez que les auteurs ne préconisent les régimes du sevrage ou d'ablaetation qu'à partir de l'âge de huit mois, lorsque les bébés ont deux ou quatre dents. D'autre part, ils exposent avec force détails le mode d'emploi de nombreux régimes pour nourrissons malades, dont un grand nombre offrent peu d'intérêt ou donnent des résultats médiocres.

Toutefois l'hygiène générale du nourrisson, la technique des médications externes, le mode d'emploi des médicaments et les diverses thérapies y sont exposés avec précision, en tenant compte des données les plus récentes.

Cette dernière édition est bien différente des deux précédentes. Les auteurs ont fait un réel effort, dans l'ensemble, pour mettre le praticien au courant des derniers progrès de la thérapeutique du nourrisson.

Paul LETONDAL.

**Forty years of Psychiatry.** Par William A. WHITE. Nervous and Mental Disease Publishing Company, New-York et Washington, 1933. \$3.00.

Cet ouvrage n'est ni une autobiographie *sensu stricto* ni un chapitre de l'histoire de la psychiatrie aux Etats-Unis; ce sont les réflexions critiques d'un psychiatre sur le point de vue personnel d'où il a été amené au cours de sa carrière à concevoir la théorie et la pratique de sa spécialité. Esprit d'une profonde culture biologique et philosophique, actuellement à la tête de

la plus grande organisation des Etats-Unis pour l'étude et l'assistance des maladies mentales (l'hôpital St. Elizabeth comprend 4.000 lits), M. White a la grande supériorité que confère une longue pratique non seulement des psychoses mais encore des criminels sur lesquels il vient d'écrire un livre qui marque une date importante, et enfin de l'hygiène mentale sous toutes ses formes.

M. White est né en 1870; de ses premières années d'études nous retiendrons seulement l'impression profonde que lui fit la lecture de Herbert Spencer dont on sait l'influence qu'il eut également sur Hughlings Jackson et l'enseignement de Boris Sidis à l'Institut pathologique de New York dont les idées répondaient approximativement à celles de Breuer. Comme la plupart des médecins américains White visita longuement les organisations psychiatriques de l'Europe; en particulier il fut auditeur des conférences que les spécialistes les plus autorisés de l'Allemagne venaient faire à la clinique psychiatrique de Munich sur l'invitation de Kräpelin. Bien entendu il ne fut pas enthousiasmé de tout ce qu'il vit en Europe au point de vue des soins donnés aux malades; comme il le dit très justement, la réforme historique de Pinel (1792) n'est qu'un symbole. Il y a malheureusement encore aujourd'hui des survivances, si atténuées soient elles, des procédés considérés comme normaux avant Pinel.

Durant son voyage en Allemagne avant la guerre White fut frappé de l'importance attachée à la formation psychiatrique des médecins militaires. A son retour aux Etats-Unis il organisa, d'accord avec le service de santé de son pays, un enseignement semblable pour l'armée et la marine, organisation qui rendit les plus grands services au moment de l'entrée en guerre de l'Amérique.

White distingue deux phases dans l'évolution de l'assistance aux malades mentaux: 1<sup>o</sup> la phase humanitaire, durant laquelle l'examen des malades se réduisait à un examen clinique superficiel sur la base de la psychologie académique et la thérapeutique à des soins d'hygiène générale et à l'usage abusif (restreint chimique) des somnifères; 2<sup>o</sup> la phase scientifique dont nous allons parler plus longuement. D'après White il y a une connexion étroite entre l'abandon de la psychiatrie descriptive et les modifications radicales survenues dans l'assistance des malades mentaux. Il s'agit dans l'esprit de l'auteur de l'ère nouvelle qu'a ouverte la psychanalyse; pour bien traiter les malades il faut les comprendre, et pour prévenir dans la mesure du possible l'apparition des psychoses il faut en connaître, du moins dans les grandes lignes, l'ontogenèse. C'est pourquoi la psychiatrie de Kräpelin, purement descriptive, ne pouvait guère donner naissance au mouvement de l'hygiène mentale, et c'est pourquoi, ajouterons-nous, elle se montre si stérile en Europe. Bien entendu, White donne de l'historique de ce mouvement l'exposé le plus objectif et souligne au passage le rôle prédominant du grand psychiatre de Baltimore, Adolf Meyer, qui unit à la pénétration (*Gründlichkeit*) de l'esprit germanique le goût des réalisations de l'esprit américain.

A ce point de vue, un chapitre spécial est consacré par White aux dispositions légales concernant les maladies mentales. Avec juste raison il considère comme archaïque les dispositions de la loi anglaise de 1926 que certains considèrent cependant en Europe comme extrêmement remarquables, et il propose de les remplacer par quelques dispositions très simples qui, tout en protégeant la liberté individuelle, assurent de façon parfaite

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

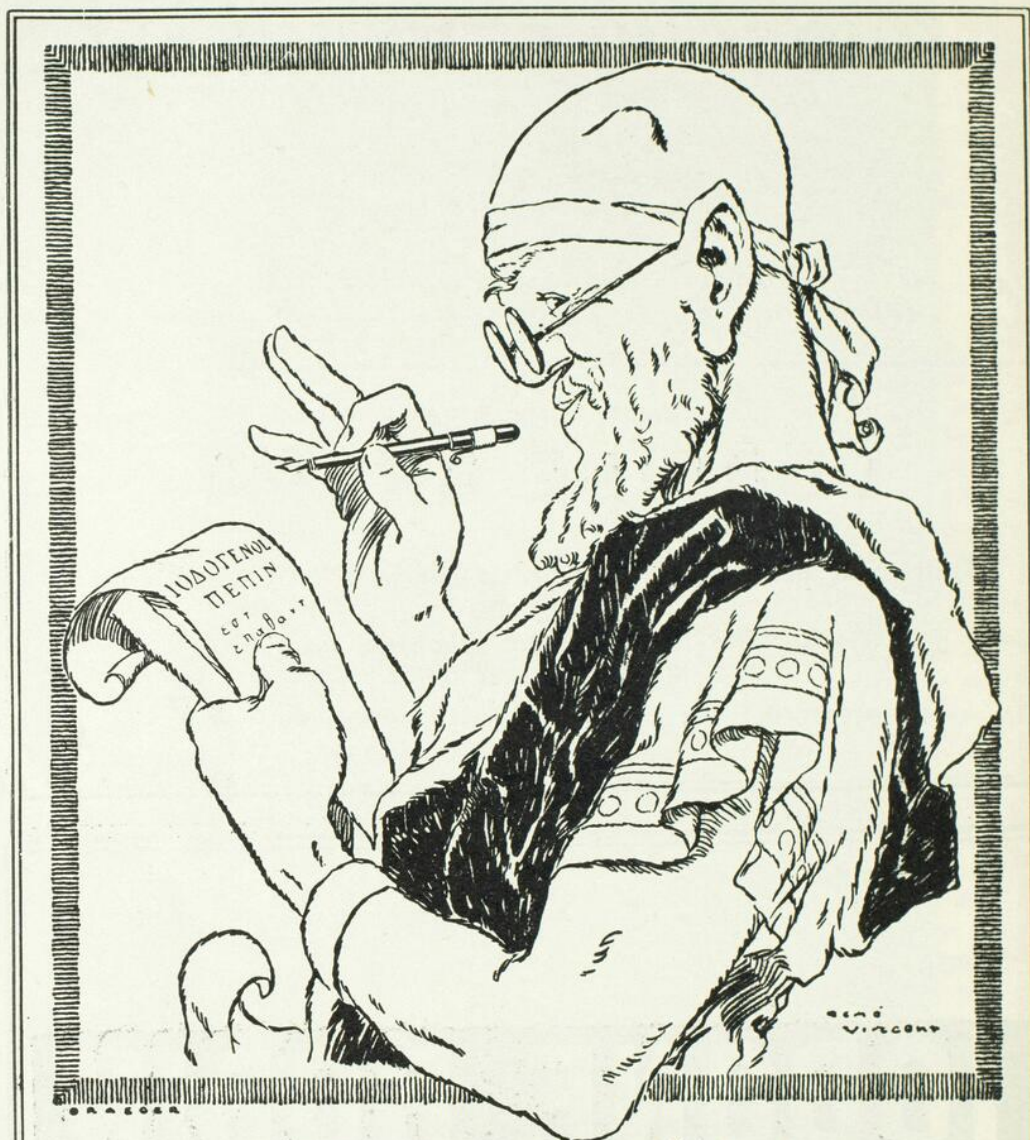
INJECTABLE

R.C. 21830

**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

les soins nécessaires. Il est curieux de constater que cinq paragraphes seulement constituent l'essentiel de ce projet! Il y a lieu de retenir également la proposition de rendre obligatoire pour la formation professionnelle des attorneys et des juges au criminel un stage dans les cliniques psychiatriques et dans les prisons. White ne cesse en effet de dénoncer dans ses écrits l'écart existant entre le caractère essentiellement scolastique et infantile (au sens psychanalytique du mot) de la plupart des législations criminelles et l'état actuel de nos connaissances sur le rôle de la sphère instinctive dans les actes humains.

Il y aurait lieu maintenant de signaler cette transformation profonde dans notre conception du comportement humain, transformation que White a vécue pour ainsi dire et à laquelle il a apporté une importante collaboration. Il est intéressant pour nous de noter au passage l'influence attribuée par White à la philosophie bergsonienne, essentiellement dynamique, dans cette transformation aux Etats-Unis.

L'auteur n'attache pas moins d'importance en sa qualité de directeur d'hôpital psychiatrique au côté matériel de l'aménagement des institutions d'assistance et de traitement. L'accroissement formidable des psychoses aux Etats-Unis est vraiment impressionnant; à l'heure actuelle on compterait environ 400,000 malades mentaux, et les statisticiens ont calculé que, si le même rythme subsiste, en 1970, si la population totale est de 150,000,000, c'est 950,000 cas de maladies mentales qu'il faudra compter. En attendant, l'hôpital St. Elizabeth, à Washington, lequel est dirigé par White, compte 5,000 lits, et le Pilgrim Hospital, en voie de construction à New-York, est prévu pour 10,000 lits. Ces cités psychiatriques comportent un personnel médical si considérable qu'elles constituent en fait de petites républiques fédératives.

Devant les perspectives qui s'ouvrent pour l'avenir, White se demande en terminant dans quelles mesures une prophylaxie est possible. Ce n'est pas sans intérêt qu'on peut lire que la stérilisation dite eugénique est, dans l'esprit de White, une mesure relevant d'un esprit un peu primaire parce que nos connaissances sur l'hérédité sont encore trop rudimentaires. En dehors de la recherche scientifique, seule capable de donner une solution sans cesse approximative d'ailleurs, c'est tout le programme de l'hygiène mentale de l'enfance qu'il faudrait reprendre ici et, au point de vue économique si important aujourd'hui, l'organisation sur une base nouvelle du travail manuel rémunérateur en même temps que scientifiquement réglé dans les hôpitaux psychiatriques. Contrairement à ce que nous lisions récemment dans un journal américain, le livre de White n'est pas à mettre entre les mains des débutants, car il est le fruit condensé de toute une vie de réflexion sur les problèmes posés par les psychoses, et bien des psychiatres européens d'un âge avancé pourraient le lire avec profit, à condition d'avoir encore une certaine capacité d'assimilation, ce qui n'est pas toujours le cas dans les pays où les innovations sont redoutées comme de véritables catastrophes.

R. MOURGUE.



## ANALYSES

---

### MEDECINE

Dr COMISIONER. — **Traitement des ulcères gastro-duodénaux par les acides aminés.** « Gazette Médicale de France », 15 juin 1937.

L'auteur conseille chez tous ces malades une série de 21 à 24 injections intramusculaires d'histidine à la dose de 5 c.c. par ampoule. Il cite ensuite les résultats obtenus: d'abord la tolérance quasi immédiate d'un estomac jusqu'alors particulièrement récalcitrant à un régime alimentaire normal; dans la majorité des cas, disparition des douleurs dès le début du traitement; dans les ulcères peptiques secondaires à une gastro-entérostomie, même effet. Les hémorragies intestinales provoquées par les ulcérations s'arrêtent rapidement, et l'examen des selles montre presque systématiquement la disparition complète de toute trace sanguine.

Les vomissements disparaissent dès le début du traitement.

Le retentissement sur l'état général est remarquable: des malades qui, jusqu'à la cure, se sentaient fatigués, étaient amaigris et anorexiques, voient leurs forces revenir et ils engraisent. C'est que leur appétit revient et leur permet de s'alimenter normalement.

Chez tous ses malades, l'auteur a noté une reprise des forces et du poids d'au moins deux à trois kilos pendant le traitement.

Bref, opinion très optimiste de l'auteur sur l'efficacité de l'histidine; opinion qui n'est pas, malheureusement, acceptée unanimement.

Yves CHAPUT.

### CARDIOLOGIE

John J. SAMPSON et Maurice ELIASER, Jr. (San Francisco, Calif.). — **Le diagnostic de l'imminence d'une thrombose coronarienne aiguë.** « The American Heart Journal », juin 1937.

Par l'étude de 29 cas, les auteurs rapportent les signes principaux qui caractérisent l'approche d'une thrombose coronarienne.

Dans près de la moitié des cas, la thrombose coronarienne a été précédée de douleurs angineuses; les douleurs sont survenues en moyenne 13 mois auparavant et la plus longue a été de 4 ans.

A l'exception de deux cas, le caractère des douleurs précordiales annonçant l'imminence d'une occlusion coronarienne ne différait pas des crises angineuses accusées auparavant.

La durée des douleurs prémonitoires était en moyenne de deux heures.

L'intervalle entre les attaques prémonitoires et la thrombose coronarienne a été en moyenne de 7 jours.

Les auteurs ont trouvé une mortalité de 34.5% chez les patients qui avaient des douleurs prémonitoires et de 50% chez ceux qui n'en avaient pas eues.

Paul MORIN.

## PHTISIOLOGIE

### H. BARTH. — **Sur quelles bases établir un traitement rationnel de la tuberculose pulmonaire.** « La Presse Médicale », 13 février 1937.

Si dans les grandes agglomérations, presque tout le monde est contaminé par le bacille tuberculeux (primo-infection) c'est dans la proportion de 8 à 9% des cas, que le germe morbide se développe. Il y a en premier lieu, les enfants du tuberculeux qui sont le plus atteints parce qu'ils héritent d'une certaine faiblesse de constitution et d'une insuffisance fonctionnelle. En second lieu viennent les personnes de tout âge dont l'organisme a été amoindri par une maladie générale ou par des épreuves physiques et morales excessives. Ces deux groupes de sujets résistent naturellement peu au bacille tuberculeux.

Tel n'est pas le cas des arthritiques goutteux présentant un métabolisme ralenti avec tendance à l'hypertension. Ceux qui ont une énergie nerveuse intacte deviennent exceptionnellement tuberculeux; ils sont des réfractaires. Devant de tels faits le médecin voit sa ligne de conduite toute tracée. Puisque le bacille est protégé par une coque cireuse, il est inutile de s'attaquer directement à lui; tous les agents cliniques sont inutiles.

Si l'on veut atteindre la guérison de la tuberculose, il n'y a qu'un seul moyen, c'est de rendre l'organisme réfractaire au développement du B. K. Les moyens passifs (cure hygiéno-diététique, pneumothorax) n'apportent pas la guérison, ils en favorisent les conditions. Il faut pour guérir la tuberculose, modifier la nutrition. Pour modifier la nutrition, il y a de nombreux moyens. Depuis toujours, on a utilisé le soleil, la lumière, les montagnes, l'altitude, la mer, les radiations électriques de l'air et du soleil. Mais les plus puissants modificateurs de la nutrition sont le fer, l'arsenic, l'iode, etc. Ces moyens, bien employés font un terrain réfractaire. Trop partisans de la cure hygiéno-diététique, les modernes ont bien à tort négligé la médication interne dédaigneusement qualifiée de chimiothérapie. « Les zéloteurs du pneumothorax artificiel ont été plus loin: uniquement préoccupés de la mécanique respiratoire, ils ont confondu la lésion avec la maladie et ont cru guérir la tuberculose en aplatissant un lobe malade ».

L'auteur prétend qu'en se servant à bon escient de l'arsenal thérapeutique, on arrive à des résultats « plus prompts, plus sûrs et aussi beaucoup moins onéreux que par toute autre méthode », si le médecin sait se débarrasser des préjugés qui rabaisent la thérapeutique à une sorte d'équation.

D'abord ne pas oublier le rôle de la psychothérapie puisque c'est le système nerveux qui est le principal régulateur; enfin examiner chaque malade attentivement pour après considérer les indications principales:

- a) Relever la tension artérielle et modérer le métabolisme basal.
- b) Combattre l'asthénie nerveuse et l'amaigrissement.

c) Provoquer la résorption des exsudats inflammatoires, des débris caséux ganglionnaires et parenchymateux. Pour les indications secondaires elles consistent à calmer la toux et l'expectoration, à combattre l'anémie et l'hyperthermie, à surveiller le fonctionnement du tube digestif et du foie.

Paul-René ARCHAMBAULT.

**G. DREYFUS-SEE. — Le traitement de la tuberculose curable de la deuxième enfance.** « Presse Médicale », 21 avril 1937.

La contamination tuberculeuse de la deuxième enfance est fréquente et présente plutôt souvent des formes curables.

L'intensité, la répétition du contagé, la résistance du terrain, font que la tuberculisatation réalise des formes variables que l'auteur répartit en trois groupes:

1° Petits signes de déficience générale, légère toux, sans signes cliniques précis, contact suspect; la radio montre une ombre limitée juxta-hilaire ou scissurale, parfois nettement lobaire.

2° Signes généraux à allure aiguë de typhobacillose, ou sub-aiguë avec éruption d'érythème noueux; la radio est alors ganglio-pulmonaire plus ou moins étendue mais localisée.

3° La cuti-réaction est positive sans cependant de signes pathologiques.

Ces formes sont habituellement curables. Le bacille de Koch dans le liquide gastrique de ces malades se trouve par intermittence. Ils sont donc contagieux à un faible degré.

*I. Traitement de la tuberculose primo-secondaire avec foyer radiologique décelable.*

Il y a épisode fébrile, signes généraux persistant, cuti-réaction positive et souvent du Koch dans le liquide gastrique.

*Première période de traitement.* Repos complet.

Cette période comporte le repos absolu, sans changement de climat; au lit, au calme isolé, au grand air, de préférence à la campagne, et sous surveillance médicale. On peut ajouter une médication banale récalcifiante.

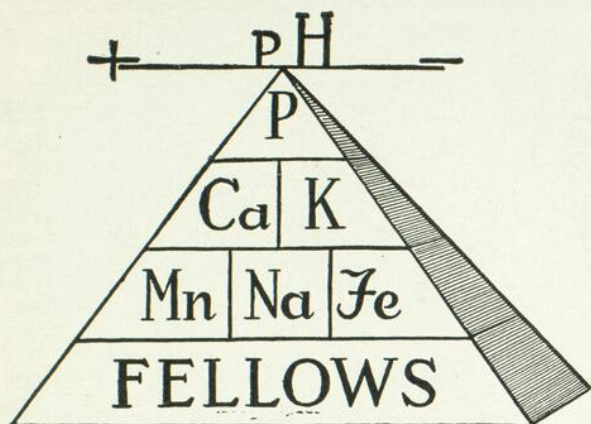
*Deuxième période de traitement.*

C'est la cure libre ou l'envoi en sanatorium de campagne ou d'altitude. L'auteur insiste sur la nécessité d'une discipline de cure stricte: silence, quelques heures par jour, jeux tranquilles, conversations limitées, etc.

Dix à dix-huit mois d'une surveillance médicale suffiront en général pour faire régresser les signes cliniques et radiologiques chez ces malades.

*Troisième période de traitement.*

C'est la consolidation et reprise de la vie normale. Elle consistera en une cure préventoriale, d'altitude libre, mais surveillée. La reprise de la vie normale se fera graduellement en surveillant le poids et même la température. On évitera tout surmenage physique ou intellectuel ou travaux trop prolongés. On conseillera des vacances l'hiver comme l'été, on prescrira avec prudence la gymnastique, les bains froids, etc.



## EQUILIBREZ LE pH

et tonifiez  
l'organisme tout  
entier avec le

### . . SIROP FELLOWS AUX HYPOPHOSPHITES . .

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

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

**Tout Déprimé**  
» **Surmené**

**Tout Cérébral**  
» **Intellectuel**

**Tout Convalescent**  
» **Neurasthénique**



est justiciable  
de la :

## NEVROSTHENINE FREYSSINGE

**6, Rue Abel  
PARIS (12<sup>e</sup>)**

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 Crésote titrée en Galacoi. 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 LIMITÉE**  
MONTREAL

---

---

Il va sans dire que le régime doit être riche, abondant, comportant légumes, fruits crus, viande, en les variant. Les médicaments peuvent être employés avec avantage, la vitamine D, le calcium, les sels d'or.

II. *Traitement de l'infection tuberculeuse à début aigu ou subaigu.*

Le traitement est analogue à celui de la première période de traitement de la forme habituelle, mais le repos au lit est plus absolu encore. Ultérieurement, la conduite thérapeutique sera selon l'aspect des lésions pulmonaires décelées.

III. *Traitement des enfants tuberculés sans signes cliniques ni radiologiques d'affection tuberculeuse évolutive.*

a) A ceux dont la tuberculisation est récente.

b) A ceux qui ont en plus un état général déficient, sans cependant de signes cliniques ou radiologiques.

A ces deux groupes, on préconisera dans le premier cas le climat marin, dans le second, la montagne ou la campagne. Ajoutons la cure modérée qui demeure indispensable: repos, éviter fatigues, etc.

IV. *Les formes associées.*

L'association pleurale commande de faire le bilan des lésions pulmonaires, et ne demande pas de traitements spéciaux. L'association de péritonite tuberculeuse demande la cure d'altitude, d'aération, d'insolation locale abdominale. De même pour l'association osseuse ou ostéo-articulaire.

L'association de manifestations intestinales et rénales sont une grande entrave à la guérison des poumons. Leur thérapeutique précoce et énergique réside dans les régimes suffisamment nutritifs et les mesures diététiques prudentes.

En résumé:

a) Obtenir de l'entourage familial l'application très stricte des prescriptions hygiéno-diététiques, en sachant imposer des sacrifices matériels et moraux.

b) Chez l'enfant guéri, la surveillance demeure indispensable durant toute la période de rééducation et devra être prolongée les années suivantes.

En pratique, ce traitement et cette surveillance éviteront les risques graves de la tuberculose de réinfection si dangereuse pour l'adolescent.

Gaspard MORIN.

## NUTRITION

I. M. RABINOWITCH, A. F. FOWLER et E. H. BENSLEY. — **L'emploi de l'insuline protamine avec zinc dans le coma diabétique (The use of Protamin Zinc Insulin in Diabetic Coma).** « C. M. J. A. », août 1937, p. 105.

Dans des communications précédentes, les auteurs ont démontré que la P. Z. I. (Protamin Zinc Insulin) était supérieure à l'insuline protamine seule pour contrôler le diabète compliqué ou non d'infection ou d'acidose. Et ceci a été confirmé par plusieurs autres médecins dont Wilder et Wilbur de la

clinique Mayo qui ont constaté, en plus, que les patients, avec l'emploi de cette insuline, se sentaient beaucoup plus forts.

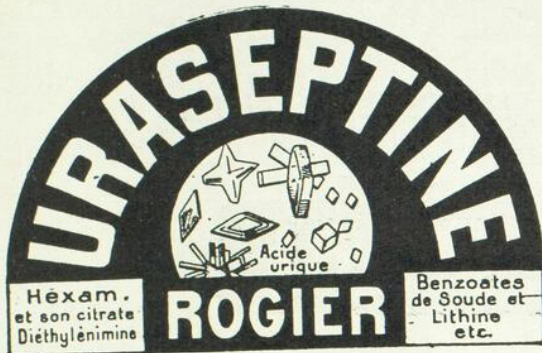
Les auteurs ont aussi montré antérieurement que la P. Z. I., malgré la lenteur de son action, pouvait faire baisser le taux de la glycémie d'un seul coup aussi rapidement que l'insuline ordinaire, pourvu que la dose employée en fût élevée. Il n'y avait donc plus de contre-indication à employer cette nouvelle insuline, lorsqu'on désirait une action rapide. Ils en firent la preuve en l'employant chez des diabétiques ayant subi une intervention chirurgicale et ils en conclurent que la P. Z. I. était plus effective que l'insuline ordinaire, à cause de son action prolongée, tout en tenant compte du genre d'opération et d'anesthésie pratiquées.

Il leur restait donc à contrôler l'efficacité de la P. Z. I. dans la pire complication du diabète, le coma, ce qu'ils firent dès qu'ils en eurent l'opportunité et dans l'article présent ils nous font justement part de leurs constatations. A leur avis, les faits ont démontré clairement que dans le coma diabétique l'emploi de la P. Z. I. est *idéal*. En effet, avec l'insuline ordinaire, il fallait plusieurs doses très fréquemment répétées même pendant 24 à 48 heures pour arriver à contrôler le coma et réduire le taux de la glycémie à la normale, tandis que maintenant une seule dose simultanée de P. Z. I. et d'insuline ordinaire donne le même résultat tout en permettant de faire ingérer au malade de 800 à 1000 grammes d'hydrates de carbone dans l'espace de 38 à 62 heures.

Les auteurs, en passant, regrettent la confusion qui existe actuellement dans la littérature médicale entre l'insuline protamine et la P. Z. I., et ils spécifient bien que dans les cas rapportés ici, ils ont employé la P. Z. I.

Jusqu'en mars 1937, dans le coma diabétique, non seulement la P. Z. I. n'était pas employée, mais les autorités médicales étaient unanimes à la juger contre-indiquée, car, de l'avis de tous, il fallait alors faire vite et un traitement vigoureux par l'insuline ordinaire s'imposait. C'était donc un problème, pour les auteurs, que de traiter le coma diabétique avec la P. Z. I., d'autant plus qu'il s'agissait de coma, compliqué d'infection et que, dans une telle éventualité, il est fréquent de rencontrer des patients qui alors répondent peu ou longtemps après à l'action de l'insuline ordinaire même à très hautes doses et par voie intraveineuse. On voit même des cas où la glycémie monte après l'injection d'insuline. Les auteurs, dans un tableau, nous montrent en passant que dans 4 cas de coma, ils ont observé le même phénomène avec la P. Z. I.

Voici maintenant comment les auteurs ont procédé pour le traitement du coma diabétique par la P. Z. I. Ils ont d'abord tenu compte comme Hims-worth et autres du fait 1<sup>o</sup> que l'ingestion d'hydrates de carbone augmente la tolérance aux H de C, alors que les graisses la diminuent et 2<sup>o</sup> que l'ingestion d'H de C, favorise chez l'individu (homme ou animal) l'action de l'insuline, alors que les graisses la diminuent. Il fallait donc non seulement donner une dose adéquate d'insuline pour maintenir la glycémie normale, mais aussi pour permettre l'administration au malade d'une grande quantité d'H de C. Il fallait aussi agir rapidement et comme la P. Z. I. est une suspension et non une solution, il ne pouvait être question de la donner par la voie intraveineuse; mais cependant on pouvait compter sur son action prolongée. En se servant de ces données, les auteurs ont donc cru qu'au lieu de donner plu-

**ANTISEPTIQUE URINAIRE ET BILIAIRE par excellence**

Se méfier des similitudes de noms

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

**INDICATIONS:** Pyélites — Pyélo-néphrites — Bactériuries — Cystites — Prostatites — Urétrites — Pyuries — Blennorrhagies — Abscesses urinaires — 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.**

**MODÉRATEUR CARDIAQUE**

**SÉDATIF NERVEUX**

**ANTI-SPASMODIQUE**

# CARDIOSÉDINE

Action combinée de l'Aubépine, du Saule Blanc et de l'Isovalérianate de Quinine jointe à celle du Phényl-éthyl-malonylurée.

**INDICATIONS:**

**Arythmie, instabilité cardiaque, extrasystoles, troubles dus aux spasmes vasculaires de l'hypertension, angine de poitrine, etc.**


**ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE**

**Importations Européennes Ltée**

637, rue Craig ouest

Tél. LA. 0315

**MONTREAL**




# 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

sieurs injections d'insuline ordinaire fréquemment répétées, il valait mieux donner *simultanément* une injection intraveineuse d'insuline ordinaire, une injection sous-cutanée d'insuline ordinaire et une injection sous-cutanée de P. Z. I. afin de baisser la glycémie très rapidement au taux normal et de l'y maintenir pendant longtemps, malgré l'ingestion par le malade de grandes quantités d'H de C.

C'est donc selon ces principes qu'ils traitèrent un cas de coma diabétique très sévère déclenché par une infection aiguë des voies respiratoires supérieures. Après avoir prouvé par des examens de laboratoire (glycémie, acétonurie, etc.), qu'il s'agissait bien de coma diabétique, ils donnèrent au malade en une seule dose sous-cutanée 400 unités de P. Z. I. et deux heures après 400 unités d'insuline ordinaire par voie intraveineuse. Les autres montrent alors dans un tableau la descente rapide de la glycémie vers la normale et s'y maintenant pendant longtemps bien que le malade ait ingéré 1000 grammes d'H de C. en 32 heures. L'état clinique du malade s'est amélioré parallèlement à la baisse de la glycémie. Les auteurs en passant font remarquer que les H. de C. ingérés ont été bien utilisés par le malade, car il n'en a passé que 10 grammes dans les urines. Encouragés par ce beau résultat, ils ont employé la même méthode dans deux autres cas de coma diabétique avec insuffisance cardiaque et ils ont obtenu les mêmes bons résultats.

Avec de telles doses d'insuline, on serait porté à craindre des accidents d'hypoglycémie. Les auteurs font remarquer qu'avant l'ère de l'insuline, tous les cas de coma diabétique mouraient tandis que depuis l'emploi de l'insuline il n'est pas rapporté un seul cas de coma diabétique mort d'hypoglycémie et chez les diabétiques ordinaires, les cas de mort par hypoglycémie sont très rares. Les auteurs citent même, à titre d'exemple, les 12 derniers cas de coma diabétique compliqués de gangrène, anthrax, etc., qui ont tous reçu respectivement 300 unités d'insuline et qui sont tous guéris.

Dans un cas de coma diabétique, quelle dose d'insuline doit-on donner? Les auteurs répondent à cette question par un tableau montrant la dose à donner selon que le coma est léger, modéré, sévère ou profond. On y remarque que la dose suggérée pour l'insuline ordinaire en injection sous-cutanée ou intraveineuse est la même et que la dose pour la P. Z. I. est le double de l'insuline ordinaire.

Quant à apprécier le degré de sévérité du coma, les auteurs, au point de vue clinique, tiennent compte:

- 1<sup>o</sup> de l'âge du malade: les jeunes répondent mieux à l'insuline que les vieux;
- 2<sup>o</sup> de la durée du coma: un coma qui dure depuis longtemps demande de plus grandes doses d'insuline;
- 3<sup>o</sup> du degré du coma: léger, modéré, sévère ou profond;
- 4<sup>o</sup> de l'état du cœur et de la respiration;
- 5<sup>o</sup> du volume des urines: anurie et vomissements aggravent l'état du malade en empêchant l'élimination des corps cétoniques.

En passant, les auteurs font remarquer que le traitement du coma diabétique par la P. Z. I. ne doit pas exclure les autres soins tels que: applications de chaleur, lavement, tonicardiaques, sérums chlorurés, etc.

En résumé, les auteurs, dans le traitement de ces cas de coma diabétique ont étudié: 1<sup>o</sup> l'action de l'insuline ordinaire par la voie sous-cutanée ou intra-

veineuse, 2<sup>o</sup> la différence entre l'action de l'insuline ordinaire et la P. Z. I. et 3<sup>o</sup> l'influence des hydrates de carbone sur l'action de l'insuline.

Ils en concluent que la glycémie peut être baissée très rapidement à la normale et y être maintenue longtemps en dépit d'ingestion de grandes quantités d'hydrates de carbone, par une injection *simultanée* d'insuline ordinaire et d'Insuline Protamine avec zinc.

Armand GRATTON.

## NEURO-PSYCHIATRIE

John A. TOOMEY. — **L'immunité active et passive et la porte d'entrée dans la poliomyélite.** «J. A. M. A. », 109: 402 (7 août) 1937.

Cet article est une excellente revue des travaux récents sur la poliomyélite. Il comporte une vaste liste des références bibliographiques américaines. Il n'apporte pas de faits nouveaux ni l'espoir que le traitement de la poliomyélite sera obtenu bientôt. Au contraire, il exprime le plus grand scepticisme à l'endroit des sérums et vaccins successivement vantés au cours des derniers mois. Nous avons déjà fait les mêmes remarques au cours d'un mouvement thérapeutique ici même l'an dernier. Rien de saillant n'est venu enrichir la thérapeutique de cette maladie depuis ce temps. Bien plus, la porte d'entrée nasale est maintenant mise en doute, du moins, elle ne serait pas la seule, puisque Toomey croit que la voie gastro-intestinale est également possible. Ses assertions demandent, en attendant, une démonstration plus éclatante. Revenant sur la question de l'immunisation active contre la polio, l'auteur croit, très justement, que l'immunité active ne peut s'obtenir qu'à la condition d'utiliser un virus vivant comme antigène; il croit aussi que de nombreux singes contractent la maladie durant le processus de l'immunisation active. Nous savons que le sérum, de convalescent ou autre, n'a pas de pouvoir curatif contre la maladie; il est plus que probable que tous ces sérums n'ont même pas de pouvoir préventif. Les vaccins utilisés jusqu'à ce jour ont été retirés du marché à la suite de séries, heureusement assez petites, de décès par polio à la suite de leur administration.

La porte d'entrée nasale est mise en brèche assez sérieusement par T. qui prétend que même après section des bandelettes olfactives et des bulbes, on a réussi à provoquer la polio par injection intraveineuse de virus si des doses massives sont injectées. Ce qui revient à dire que la massivité — et probablement aussi la virulence — de l'agent infectant sont un facteur étiologique plus considérable que l'endroit précis par où pénètre ledit agent dans l'organisme.

L'auteur, qui croit depuis longtemps que la voie gastro-intestinale est la plus fréquente porte d'entrée du virus, croit que, cliniquement, les symptômes de la maladie sont mieux compris et qu'il paraît logique qu'il en soit ainsi. Son explication n'est pas suffisante, nous semble-t-il. Selon lui, le virus atteindrait la moelle par les filets sympathiques. Voilà des éventualités qu'il faut retenir pour les contrôler à l'occasion.

# SÉDOSINE

**PASSIFLORE  
JUSQUIAME  
CRATAEGUS**

SÉDATIF DU SYSTÈME  
NEURO-VÉGÉTATIF

ASSOCIATION SYNERGIQUE  
HYPERACTIVE

LABORATOIRES LICARDY 38, B<sup>o</sup> BOURDON - NEUILLY-PARIS

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

THÉRAPEUTIQUE ANTALGIQUE  
TRAITEMENT IODÉ  
RADIODIAGNOSTIC  
**LIPIODOL**

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

AMPOULES  
CAPSULES  
EMULSION  
COMPRIMÉS

LAB<sup>res</sup> A GUERBET & C<sup>ie</sup>  
22, RUE DU LANDY  
STOUEM - PARIS

**LAFAY**

## TENEBRYL GUERBET

(Di-iodo-méthane sulfonate de sodium)  
(68,6% d'iode)

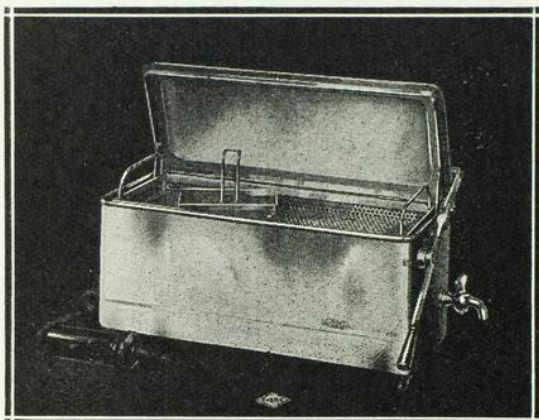
Moyen de contraste pour Urographie Intraveineuse

LABORATOIRES A. GUERBET & CIE - PARIS

Agents pour le Canada: VINANT Ltée, 533, rue Bonsecours, 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 Milliampérage)

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 fournis*

**CASGRAIN & CHARBONNEAU**  
 Limitée

*Représentants Exclusifs*

LAncaster 3292

**MONTREAL**

30 est, rue St-Paul

L'auteur affirme au cours de son article qu'une véritable immunisation ne sera démontrée que lorsque le virus, administré au niveau de la porte d'entrée véritable, sera sans effet nocif. Cette porte d'entrée véritable, habituelle — selon T. — n'est pas encore trouvée. Il croit comme très probable la voie gastro-intestinale.

Nous avons signalé cette monographie à cause de la bonne discussion que l'auteur suscite au sujet de l'étiologie de ce passionnant sujet. Voilà un sujet où tout n'est pas dit et à propos duquel l'observation du praticien peut apporter une précieuse stimulation.

Jean SAUCIER.

**Ernest SACHS. — L'attitude radicale opposée à l'attitude conservatrice dans le traitement des tumeurs cérébrales.** « Surgery, Gynecology and Obstetrics », 65: 2, p. 253 (août) 1937.

L'auteur est d'avis que les résultats parfois décourageants de certaines opérations pour t. c. ne doivent pas conduire à l'abstention systématique. On sait les échecs habituels des opérations pour glioblastomes multiformes et pour les médulloblastomes. Jusqu'à présent, cette chirurgie a été décevante. Trop souvent, elle n'a pas empêché l'issue fatale ni la récurrence. Elle a parfois hâté nettement la marche des événements. Les sceptiques et les pessimistes devront penser aux débuts de l'ovariectomie et de la plupart des opérations majeures. On mourait ferme en ces temps pourtant pas si réculés! Les débuts ont été désastreux, et pourtant, les grands chirurgiens à l'âme altruiste, conscients de l'étape à franchir et déterminés à vaincre l'obstacle technique, ont recommencé, ont modifié leur technique, ont mieux observé les détails obscurs et ont amélioré leur statistique.

Telle opération autrefois meurtrière est aujourd'hui du domaine de la pratique courante.

Dans le domaine de la chirurgie nerveuse il est momentanément admis que les spongioblastomes multiformes et les médulloblastomes sont excessivement malins et que dans ces cas l'opération n'est qu'un misérable palliatif. Plusieurs neurochirurgiens recourent d'emblée à la radiothérapie de ces tumeurs. Ils n'ont pas l'âme des pionniers. L'auteur rapporte quelques cas de ces tumeurs qui ont guéri après exérèse massive. Si la chose est possible pour un petit nombre, il faut chercher à grossir le pourcentage de ces rescapés. Les mêmes remarques s'appliquent aux tumeurs à développement lent, comme les divers astrocytomes et les oligodendro-gliomes. L'exérèse devra être aussi large que possible et il ne faudra pas hésiter à envisager une nouvelle intervention si une première a été suivie de récurrence.

Avec Victor Horsley, pensons que le labeur d'aujourd'hui profitera aux générations futures et n'hésitons pas à faire davantage toutes les fois que la situation paraît sans issue.

Jean SAUCIER.

C. H. BARNACLE, J. R. EWALT et F. G. EBAUGH. — **Expérience de deux ans dans le traitement de la chorée par la fièvre artificielle.** « The Journal of American Medical Association », 109, 2, p. 111; 10 juillet 1937.

Au cours d'une expérience de deux ans, 45 enfants, atteints par la chorée de Sydenham, furent traités avec le « Kettering hypertherm » (appareil conçu et perfectionné à l'hôpital de Dayton et par les laboratoires de recherches de la « General Motors Corporation », genre incubateur).

L'histoire de la pyrétothérapie dans le traitement de la chorée remonte aux injections I. M. de lait que pratiqua von Kern en 1923. En 1930, Mas de Ayala obtint de bons résultats de la fièvre récurrente provoquée artificiellement. Roeder et d'autres obtinrent de bons résultats avec la « phényléthyl-dantoïne ». En 1931, Sutton fit appel au vaccin antityphique et, en collaboration avec Dodge, rapporta 150 cas ainsi traités avec succès. Puis de nombreux auteurs signalent l'emploi de la haute température obtenue mécaniquement pour le traitement de la chorée.

*Technique.* Traitement quasi quotidien d'une durée de 2 heures  $\frac{1}{2}$  à 105°-105° 4 F. (T° rectale).

Durant le traitement, les enfants sont parfaitement bien installés dans l'appareil et la technicienne a le soin de les distraire par des lectures d'histoire, ce qui semble diminuer les cas de délire observés (12 cas de délire pour 562 traitements reçus par les 45 enfants). Durant le reste de la journée, l'activité des enfants est également surveillée.

Un cardiologue suit attentivement les patients sous traitement et si du côté cardiaque il n'y a rien à craindre, les traitements sont quotidiens, alors qu'ils sont plus ou moins espacés s'il y a danger. Les progrès du patient servent de guide pour la température à obtenir.

Chaque patient reçut une moyenne de 12.6 traitements, c'est-à-dire 32.9 heures, et la durée du traitement fut de 22.3 jours.

*Résultats.* Les résultats immédiats ont été excellents dans la plupart des cas (37 guéris et 8 très améliorés). Au cours des deux ans, 4 rechutes furent observées.

Le pourcentage de cardiopathies observées s'éleva à 42.2% (19 cas). Ces cas furent traités avec plus de précaution et les résultats furent que la majorité de ces cas bénéficièrent du traitement même quant à leur cardiopathie.

La grande majorité des cas (40) furent suivis pour deux ans et les résultats alors observés semblent indiquer que la pyrétothérapie assure une guérison durable.

Les auteurs reconnaissent, toutefois, que leur expérience de deux ans est plutôt courte, mais les résultats n'en sont pas à dédaigner pour cela.

J.-Edouard LEMIEUX.

L. MARCHAND. — **Rapport de l'alcoolisme et de l'épilepsie.** « Paris Médical », 10 juillet 1937, p. 29.

L'auteur envisage deux ordres de faits:

1° l'influence de l'hérédité en tant que cause prédisposante d'épilepsie;



**Q**UAND 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

# • Nombreuses sont les causes de l'ACIDOSE •

Ce peut être un rhume ordinaire ou une maladie fébrile, ce peut être de la névrite ou une maladie du foie, de l'anesthésie générale ou la grossesse... mais quelle que soit la cause de l'acidose, ALKA-ZANE est particulièrement destiné à restaurer et à maintenir l'équilibre alcalin. Les citrates, les carbonates et les phosphates de soude, de potasse, de chaux et de magnésie qui se trouvent dans l'Alka-Zane fournissent tout ce qu'il faut pour une bonne réserve alcaline. Alka-Zane se vend en bouteilles de 4 onces. Un échantillon d'essai sera envoyé gracieusement sur demande.



WILLIAM R. WARNER & CO., LTD., 727 KING STREET; WEST, TORONTO, Ont.

2<sup>o</sup> le rôle de l'intoxication alcoolique dans l'étiologie de l'épilepsie.

1<sup>o</sup> Influence de l'hérédité alcoolique en tant que cause prédisposante d'épilepsie d'où « épilepsie hérédo-alcoolique » (Francès).

En guise de bibliographie, Marchand cite 53 auteurs qui partagent cette opinion et Nicloux qui nous en donne l'explication suivante: l'alcool imprégnant les organes sexuels agit soit sur les ovules, soit sur les spermatozoïdes et les enfants issus de parents atteints d'alcoolisme chronique ou en état d'ivresse au moment de la conception présentent très souvent des tares multiples. Leur cerveau, organe de moindre résistance, pourra être altéré dès que la plus légère infection ou intoxication frapperont leur organisme. Pendant la grossesse, l'alcool peut passer dans le sang du fœtus et altérer son développement cérébral. Il y a lieu de rapprocher de cette influence sur le fœtus l'action toxique du fait des mères alcooliques sur les nouveau-nés. Darin nous fait remarquer que si l'un des procréateurs est épileptique ou aliéné, l'autre étant alcoolique, cette double influence héréditaire déterminera avec une fréquence encore plus remarquable soit l'aliénation mentale, soit l'épilepsie chez les descendants.

2<sup>o</sup> Rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de l'épilepsie.

Pour préciser ce rôle, il faut distinguer les différentes modifications cérébrales que crée l'intoxication alcoolique suivant qu'elle est aiguë, subaiguë ou chronique.

De même que toutes les convulsions infantiles doivent être distinguées de l'épilepsie dite idiopathique, de même on doit distinguer les crises convulsives accidentelles de l'ivresse, du délire alcoolique aigu ou subaigu à la suite de fortes libations i.e. épilepsie alcoolique accidentelle, des mêmes crises chez des alcooliques chroniques après suspension de tout excès i.e. épilepsie alcoolique proprement dite.

#### A) Épilepsie alcoolique accidentelle.

L'élément toxique joue ici le rôle principal, le rôle provocateur; il entraîne à la fois l'intoxication des centres nerveux et secondairement des altérations passagères de nature congestive; la prédisposition héréditaire pouvant jouer le rôle de circonstance aggravante.

Au cours du délirium tremens, nous notons une encéphalite aiguë qui peut prendre la forme hémorragique (hémorragie méningée). Les crises peuvent alors survenir à un moment quelconque du délire, en marquant le début ou se produisant pendant la période d'état avec une fréquence plus ou moins grande, plus fréquentes dans les cas graves, surtout dans la forme hémorragique.

Habituellement la crise est sans aura, la perte de connaissance est brusque, les convulsions sont généralisées et violentes, il y a morsure de la langue, congestion intense de la face, l'amnésie est totale et s'étend sur la période qui suit l'accès. La crise contribue habituellement à augmenter la température, l'état de confusion mentale, l'onirisme, l'agitation et les impulsions.

#### B) Épilepsie alcoolique proprement dite.

Il s'agit ici de l'épilepsie habituelle des buveurs (Bratz), maladie acquise, d'une durée ordinairement longue, souvent définitive et non pas d'épilepsie latente rappelée par des excès éthyliques ou d'épilepsie aggravée par l'intoxication alcoolique.

Les statistiques à ce sujet sont très variables. Cascella remarque que partout où la consommation d'alcool s'accroît, la fréquence de l'épilepsie augmente de pair. Cependant les statistiques de Marchand, à l'hôpital psychiatrique Henri-Rousselle, ne témoignent que de 4.3% d'épilepsie pouvant être rattachée à l'alcoolisme et, avec Claude, il conclut que la proportion des épileptiques est minime parmi le grand nombre d'alcooliques qui existent dans certains milieux. Cette épilepsie est ordinairement tardive et devient un symptôme tardif de l'alcoolisme chronique.

Ces accès épileptiques, rarement précédés de symptômes prémonitoires ou d'une aura, sont classiques; ils restent peu fréquents si l'alcool est supprimé et sont facilement suspendus par le traitement au gardénal.

La pathogénie en est très discutable: l'intoxication déterminerait une épilepsie alcoolique constitutionnelle; les crises seraient dues à une auto-intoxication par lésions d'organes tels que le foie, les reins, troubles des glandes à sécrétion interne; toxine alcoologène; lésions matérielles des centres nerveux; artério-sclérose. Marchand et George Petit sont d'avis que la méningite chronique et la sclérose cérébrale en sont le substratum anatomique et ces altérations seraient causées par l'alcool même dont la présence dans le liquide céphalo-rachidien a pu dans certains cas être décelé plus d'un mois après son absorption par les voies digestives.

J.-Edouard LEMIEUX.

**H. F. HELMHOLZ et Moe GOLDSTEIN. — Résultats, après quinze années d'expérience, du traitement de l'épilepsie infantile par le régime cétogène.** « Proc. Staff Meeting Mayo Clinic »; 12; 28; p. 433; 14 juillet 1937.

Des rapports antérieurs montraient 50% de légère amélioration, 30% de cessation, 20% d'amélioration franche.

De 1922 à 1936, 501 enfants épileptiques ont été traités par le régime cétogène à la clinique Mayo. De ce nombre 409 furent classés comme étant atteints d'épilepsie dite idiopathique. Des 409 traités, 84 n'eurent plus de crises pour un an au moins; 73 de 84 ont maintenant une diète normale, alors que 11 sont encore soumis au régime cétogène. 43 furent améliorés, 140 n'obtinrent aucun résultat, 142 ne coopérèrent pas au traitement.

Ce qui signifie que des malades qui ont été soumis à un régime cétogène adéquat, 31% furent libérés des accidents comitiaux et 16% furent améliorés.

Des 73 sans crises et sans régime cétogène actuel, 6 ont laissé le régime depuis moins d'un an; 7, depuis 1 à 2 ans; 7, depuis 2 à 3 ans; 14, depuis 3 à 5 ans; 29, depuis 5 à 10 ans; 8, depuis 10 à 15 ans. Tous ces malades n'ont pas eu de crises depuis un an au moins: 10 (12%) depuis 1 à 2 ans; 10 (12%) depuis 2 à 3 ans; 10 (12%) depuis 3 à 5 ans; 39 (46%) depuis 5 à 10 ans; 15 (18%) depuis 10 à 15 ans.

En 1932, Helmholtz et Keith rapportèrent la guérison de 57 enfants épileptiques par le régime cétogène. Actuellement, c'est-à-dire après un recul de 5 ans, 92% de ces enfants n'ont pas de crises; chez à peu près 8% de ce groupe, des accidents comitiaux sont réapparus durant l'intervalle.

Les auteurs déduisent de leurs statistiques que les crises d'épilepsie infantile éliminées par le régime cétogène ne récidivent que dans une pro-

# 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 cm<sup>3</sup> 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 cm<sup>3</sup> 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 cm<sup>3</sup>.

" 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

portion de 5-10% durant le cours d'une période ultérieure de sept ans et que, si elles ne se sont pas montrées durant ce laps de temps, il y aura vraiment peu de risque pour qu'elles réapparaissent plus tard.

Roma AMYOT.

**John INGHAM. — Dosage du chlorure de sodium dans le liquide céphalo-rachidien au cours de la méningite tuberculeuse.** « *British Medical Journal* »; p. 111; 17 juillet 1937.

Le liquide céphalo-rachidien contient normalement de 700 à 750 milligrammes %. Ce taux diminue au cours de tout processus inflammatoire des méninges. Il s'abaisse encore plus dans la méningite tuberculeuse. Aussi, Mestrézat, en 1912, insista sur la valeur diagnostique de cette diminution marquée du NaCl.

L'auteur, dans un but de contrôle et d'investigation personnelle, étudia le liquide céphalo-rachidien de 126 malades. 84 avaient une méningite tuberculeuse. Sauf chez 2, on trouva le bacille de Koch dans le liquide de ces malades. 42 étaient atteints d'autres affections des méninges et du système nerveux; ils constituèrent des sujets de contrôle et de comparaison. De cette intéressante étude, l'auteur est en mesure de conclure que: *un taux de 550 milligrammes % de chlorure de sodium dans le liquide céphalo-rachidien (à plus forte raison, si ce taux est plus bas) peut être considéré comme étant presque pathognomonique de méningite tuberculeuse.*

L'examen microscopique, patiemment poursuivi, montrera toujours la présence du bacille de Koch dans ce liquide très hypochloruré. Peut-être 2% des méningites tuberculeuses pourront présenter un taux de NaCl au-dessus de 600 millig. % et, dans ces cas, il sera impossible de trouver le bacille de Koch dans le liquide.

D'autre part, des 42 malades de contrôle (méningites à streptocoque, à méningocoque, à pneumocoque, à spirochrome de Schaudinn, poliomyélite, polio-encéphalite, démence précoce, épilepsie, ramollissement cérébral, etc.), aucun n'avait un liquide céphalo-rachidien contenant moins que 580 millig. % de NaCl.

Cependant, faut-il pour que le dosage soit valable, que la prise de liquide soit faite avec le plus grand soin et que le taux du NaCl soit fixé avec la plus grande méticulosité.

L'auteur a employé la méthode de Whitehorn (1921) légèrement modifiée. Il en décrit les différents temps.

Roma AMYOT.

## HYGIENE

**C.-G. RAMON. — Indications de la vaccination antitétanique.** « *Presse Médicale* », 17 octobre 1936.

La vaccination antitétanique a une action préventive non douteuse. Cette action préventive s'exerce à coup sûr lorsque le sujet est correctement

vacciné, en dehors de toute menace actuelle ou imminente de tétanos; elle est encore utilisable, conjointement avec la sérothérapie antitétanique, chez les sujets blessés et non encore vaccinés, pour prolonger l'action du sérum.

a) *Vaccination antitétanique systématique.*

Elle est devenue obligatoire dans l'Armée française depuis la Loi du 15 août 1936. Elle devrait l'être également dans les collectivités dont les membres sont exposés au tétanos du fait de leur profession: chemins de fer, palefreniers, cultivateurs, etc. C'est au praticien, chaque fois que l'occasion s'en présente, de montrer l'avantage de cette méthode aux ouvriers exposés à l'infection.

Cette vaccination préventive systématique peut être réalisée, avec le maximum de commodité et d'efficacité en l'associant à d'autres vaccinations.

Chez les enfants en bas âge, on donnera la préférence à l'association « vaccin antitétanique antidiphthérique ».

Chez les enfants plus âgés, les adolescents et les adultes, on utilisera surtout la vaccination triple: anatoxine diphtérique, anatoxine tétanique, vaccin antitypho-paratyphique.

b) *Immunsation antitétanique préventive d'urgence.*

C'est le cas qui se pose en présence d'un sujet blessé et non encore vacciné.

En pareil cas, naturellement, la sérothérapie d'urgence s'impose. Elle seule est capable de conférer au blessé non vacciné une protection immédiate. Mais cette protection est passagère et, dans le cas de traumatisme sérieux, de plaie à grand délabrement, l'injection de sérum antitétanique, pour être réellement efficace, doit être répétée une ou plusieurs fois.

La vaccination préventive peut alors intervenir pour prolonger l'immunité passive conférée par le sérum, en provoquant par le vaccin, une immunité active.

On injectera alors, un quart d'heure avant l'injection de sérum antitétanique (3,000 unités au minimum) un centimètre cube d'anatoxine, mais pas au même endroit du corps. Deux semaines après, on injectera encore 1 cc.  $\frac{1}{2}$  d'anatoxine et, trois semaines encore après, un autre centimètre cube et demi.

#### TECHNIQUE DE LA VACCINATION CONTRE LE TETANOS

Voici d'après G. Ramon, comment on doit réaliser cette immuniton.

1° *Au moyen de l'anatoxine tétanique seule:*

Cette immunisation se fera au moyen de trois injections pratiquées aux doses et suivant le rythme suivant:

Première injection: Un centimètre cube; puis trois semaines après:

Deuxième injection: Un centimètre cube et demi; et, après un nouveau délai, de trois semaines:

Troisième injection: de un centimètre cube et demi.

On peut, du reste, sans inconvénient, porter chacune de ces doses à deux centimètres cubes.



LE JUGE:

“Accusé, je vous condamne à un mois de prison sans Sweet Caporal.”

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



*Lancet*

CIGARETTES  
**SWEET CAPORAL**

# Bronchites

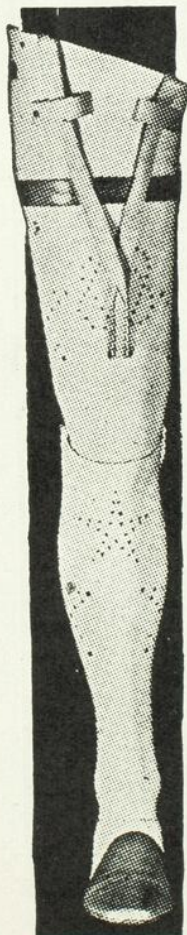
« Éliminé par les Branches,  
« Le "Lacto-Croosote Famel"  
« détermine un processus inflam-  
« matoire simjle, qui fait réagir cet  
« organe contre le catarrhe chronique. »  
FERRAND.

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<sup>e</sup>), 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

Si, pour une raison quelconque, la série des injections a été interrompue, il vaut mieux la reprendre en totalité, cette pratique étant de beaucoup la plus sûre.

Par ailleurs, si au cours de la vaccination, le sujet devenait porteur d'une blessure pouvant être le siège d'un foyer tétanigène, il faudrait recourir à l'injection de sérum antitétanique.

*2° Au moyen de l'anatoxine tétanique associée à d'autres vaccins: c'est la vaccination associée:*

On peut associer l'anatoxine tétanique à l'anatoxine diphtérique. Dans l'un et l'autre cas, il faut trois injections pour obtenir une immunité solide.

On fera donc trois injections à trois semaines d'intervalle, chacune de 2 centimètres cubes du mélange d'anatoxine tétanique, et d'anatoxine diphtérique. L'Institut Pasteur délivre des vaccins mixtes, tout prêts pour réaliser les vaccinations associées suivant les modalités préférées (association de deux ou trois vaccins).

On peut réaliser une vaccination dans laquelle on associe les vaccins antitétaniques, antitypho-paratyphique et même antidiphtérique. Dans cette éventualité, le vaccin antitétanique ou les vaccins antitétanique ou antidiphtérique contiennent en suspension le vaccin T. A. B.

*3° L'injection de rappel:*

Elle sera pratiquée un an après la vaccination, puis sera répétée tous les cinq ans.

Par ailleurs, à l'occasion d'un traumatisme, il sera indiqué d'effectuer une injection de rappel quelle que soit la date de l'injection précédente.

Dans toutes ces éventualités, la dose de l'injection de rappel sera de 2 centimètres cubes.

*4° Lieu de l'injection:*

L'injection sera faite naturellement avec toute l'asepsie nécessaire. Le lieu d'élection est le tissu cellulaire sous-cutané de la fosse sous-épineuse.

*5° Contre-indications de la vaccination antitétanique:*

Au cas de maladie aiguë, d'infection de la peau, de mauvais état général, il est préférable de surseoir à la vaccination jusqu'à ce que des conditions plus normales aient été réalisées.

Naturellement, puisque l'anatoxine n'est pas un sérum et ne contient pas de sérum, une injection antérieure de sérum n'est nullement une contre-indication, pas plus qu'une injection antérieure d'une anatoxine quelconque.

*6° Réactions vaccinales:*

Elles sont pratiquement nulles. Il en est de même de celles qui peuvent résulter de vaccinations associées et dans lesquelles celles que l'on observe sont dues aux vaccins antidiphtérique et T. A. B. sans que l'adjonction de vaccin antitétanique ait pu augmenter en quoi que ce soit ces réactions.

*7° Moment d'apparition et durée de l'immunité:*

L'immunité active provoquée par la vaccination antitétanique seule ou associée ne commence à s'établir à un taux suffisant que quelques jours après la deuxième injection.

Cette immunité pratiquée selon les règles indiquées plus haut, avec l'anatoxine de l'Institut Pasteur, dure au moins plusieurs années. Renforcée par une injection de rappel, l'immunité est fortement prolongée.

L'immunité antitoxique étant en général d'un degré plus élevé après une vaccination associée, elle sera au moins aussi durable, sinon davantage, que celle qui résulte d'une vaccination par une seule anatoxine.

#### CONCLUSIONS:

Nous ne saurions mieux faire que de résumer ces notions en reproduisant les conclusions mêmes de G. Ramon, qui sont les suivantes:

« Etant donné, d'une part, les conditions particulières d'apparition du tétanos chez l'homme, et la mortalité qu'il entraîne malgré la sérothérapie et, d'autre part, l'innocuité de l'anatoxine tétanique et l'immunité solide et durable qu'elle confère à l'égard de la toxi-infection tétanique, l'application de cette méthode de vaccination se trouve entièrement justifiée et doit être systématiquement poursuivie chez les individus et dans les collectivités exposées à l'infection tétanique.

Cette application est grandement facilitée, dans sa réalisation et dans sa diffusion, par l'emploi du procédé des vaccinations associées, grâce auquel on peut unir l'anatoxine tétanique à un ou plusieurs vaccins déjà couramment utilisés, par exemple l'anatoxine diphtérique, le vaccin antityphoïdique; l'immunité antitétanique ainsi obtenue est d'une valeur supérieure à celle qui fait suite à la vaccination par l'anatoxine seule.

La vaccination par l'anatoxine tétanique, selon la formule des vaccinations associées, permet donc de réaliser dans les meilleures conditions, la prophylaxie individuelle et collective du tétanos dans l'espèce humaine.»

Sylvio ROCH.

**W. A. BROWN et V. D. ALLISON. — Contamination de l'air par le streptocoque pyogène dans les salles de scarlatineux.** « Journal d'Hygiène », 1937, vol. 1.

Les auteurs exposèrent des boîtes de Pétri composées d'un milieu d'agar, à l'air des salles de scarlatineux, jour et nuit. Ces boîtes furent placées sur les bureaux des patients et sur les tables au milieu des salles. Ils isolèrent ainsi le streptocoque-hémolytique.

Les auteurs sont d'opinion que la possibilité d'infection par l'air existe dans les salles publiques d'isolation.

Sylvio ROCH.

**IVERSON et JOHNSTONE. — Porteurs d'amibiase chez les manipulateurs d'aliments à San Francisco.** « Journal A. M. A. », 1937, vol. 8, p. 875.

Les auteurs firent une enquête chez les manipulateurs d'aliments dans les hôpitaux, clubs, hôtelleries, restaurants, etc., durant les 3 dernières années.

# IODALOSE GALBRUN

## IODE PHYSIOLOGIQUE, SOLUBLE, ASSIMILABLE

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

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

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

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

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

# PROSTHÉNASE GALBRUN

SOLUTION ORGANIQUE TITRÉE DE FER ET DE MANGANÈSE  
*Combinés à la Peptone & entièrement assimilables*

**NE DONNE PAS DE CONSTIPATION**

**ANÉMIE! — CHLOROSE — DÉBILITÉ — CONVALESCENCE**

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

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

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

# UROPRAZINE

ÉLIMINE L'ACIDE URIQUE



Pipérazine

Héxaméthylènetétramine

Soufre colloïdal

Formiate de lithine

GOUTTE, RHUMATISME, SCIATIQUE

GRANULÉ EFFERVESCENT

BOUTEILLES DE 150 et 270 GRAMMES

LABORATOIRE SPARTOL

PARIS, FRANCE

HERDT & CHARTON INC.

2027, Ave McGill College, Montréal, Canada.

---

**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.-G. Tél.: DEXter 0433.

---

**POSTE VACANT**

Poste vacant pour un interne. Rémunération convenable. S'adresser au Surintendant à l'Hôpital Ste-Jeanne d'Arc, 110 ouest, rue Prince-Arthur. PLateau 5201.

---

**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.

---

L'analyse de fécès de 1.072 personnes examinées démontra que 22, soit 2.04% étaient porteurs de l'enteritis histolytica.

Chaque porteur fut isolé et traité durant 2 semaines, par le Carbasone.

Après trois analyses négatives, ces personnes reprirent leur travail. Avec ce traitement, personne ne fut de nouveau porteur de cette infection. Aucune contamination ne fut trouvée par les aliments manipulés.

Les auteurs concluent qu'il y a rarement contamination par les aliments manipulés par les porteurs de l'enteritis histolytica.

Sylvio ROCH.

**R. LECOQ. — Colibacilles et déséquilibre alimentaire.** « La Presse Médicale », 34, 37, 647.

M. Lecoq montre qu'il est possible de provoquer expérimentalement, chez le pigeon, du déséquilibre alimentaire par addition à la ration de proportions élevées de colibacilles vivants et pathogènes. Ce déséquilibre, obtenu par addition d'une forte proportion de colibacilles à un régime riche en glucides, semble par contre, ne pouvoir être obtenu par addition d'une même quantité de colibacilles à un régime riche en protides, mais pratiquement privé de glucides: l'action intestinale acidogène des glucides paraît donc être favorisante. Même dans ce cas, les crises polynévritiques observées chez le pigeon, malgré l'addition à la ration de doses quotidiennes de levure de bière, ne se produisent cependant pas d'une façon constante. Le terrain du sujet paraît intervenir comme seconde cause favorisante.

Sylvio ROCH.

**A. BESSEMANS et L. ASAERT. — Action du venin de cobra in vitro et in vivo sur un sarcome de Ehrlich de la souris.** « Ann. Inst. Pasteur », 1937, 58, 247.

Les auteurs ont employé dans leurs recherches une souche Ehrlich de tumeur sarcomateuse dont l'inoculation sous-cutanée produit infailliblement, chez la souris blanche, des croissances mortelles. Le venin de Cobra qui servit à leurs expériences fut le « cobranyl » préparé par le la « Division Meurice » de l'Union chimique belge.

L'immersion préalable du tissu sarcomateux, durant vingt-quatre heures, aux températures de 6° ou de 17° dans une solution de « cobranyl » au 1/25, au 1/50 et même au 1/100 de milligramme a empêché l'apparition d'un sarcome à la suite d'une injection sous la peau dorsale de la souris de 0 c.c. 1 de bouillie tissulaire.

Dans leurs études sur l'action préventive du venin, les auteurs ont pu obtenir, chez les 25 pour cent des animaux, la nécrose progressive et la disparition totale et définitive de la tumeur apparue à la suite de l'injection sous-cutanée de la dose néoplasique mortelle précédée d'une solution immédiatement de l'inoculation de 0 c.c. 5 d'une solution de « cobranyl » au 1/50 de milligramme.

Par contre, l'effet curatif du venin ne put être révélé au moyen d'une ou de plusieurs injections intra- et péri-tumorales de « cobranyl » au 1/100, au 1/50 ou au 1/25. Toutes les souris succombèrent, les unes à leur tumeur, les autres à l'intoxication par le venin.

Sylvio ROCH.

## PEDIATRIE

L. RIBADEAU-DUMAS et S. LOEWE-LYON. — **Les hémorragies gastriques des toxi-infections de la première enfance.** « Archives de Médecine des Enfants », tome 40, n° 7, juillet 1937, p. 425-431.

Les hémorragies gastriques des nourrissons, qui constituent un symptôme banal au cours des maladies hémorragipares, des traumatismes et de l'ulcère gastrique, ont une signification particulière lorsqu'elles compliquent les toxémies et les infections. Elles traduisent un état d'une haute gravité et comportent un pronostic fatal à plus ou moins brève échéance.

Le symptôme clinique essentiel de l'hémorragie gastrique est l'hématémèse. Habituellement peu abondante, elle est caractérisée par un ou deux vomissements de sang noirâtre, ressemblant à du « marc de café ». A titre exceptionnel, l'hémorragie gastrique peut ne se traduire que par quelques stries sanglantes « criblant les aliments ou le mucus vomi ».

Le *melæna*, qui suit en général l'hématémèse, est le plus souvent discret et ne peut être mis en évidence que par un examen chimique des selles. Sa constatation ne peut permettre à elle seule de conclure à une gastrorragie.

S'il est vrai que les vomissements sanglants peuvent s'observer au cours de multiples affections, deux facteurs néanmoins dominant l'étiologie de ces gastrorragies: 1° *le syndrome cholériforme*; 2° *l'infection*.

Il y a longtemps que les pédiâtres connaissent l'existence de l'hématémèse au cours du choléra infantile. Les auteurs, sur une statistique de 32 cas de gastrorragies, ont observé dix fois le syndrome cholériforme.

Le rôle de l'infection est encore plus considérable. Les auteurs l'ont constaté dans presque tous les cas; ce n'est que dans six cas sur trente-deux, qu'aucun signe d'infection n'a pu être décelé. La nature de l'infection en cause est de peu d'importance. Le plus souvent il existe plusieurs infections intriquées.

Quelle que soit l'étiologie des hémorragies gastriques, les auteurs ont été frappés, du point de vue clinique, par la fréquence des *troubles nerveux* qu'ils ont notés dans la très grande majorité des cas, à tel point qu'ils avancent que « ce sont les toxi-infections à retentissement encéphalique qui se compliquent de gastrorragies ».

Il n'est peut-être pas sans intérêt pour le praticien de savoir quels furent les troubles nerveux observés. Nous ne pouvons ici que les énumérer: stupeur, fixité du regard et algidité, particulièrement dans les cas de choléra infantile; convulsions ou agitation extrême; syndrome méningé ou hypertonie musculaire; simple inégalité pupillaire; plus rarement, paralysies; enfin, troubles vaso-moteurs (alternative de pâleur et de rougeur des téguments, etc.) sur lesquels insistent beaucoup les auteurs.

Le *pronostic* des gastrorragies, survenant au cours des toxi-infections de la première enfance, est redoutable. Dans la plupart des cas, l'enfant meurt les jours suivants. Ce n'est pas que l'hémorragie gastrique soit grave en elle-même, car elle est habituellement de peu d'importance et peu abondante. Mais elle est un *indice de gravité*, parce que — ainsi que les auteurs ont pu s'en rendre compte par des examens anatomiques, tant macroscopiques qu'histologiques — elle signifie que les hémorragies ne sont pas limitées à l'estomac,

♪ "AVEC NOUS JAMAIS L'ON  
N'ENTEND LE MOINDRE  
MOT DÉ-COU-RA-GEANT" ♪



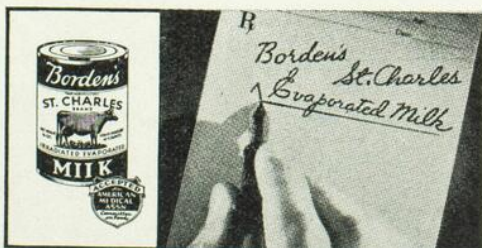
**LES VACHES NE PEUVENT SE PLAINDRE** lorsqu'elles sont soumises au système d'inspection Borden. Leur santé est surveillée d'une façon très attentive. Leurs étables sont d'une propreté absolue. Leur nourriture est tout ce que peut souhaiter une vache "qui se respecte".

Le système de vérification Borden est constant et parfait. C'est ce genre de soin qui assure la qualité invariable du Lait Borden's St. Charles Evaporé Irradié.

**"BORDEN'S" sur une Formule**

est la précaution prise par des milliers de médecins. Ils connaissent les règlements rigoureux auxquels sont soumis tous les produits Borden—ce que beaucoup de mères ignorent. Le Lait Borden's Evaporé fut accepté en 1930 par le Comité sur les Aliments de l'Association Médicale Américaine.

Si vous ne connaissez pas le Lait Borden's St. Charles Evaporé, non sucré, écrivez à The Borden Company, 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

mais généralisées à la plupart des viscères (intestins, foie, rate, reins, capsules surrénales, poumons, cerveau). Il s'agit donc dans ces cas d'un véritable syndrome hémorragique, d'hémorragies généralisées. Et c'est ce qui donne aux gastrorragies des toxi-infections infantiles une signification si particulière.

Ces constatations anatomo-cliniques permettent de concevoir le *mécanisme des gastrorragies*, ou plus exactement du *syndrome hémorragique* compliquant les toxi-infections du nourrisson.

Il semble que le syndrome anatomo-clinique en pareil cas soit dû à un *facteur d'ordre général*, déterminant des lésions hémorragiques identiques dans la plupart des viscères. Or, comme ces lésions, du point de vue histologique, sont absolument superposables à celles qu'on obtient expérimentalement en excitant les nerfs vaso-moteurs, les auteurs concluent qu'une *altération des centres vaso-moteurs* est l'hypothèse qui explique le mieux et les gastrorragies et les hémorragies viscérales associées.

Paul LETONDAL.

Milton RAPOPORT et Joseph STOKES. — **Réaction à l'hétéro-hémothérapie.** « Canadian Journal of Diseases of Children », fév. 1937.

Sur un groupe de 1341 enfants traités par hétéro-hémothérapie, 52 ont présenté de la température, avec malaises généraux, hyperleucocytose; avec gonflement, chaleur, douleur, rougeur au lieu de l'injection; ces réactions se montrant du 5<sup>e</sup> au 7<sup>e</sup> jour après l'injection. Ces phénomènes disparaissent sans séquelles, après une durée de deux à cinq jours. Ils n'ont présenté aucun rapport avec l'âge, le sexe ou la race des sujets.

Une étude du sang du donneur et du receveur, portant sur 17 des sujets, a révélé une incompatibilité entre les globules du donneur et le sérum du receveur, le sang de 13 des enfants contenant une hémolysine des globules du donneur.

Les auteurs font mention que des cas analogues ont déjà été rapportés, mais sans aucune explication pathogénique présentée.

Ils espèrent que leur travail apportera des données nouvelles sur cette intéressante question.

Yves CHAPUT.

Georges SCHREIBER. — **Enquête sur la coqueluche, son traitement, sa prophylaxie, ses conséquences.** « La Clinique », p. 149, mai 1937.

Article très intéressant par lequel l'auteur rend compte de réponses données aux questions suivantes posées à 22 pédiatres français et 8 pédiatres étrangers:

1<sup>o</sup> Quel traitement préconisez-vous contre la coqueluche?

2<sup>o</sup> Que pensez-vous de la vaccination anticoquelucheuse, a) à titre préventif, b) à titre curatif?

3<sup>o</sup> Quelle est votre opinion au sujet de l'isolement à imposer aux enfants atteints de coqueluche?

4<sup>o</sup> Que pensez-vous de la cure d'air qu'il est d'usage de recommander au déclin de la coqueluche?

5° Avez-vous constaté une influence particulière de la coqueluche sur la tuberculose?

Voici en résumé les conclusions de l'auteur, d'après les réponses obtenues:

1° *Traitement*. Grande diversité des médications. a) Aération dès le début de la maladie; b) comme *sédatifs*: le drosera, la belladone, le bromoforme, le gardénal, l'antipyrine, le bismuth colloïdal (Soderséine) et l'aethone, les inhalations d'oxygène et d'ozone, les injections d'huile éthéro-goméolée et de morphine dans les formes sévères.

2° *Vaccination*. a) Vaccination préventive: résultats inconstants ou nuls; b) vaccination curative: les pédiatres étrangers sont très partisans de cette méthode; les pédiatres français sont plus réservés et plusieurs ne croient pas à son efficacité.

3° *Durée de l'isolement* après le début des quintes: la plupart des auteurs sont d'accord pour exiger 30 jours.

4° *La cure d'air* au déclin de la coqueluche: cette méthode rallie tous les suffrages. Certains ne la jugent pas indispensable pour les formes bénignes, mais tous la recommandent très vivement pour les formes sévères ou compliquées.

5° *Influence de la coqueluche sur la tuberculose*: toutes les réponses semblent indiquer que cette influence a été exagérée par les auteurs classiques. Quelques-uns la nient complètement. L'opinion émise par le Professeur Fanconi résume la majorité des avis: la coqueluche n'a pas une influence très manifeste sur la tuberculose, mais il existe des cas rares qui montrent que l'association des deux maladies peut entraîner de redoutables conséquences.

Yves CHAPUT.

Prof. MARFAN. — **Les origines de la diète hydrique.** « Le Nourrisson », janvier 1937.

L'auteur fait l'historique de la diète hydrique et de ses origines. Il donne ensuite la façon de l'administrer que l'on peut résumer comme suit:

Donner de l'eau pure ou bouillie, chaude, tiède ou froide selon le goût de l'enfant, souvent et en petite quantité à la fois; à la cuillère ou au compte-gouttes plutôt qu'au biberon, à la dose d'au moins 125 grammes par kilo et par jour, et ceci jusqu'à 12 mois. Après 12 mois, donner un litre par jour.

Dans la diarrhée cholériforme primitive: 24 à 48 heures, jamais plus de trois jours de cette diète.

Pour la réalimentation, lait de femme ou babeurre: une ou deux c. à thé toutes les deux heures, puis toutes les trois heures; entre ces repas, donner de l'eau pure ou du bouillon de légumes, de façon à ce que l'enfant prenne 125 grammes de liquide par kilo de poids, et, après 1 an, 1 litre.

Si l'enfant a plus de 4 mois, au bout de deux à trois jours ajouter des bouillies maltées, et s'il a plus que six mois, des bouillies ordinaires.

Principe *fondamental*: remplacer la quantité de lait par une quantité au moins égale d'eau bouillie.



Il n'est pas nécessaire de voir l'homme assis près du cendrier. Vous connaissez l'individu: gérant de ventes ou chef de promotion nerveux. Jour après jour en quête de nouvelles affaires; il se précipite, arpente le plancher, s'en va tambour battant. Conséquemment, il souffre de maux de tête, lourds, à rendre fou. Vous conseillez le repos, une relâche dans ses activités. Qu'est-ce qui pourrait soulager ses maux de tête, demande-t-il?

Sincèrement, nous conseillons « Bromo-Seltzer ». Son double effet synergique procure le maximum de soulagement avec une dose minima. « Bromo-Seltzer » stimule aussi les centres supérieurs. Le citrate donne la saveur gazeuse et l'alcalinisation pour combattre l'hyperacidité gastrique.

Vous pouvez recommander « Bromo-Seltzer » avec confiance à cause de son efficacité à enrayer sûrement toute douleur d'origine nerveuse.

*Échantillons et littérature envoyés sur demande.*

**BROMO-SELTZER LTD.**  
**TORONTO, CANADA**



---

## Le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

### AVIS PUBLIC Re: **EXAMENS PRELIMINAIRES**

---

AVIS PUBLIC est par les présentes donné à tous les candidats passés, présents ou futurs pour le Brevet d'admission à l'étude de la médecine, que le nouveau règlement du Brevet s'appliquera dès la séance de septembre 1937 pour tous les candidats quels qu'ils soient, même si leur inscription date d'avant le 1er septembre 1936, et même s'il s'agit de reprises, qu'elles soient partielles ou d'ensemble.

Les séances de Lettres et celles de Sciences sont séparées et l'année d'intervalle s'impose.

Les examens préliminaires à l'étude de la médecine auront lieu à l'Université Laval, Québec, mardi et mercredi les 7 et 8 septembre 1937, à 9 heures a. m. (heure avancée).

Tout candidat à ces examens doit être inscrit au Bureau du soussigné avant le 25 août 1937.

L'inscription consiste à faire parvenir au Bureau du Registraire :

- 1° Un certificat d'études;
- 2° Un certificat de naissance;
- 3° \$30.00 en argent ou chèque accepté.

Sur réception de ces divers, une carte d'identité est adressée au candidat qui devra la présenter le matin de l'examen.

Le Comité des Créances du Bureau Provincial des Médecins se réunira à l'Université de Montréal, mardi le 28 septembre 1937, à 10 heures a. m., pour procéder à l'assermentation des nouveaux médecins.

Ceux-ci doivent présenter personnellement leur BREVET signé par le registraire et leur DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE, à défaut de quoi ils ne seraient pas assermentés.

Le lendemain, 29 septembre, au même endroit et à la même heure, aura lieu l'assemblée générale des Gouverneurs.

Tous les médecins sont invités.

Le registraire du Collège des Médecins  
et Chirurgiens de la Province de Québec:

Dr J.-E. LABERGE,  
354 est, rue Sainte-Catherine,  
Montréal.

---

Le meilleur moyen d'hydrater l'organisme, c'est par la bouche. Dans les états cholériformes, le pronostic est d'autant plus favorable, que l'enfant boit l'eau plus volontiers et en grande quantité. Le refus de boire est un très mauvais signe.

Yves CHAPUT.

## RADIOLOGIE

Docteurs PORTRET et B. BOUDAGHIAN. — **Traitement des abcès du poumon par les ondes courtes.** « La Médecine », juin 1937.

Malgré le perfectionnement graduel des différentes thérapeutiques médicales (alcool, novarsénobenzol, drainages divers, collapsothérapie) et chirurgicales (phrénicectomie, lobectomie, apycolise) de l'abcès du poumon, le nombre de guérisons obtenues par ces procédés reste relativement restreint. Et encore faut-il tenir compte, selon Sergent, des cas qui ont tendance à la guérison spontanée et de ceux où l'amélioration clinique instable fait porter à tort le diagnostic de guérison.

Au congrès de Radiologie tenu à Zurich, en 1934, Schliephake fit rapport de nombreuses guérisons d'abcès du poumon traités par O. C. Depuis, des résultats très favorables se sont multipliés. Les abcès à pyogènes, et en second lieu les abcès à spirochètes ou à germes anaérobies sont justifiables de la méthode. Les abcès d'origine mycosique ne réagiraient pas. Plus vite on intervient, plus brillants sont les résultats. Avant la 10<sup>e</sup> semaine de la suppuration, on serait toujours susceptible d'obtenir, sinon la guérison, du moins une sédation de la toux, une diminution de la fétidité de l'expectoration, une reprise du poids et une amélioration de l'état général.

L.-P. BELISLE.

## LIVRES REÇUS EN AOUT

**Traité de Chirurgie orthopédique — Tome V.** Par L. OMBREDANNE et P. MATHIEU. Volumes 1, 2 et 3 reçus précédemment.

**L'Année Médicale Pratique 1937.** Publiée sous la direction du Dr Camille LIAN. Volume de 687 pages. En vente chez René Lépine, éditeur, 39, rue d'Amsterdam, Paris.

**Précis de Médecine coloniale.** Par C. JOYEUX et A. SICE. Volume de 1,250 pages avec 240 figures (Collection des Précis Médicaux). En vente chez Masson et Cie, 120, blvd Saint-Germain, Paris. Broché: 140 frs; cartonné toile: 170 frs.

**Maladies des femmes enceintes — Tomes III et IV.** Par Henri VIGNES. Tome III consacré aux affections de la peau, volume de 202 pages, 28 frs. Tome IV consacré aux affections des muqueuses génitales, volume de 126 pages, 24 frs. En vente chez Masson et Cie, 120, blvd Saint-Germain, Paris.

**Mecanismo probable de la Cancerizacion — Tomes I et II.** Par Americo GARIBALDI, professeur de la Faculté des Sciences Médicales, University Mayor de San Marcos, Lima, Pérou.

**La Chirurgie de la Douleur.** Par René LERICHE. Un volume de 428 pages avec 13 figures, 65 frs. En vente chez Masson et Cie, éditeurs, 120, blvd Saint-Germain, Paris.

**Revista dos cursos.** Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Vol. de 172 p.

## LIVRES NOUVEAUX

---

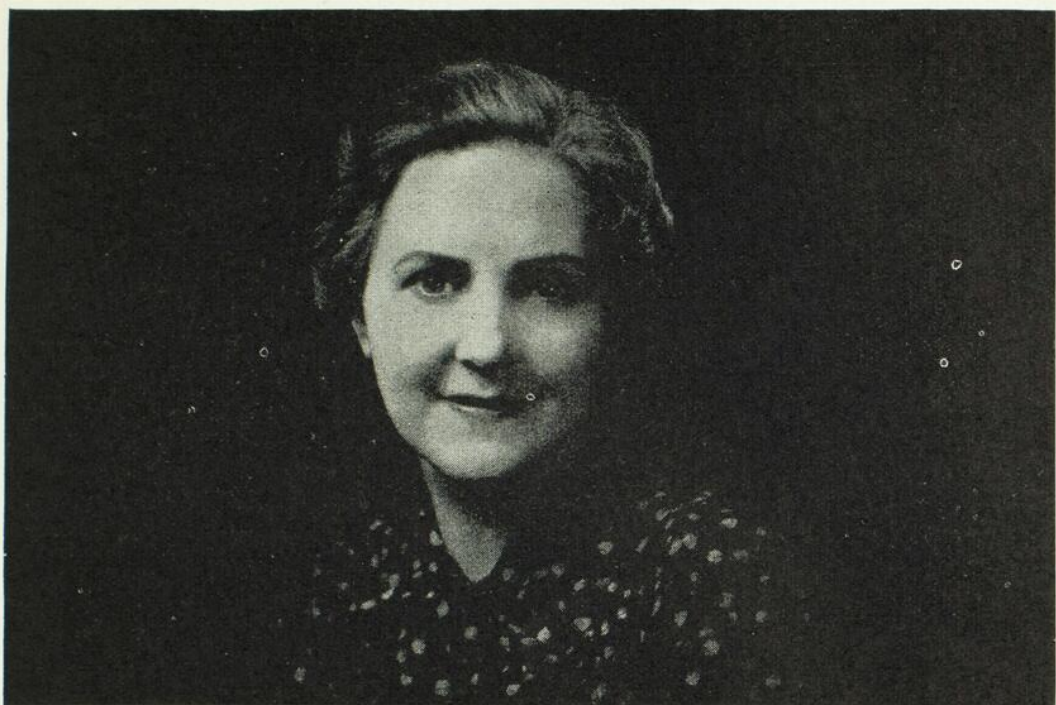
**La Chirurgie de la Douleur.** Par René LERICHE, professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Strasbourg. Un volume de 428 pages avec 13 figures: 65 francs. Masson et Cie, éditeurs, libraires de l'Académie de Médecine, 120, blvd Saint-Germain, Paris.

On trouvera dans ce livre vingt leçons faites au Collège de France. L'auteur veut y montrer ce que c'est que la douleur physique, ce que sont ses conditions d'apparition, comment on peut empêcher certains hommes de souffrir; son but est de tirer au clair quelques aspects du problème de la douleur sur lesquels la chirurgie nous donne depuis quelques années des lueurs toutes nouvelles.

C'est en somme la position physiologique et philosophique du problème de la douleur, tel que le voit un chirurgien. La présence des grands types douloureux dont la chirurgie s'occupe depuis quelques années: la névralgie de la face, l'angine de poitrine, les douleurs des artéritiques, celles des amputés, celles qui suivent certains traumatismes périphériques, celles des cancers inopérables, d'autres encore.

### CHAPITRES DE L'OUVRAGE

I. Le problème de la douleur devant l'analyse chirurgicale. — II. Des conditions physiologiques de la douleur. Des règles générales de la chirurgie de la douleur. — III. Névralgies du trijumeau et algies de la face. — IV. Traitement de la névralgie faciale. — V. Des algies diffusantes post-traumatiques. — VI. De la douleur dans les blessures des nerfs. — VII. La causalgie, sa signification, son traitement. — VIII. Les douleurs des moignons d'amputation. — IX. Les douleurs dues à la vaso-constriction. — X. De la douleur dans les crises vaso-motrices des nerfs. De la vaso-constriction dans les maladies apparemment spontanées des nerfs périphériques. — XI. La douleur dans les crises vaso-constrictives pures, dans la maladie de Raynaud, dans les faux Raynaud, dans la sclérodermie. — XII. La douleur dans les artérites juvéniles. — XIII. Traitement de la douleur dans l'artérite juvénile. — XIV. De la douleur de l'angine de poitrine. — XV. Traitement chirurgical de la douleur dans l'angine et de l'angine elle-même. — XVI. Des douleurs dues à des cicatrices cutanées. — XVII. Le problème de la douleur viscérale. Traitement chirurgical de certaines douleurs viscérales. — XVIII. De la douleur des cancers abdomino-pelviens inopérables ou récidivés et de son traitement. — XIX. Qu'est-ce que la douleur physique?



## Au Retour de l'Age

Les femmes qui ont été soulagées des troubles douloureux et ennuyeux qui accompagnent généralement le retour de l'âge comptent parmi les clients les plus reconnaissants du médecin.

Les travaux de Frank, Goldberger et Salmon<sup>1</sup>, et de nombre d'autres savants, ont prouvé l'efficacité des comprimés de PROGYNON-DH\* dans le traitement par voie buccale des troubles de la ménopause. Ces comprimés constituent également un précieux complément du PROGYNON-B en solution huileuse pour maintenir le taux d'hormone folliculaire.

Le PROGYNON-B\* en solution huileuse peut être employé avec avantage même dans les cas les plus graves de troubles de la ménopause. Mazer et Israël<sup>2</sup> traitèrent trente-trois cas avec le PROGYNON-B. Dans la plupart de ces cas il se produisit une amélioration des symptômes primaires dès la cinquième ou sixième injection. Aucun des trente-trois sujets ne fut réfractaire au traitement.

\* Nom déposé au Canada et aux Etats-Unis.

*De plus amples renseignements concernant les Hormones Sexuelles Féminines de Schering seront envoyés sur demande.*

Ces facteurs œstrogéniques purs et cristallisés sont également indiqués pour le traitement de l'insuffisance d'hormone folliculaire dans les aménorrhées, les nausées et vomissements de la grossesse, la vaginite infantile gonococcique, les migraines, la vaginite sénile et le prurit vulvaire.

Le PROLUTON\*, hormone du corps jaune cristallisée en solution huileuse, s'est montré efficace lorsqu'il y a menace d'avortement, contre l'avortement récidivant, dans les ménorrhagies et dans certains types de dysménorrhées.

Le PROGYNON-DH (œstradiol) est fourni en comprimés de 50, 200 et 600 unités biologiques; le PROGYNON-B (benzoate d'œstradiol en solution huileuse), en ampoules de 1 c.c. de 500, 2,000 et 10,000 unités rat; et le PROLUTON (progœstrone), en ampoules de 1 c.c. de 0.2, 1 et 5 unités internationales.

1. *N. Y. State Journal of Medicine*, 1er octobre 1936.

2. *Medical Clinics of North America*, juillet 1935.

# SCHERING (CANADA) LIMITED

751 CARRE VICTORIA

MONTREAL



(I. O. G.)

# DIA - TOSAN

**LE MEILLEUR ET EFFICACE**  
**TRAITEMENT DU DIABÈTE**  
**PAR VOIE BUCCALE.**

Ce produit n'a été mis à la disposition  
du Corps Médical Français qu'après  
trois années de travaux de laboratoire  
de la Faculté de Médecine de Paris.

**9 à 12 comprimés par jour en 3 fois,**  
**au début des repas.**

Agent général pour le Canada: L. BOUDOT, 8955, rue Routhier, Montréal, P. Q.



# NOUVELLES

---

UNIVERSITE DE PARIS — FACULTE DE MEDECINE

Année scolaire 1937-1938 (1er semestre)

## COURS DE PERFECTIONNEMENT DE TECHNIQUE CHIRURGICALE CONCERNANT L'APPAREIL MOTEUR

par les Professeurs OMBREDANNE et P. MATHIEU

avec la collaboration de

MM. LEVEUF, Agrégé; SORREL, RICHARD, FEVRE, Chirugiens des  
Hôpitaux; LANCE, HUC, PADOVANI, ISELIN,  
Assistants et Chefs de Clinique.

Ce cours aura lieu chaque jour du 11 octobre au 28 octobre 1937 à 14 heures 30 au Petit Amphithéâtre. A la suite de chaque leçon une répétition des opérations envisagées aura lieu à l'Ecole pratique à partir de 15 heures 45, sous la direction de MM. les Prosecteurs.

### PROGRAMME DES LEÇONS

*Lundi 11 Octobre.* — Chirurgie de l'épaule (Paralysie infantile et obstétricale, luxations anciennes, luxations récidivantes), par M. le Professeur OMBREDANNE.

*Mardi 12 Octobre.* — Chirurgie des fractures et pseudarthroses du col du fémur, par M. le Professeur P. MATHIEU.

*Mercredi 13 Octobre.* — Chirurgie des scolioses et du mal de Pott, par M. le Docteur SORREL.

*Jeudi 14 Octobre.* — La réduction sanglante des luxations congénitales de la hanche, par M. le Docteur LEVEUF, Agrégé.

*Vendredi 15 Octobre.* — Chirurgie des arthrites de la hanche (arthrites déformantes, coxalgie), par M. le Professeur P. MATHIEU.

*Samedi 16 Octobre.* — Chirurgie des luxations et subluxations congénitales et des dystrophies de la hanche, par M. le Docteur FEVRE.

*Lundi 18 Octobre.* — Chirurgie des fractures et pseudarthroses des os longs, par M. le Docteur PADOVANI.

*Mardi 19 Octobre.* — Chirurgie de la main, par M. le Docteur ISELIN.

*Mercredi 20 Octobre.* — Chirurgie des pieds bots paralytiques, par M. le Professeur OMBREDANNE.

*Jeudi 21 Octobre.* — Chirurgie de l'articulation tibio-tarsienne, par M. le Docteur PADOVANI.

*Vendredi 22 Octobre.* — Chirurgie des ankyloses articulaires, par M. le Professeur P. MATHIEU.

*Samedi 23 Octobre.* — Chirurgie du spondylolisthésis, des arthrites sacro-iliaques, des sacralisations, etc., par M. le Docteur HUC.

*Lundi 25 Octobre.* — Transplantations tendineuses, par M. le Docteur LEVEUF, Agrégé.

*Mardi 26 Octobre.* — Chirurgie des déformations congénitales du pied et des déformations des orteils, par M. le Docteur LANCE.

*Mercredi 27 Octobre.* — Chirurgie des tuberculoses du membre inférieur, par M. le Docteur RICHARD.

*Jeudi 28 Octobre.* — Chirurgie du genou (Lésions congénitales et traumatiques), par M. le Professeur P. MATHIEU.

Ce cours sera public et gratuit. Des séances cliniques et opératoires dans les services des Professeurs OMBREDANNE et P. MATHIEU seront organisées le matin pendant la durée du cours.

#### PROGRAMME DES REPETITIONS OPERATOIRES

par MM. les Prosecteurs Longuet et Poilleux

*Lundi 11 Octobre.* — Butées ostéoplastiques de l'épaule, ostéotomies de dérotation. Arthrodèse de l'épaule. Résections.

*Mardi 12 Octobre.* — Ostéosynthèses du col fémoral.

*Mercredi 13 Octobre.* — Les ostéosynthèses rachidiennes. Laminectomies.

*Jeudi 14 Octobre.* — Réduction sanglante des luxations congénitales de la hanche.

*Vendredi 15 Octobre.* — Arthrodèses de la hanche. Résections arthroplastiques de la hanche.

*Samedi 16 Octobre.* — Butées ostéoplastiques de la hanche. Ostéotomies sous-trochantériennes.

*Lundi 18 Octobre.* — Ostéosynthèses à matériel perdu et par fixateurs externes, extension par broches. Transplants osseux libres, pédiculés, etc.

*Mardi 19 Octobre.* — Réparation des tendons. Opérations pour les rétractions de l'aponévrose palmaire.

*Mercredi 20 Octobre.* — Opérations pour paralysies spasmodiques. Arthrorises. Arthrodèses pour paralysie du pied.

*Jeudi 21 Octobre.* — Opérations pour fractures récentes et vicieusement consolidées du cou-de-pied. Astragalectomie.

*Vendredi 22 Octobre.* — Ostéotomies. Arthroplasties.

*Samedi 23 Octobre.* — Ostéosynthèses lombo-sacrées, ilio-sacrées, ilio-lombaires.

*Lundi 25 Octobre.* — Transplantations tendineuses.

*Mardi 26 Octobre.* — Tarsectomies pour pieds bots divers. Opérations pour Hallux valgus. Déformations des orteils.

*Mercredi 27 Octobre.* — Résections du genou. Arthrodèses du genou. Opérations pour les tuberculoses du tarse et du métatarse.

*Jeudi 28 Octobre.* — Arthrotomies du genou. Réfection des ligaments. Traitement des luxations de la rotule.

---

---

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 COMMODOE --

—♦—  
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

# G E L O T A N I N •

MÉDICATION ANTIDIARRHÉIQUE

**Indications: TOUS LES CAS DE DIARRHÉES**

Particulièrement recommandé }  
dans les } **DIARRHÉES DES TUBERCULEUX**  
**DIARRHÉES DES NOURRISSONS**

Présenté en cachets de 0.50 pour adultes  
paquets de 0.25 pour enfants et nourrissons.

•  
LABORATOIRES E. CHOAY, 48, rue Théophile-Gautier, Paris  
•

Agents exclusifs: **HERDT & CHARTON, Inc.,**

**Montréal.**

*Echantillons et littérature sur demande.*

Seront seuls admis à ces démonstrations opératoires les élèves qui se seront inscrits à cet effet au Secrétariat de la Faculté (Guichet 4), les Lundis, Mercredis, Vendredis de 14 h. à 16 h. et auront versé les droits spéciaux afférents à ces séances. Ce droit spécial est fixé à 250 francs.

*Le Doyen de la Faculté:* ROUSSY.

---

## ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA

### Transactions of meeting of Council — Ottawa, June 21st, 1937 (abstracted)

Fifteen members of Council were present and important measures were discussed and decided.

The dates for 1937 examinations were set as follows:

#### *Written Examinations:*

September 23rd, 1937: Anatomy—Medicine—Surgery.

September 24th, 1937: Physiology — Medical Pathology — Surgical Pathology.

September 25th, 1937: Clinically applied Anatomy and Physiology, Medical.

Clinically applied Anatomy and Physiology, Surgical.

These Written Examinations will be conducted by Invigilators, and synchronously in Halifax, Quebec, Montreal, Toronto, Winnipeg, Saskatoon, Edmonton and Vancouver.

The Oral and Clinical Examinations will be held in Montreal on Monday, October 25th.

Examinations conducted in the French language will be held in Montreal and Quebec upon the same dates as detailed above.

A full staff of Examiners has been appointed to conduct the examinations in both languages.

The disadvantages of holding the Examinations in the autumn, and alternately in Montreal and Toronto, are fully recognized by Council and careful study is being made of an alternative arrangement.

In the meantime Council resolved that in 1938 the Oral and Clinical examinations should be held in Winnipeg as at least one centre.

*Ad Eundem* Fellowship was granted to:

Dr. Bernard Willinsky — Toronto — Division of Surgery.

Dr. John B. Ewing — Kingston — Division of Surgery.

Dr. W. Ford Connell — Kingston — Division of Medicine.

The Committee on Specialists presented a report which advanced this project of the certification and registration of Specialists.

Communication was received from the Canadian Medical Association requesting the Royal College to undertake this task. Council of the Royal College has accepted the responsibility and proposed to the Canadian Medical Association the setting up of a joint General Committee and joint subcommittees representing each recognized specialty.

The joint subcommittees will recommend to Council of the Royal College the details of qualification required for certification and registration.

Dr. W. G. Penfield, of Montreal, had been elected to Council to fill the vacancy caused by the untimely death of Dr. F. A. C. Scrimger.

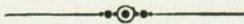
Council prepared the following slate of Nominations for Election of Councillors this summer:

- Dr. W. A. JONES, Kingston.
- Dr. K. A. MacKENZIE, Halifax.
- Dr. G. L. DeBELLEFEUILLE, Montreal.
- Dr. Harold LITTLE, London.
- Dr. Heber C. JAMIESON, Edmonton.
- Dr. M. P. A. VALLEE, Québec.
- Dr. F. S. PATCH, Montreal.
- Dr. W. G. PENFIELD, Montreal.
- Dr. Frederick ETHERINGTON, Kingston.
- Dr. B. G. BOURGEOIS, Montreal.
- Dr. Chas. VEZINA, Quebec.
- Dr. J. G. MacDOUGALL, Halifax.
- Dr. J. C. McEACHERN, Calgary.

The amendment to the Bylaws adopted by the Annual Meeting of 1936 and authorizing an annual levy of Ten Dollars for a period of five years has resulted in the collection to date of August 1st of \$2870.00, a substantial contribution to the working funds of the College.

A letter was read announcing the consent of His Gracious Majesty King George VI to become the Royal Patron of the College.

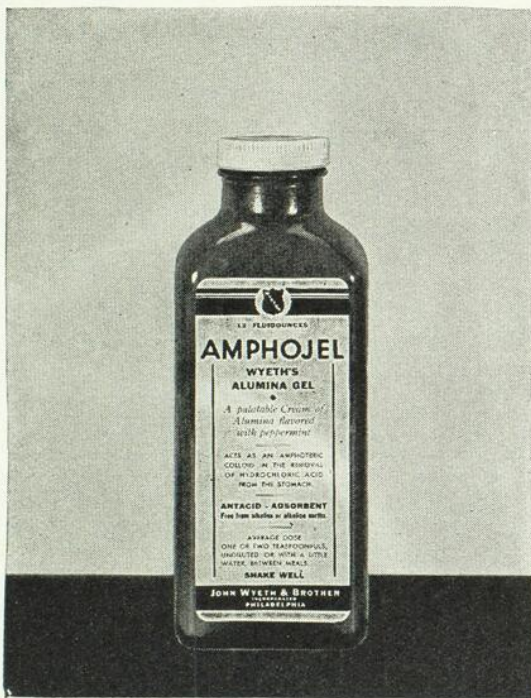
Decision was made to reprint the Bylaws of the College and this reprint will probably take the form of an Annual Handbook with Register of the Fellows.



WYETH'S

# “AMPHOJEL”

Une thérapeutique tout à fait nouvelle pour le traitement de l'hyperacidité gastrique.



« **AMPHOJEL** » est une suspension colloïdale d'hydrate d'alumine, agréable au goût, pouvant neutraliser plus de 18 fois son volume d'une solution N/10 HCL (réactif Toepfer).

« **AMPHOJEL** » (pH 6.8) ne peut causer une augmentation secondaire de la sécrétion acide, parce qu'il ne crée aucun état anormal d'alcalinité du tube digestif.

« **AMPHOJEL** » est amphotère (réaction indifférente), par conséquent peut neutraliser l'acidité et ne dérange aucunement l'équilibre acido-base normal du sang et des tissus.

« **AHPHOJEL** » est un antacide entièrement nouveau. Il ne peut causer une augmentation secondaire de la sécrétion acide — d'alcalinité gastrique ou d'alcalose.

Échantillons et littérature envoyés sur demande.

JOHN WYETH AND BROTHER INC.,

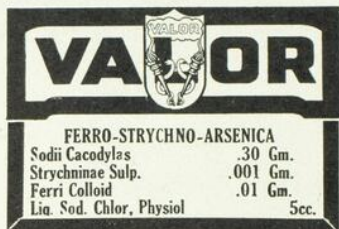
Walkerville, Ont.

### 3 ASSOCIATIONS STRYCHNIQUES INDOLORES



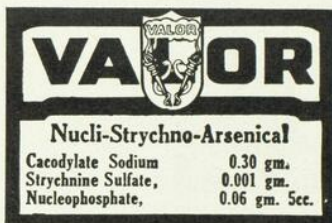
#### ARSENIC

à dose massive.



#### FER

sous une forme assimilable



#### ACIDE NUCLEINIQUE

médication phosphorée  
intense.

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

### SUPPLÉMENT

#### SUCCES REMARQUABLE DU TROUPEAU JERSEY « OVALTINE » A L'EXPOSITION ROYALE LANCASHIRE

A l'Exposition Royale Lancashire, récemment tenue à Manchester, les vaches Jersey, de la ferme laitière « Ovaltine », eurent un succès remarquable. Le fameux troupeau remporta trois premiers prix, trois seconds, deux troisièmes et, le plus convoité, la coupe « Blyth-wood ».

Ceci amène le nombre de prix « Ovaltine », aux principales expositions agricoles de cette saison, au total imposant de 113. Parmi ces succès notables se trouvent 3 championnats, 16 premiers prix et 9 coupes de championnat.

Il ne peut y avoir de doute qu'un grand nombre des succès obtenus par les vaches Jersey d'« Ovaltine » sont dus aux conditions idéales qui dominent à la ferme laitière « Ovaltine ». Cette ferme modèle située près de la fabrique d'« Ovaltine », à King's Langley, Herts., est considérée par les experts comme étant la plus moderne et la plus scientifiquement dirigée des fermes laitières du monde entier.

Cette ferme fut établie par les propriétaires d'« Ovaltine » pour poser le plus haut « standard » de qualité et de pureté pour les milliers de gallons de lait qui, avec l'extrait de malt et les œufs frais pondus, provenant de la fameuse ferme d'aviculture « Ovaltine », sont employés dans la préparation de l'« Ovaltine », le populaire aliment-tonique-liquide.

## TABLE ALPHABÉTIQUE DES ANNONCES

|  |        |
|--|--------|
| <b>Abbott Laboratories Ltd,</b> ( <i>Plus de 200 communications</i> )  | XII    |
| <b>Anglo-French Drug Cie,</b> ( <i>Elixir Gabail</i> ) . . . . .   | XLIX   |
| <b>Antiphlogistine,</b> ( <i>Peu de régions sont autant que le bassin pelvien chez la femme, sous l'influence de la pathologie</i> ) . . . . . | XXII   |
| <b>Ayerst, McKenna &amp; Harrison, Limited,</b> ( <i>Emménine</i> ) . .  | XX     |
| <b>Banque Canadienne Nationale,</b> ( <i>À votre disposition</i> ) . .   | XLVI   |
| <b>Borden Company Limited, The,</b> ( <i>Lait Borden's St. Charles, Evaporé</i> ) . . . . .  | LVII   |
| <b>Boudot, L.,</b> ( <i>Dia-Tosan</i> ) . . . . .  | LXII   |
| <b>Bristol-Myers Co.,</b> ( <i>Sal Hepatica</i> ) . . . . .  | XIV    |
| <b>Bromo-Seltzer Ltd.,</b> . . . . .   | LIX    |
| <b>Canada Drug Company,</b> ( <i>Paveral</i> ) . . . . .   | LVIII  |
| <b>Canadian Cannery Limited,</b> ( <i>Le chimiste en assure la qualité</i> )<br>( <i>Troisième page de la couverture</i> )                     |        |
| <b>Canadian Metalix Co. Ltd.,</b> ( <i>Philips Metalix Rotalix</i> ) . .   | XI     |
| <b>Casgrain &amp; Charbonneau, Ltée,</b> ( <i>Sulfocide</i> ) . . . . .  | XXXVI  |
| <b>Casgrain &amp; Charbonneau, Ltée,</b> ( <i>Stérilisateur "Castle"</i> )   | XLVIII |
| <b>Casgrain &amp; Charbonneau, Ltée,</b> ( <i>Ray. X Westinghouse</i> )  | XLVIII |
| <b>Ciba, Compagnie, Limitée,</b> ( <i>Trasentine et le Perandren "Ciba"</i> ) . . . . .  | III    |
| <b>Cloutier &amp; Cloutier Cie Ltée,</b> ( <i>Pourquoi troubler la réception d'émissions radiophoniques</i> ) . . . . .                        | X      |
| <b>Denver Chemical Manufacturing Co.,</b> ( <i>Antiphlogistine</i> )   | XXII   |
| <b>Duckett J. A.,</b> ( <i>Dernière Création de la Prothèse</i> ) . . . .  | LIV    |
| <b>Eddé, J., Limitée,</b> ( <i>Taxol</i> ) . . . . .   | VI     |
| <b>Eddé, J., Limitée,</b> ( <i>Inotyol</i> ) . . . . .   | VI     |
| <b>Eddé, J., Limitée,</b> ( <i>Pommade Midy</i> ) . . . . .  | XIX    |

|   |        |
|---|--------|
| <b>Eddé, J., Limitée, (<i>Hémostyl</i>)</b> . . . . .   | XXVII  |
| <b>Eddé, J., Limitée, (<i>Bismuthoïdol</i>)</b> . . . . .   | XXX    |
| <b>Eddé, J., Limitée, (<i>Phospho-Strychnal</i>)</b> . . . . .  | XXXIII |
| <b>Eddé, J., Limitée, (<i>Ocréïne Grémy</i>)</b> . . . . .  | XXXIII |
| <b>Eddé, J., Limitée, (<i>Iodone Robin</i>)</b> . . . . .   | XXXIII |
| <b>Eddé, J., Limitée, (<i>Iodogénol Pépin</i>)</b> . . . . .  | XXXIV  |
| <b>Eddé, J., Limitée, (<i>Epilepsie</i>)</b> . . . . .  | XLVI   |
| <b>Fellows Medical Mfg. Co., Ltd., (<i>Équilibrez le pH</i>)</b> . . . . .                                  | XXXV   |
| <b>Frosst, Charles E. &amp; Co. (<i>Kondremul</i>)</b><br><i>Deuxième page intérieure de la couverture.</i> |        |
| <b>Herdt &amp; Charton, Inc., (<i>Uroprazine</i>)</b> . . . . .   | LV     |
| <b>Herdt &amp; Charton, Inc., (<i>Gélotanin</i>)</b> . . . . .  | LXIV   |
| <b>Hirbour, Arthur, (<i>Pharmacie d'Ordonnances</i>)</b> . . . . .  | LXIV   |
| <b>Hoffmann-LaRoche Limitée, (<i>Larostidine "Roche"</i>)</b> . . . . .                                     | XXIII  |
| <b>"Ifah", Pharm. Products, (<i>Histidin-Ifah</i>)</b> . . . . .  | LI     |
| <b>Imperial Tobacco Co. of Canada, (<i>Sweet Caporal</i>)</b> . . . . .                                     | LIII   |
| <b>Importations Européennes Limitée, (<i>Cardiosédine</i>)</b> . . . . .                                    | XLV    |
| <b>Joubert, J. J., Limitée, (<i>Santéine</i>)</b> . . . . .   | LII    |
| <b>Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, (<i>Glycobyyl</i>)</b> . . . . .                                       | IX     |
| <b>Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, (<i>Geneserine</i>)</b> . . . . .                                      | IX     |
| <b>Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, (<i>Génatropine</i>)</b> . . . . .                                     | IX     |
| <b>Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, (<i>Genoscopamine</i>)</b> . . . . .                                   | IX     |
| <b>Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, (<i>Amidal</i>)</b> . . . . .  | IX     |
| <b>Laboratoires A. Bailly, (<i>Opobyyl</i>)</b> . . . . .   | XVIII  |
| <b>Laboratoire du Bismol, (<i>Agobyyl</i>)</b> <i>Quatrième page de la couverture.</i>                      |        |
| <b>Laboratoires Clin, Comar &amp; Cie, (<i>Enésol</i>)</b> . . . . .  | I      |
| <b>Laboratoires Clin, Comar &amp; Cie, (<i>Strychno-Phospharsinées</i>)</b> . . . . .                       | I      |
| <b>Laboratoires A. Guerbet &amp; Cie, (<i>Sédosine</i>)</b> . . . . .                                       | XLVII  |
| <b>Laboratoires A. Guerbet &amp; Cie, (<i>Lipiодol</i>)</b> . . . . .                                       | XLVII  |
| <b>Laboratoires Lobica, (<i>Taxol</i>)</b> . . . . .  | VJ     |
| <b>Laboratoire Nadeau Limitée, (<i>Sodiosal</i>)</b> . . . . .  | XXX    |

|   |        |
|---|--------|
| <b>Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Ltée,</b> ( <i>Acetylarsan</i> )                          | XIII   |
| <b>Laboratoires du Dr P. Astier,</b> ( <i>Arhéol Astier</i> ) . . . .                               | XXV    |
| <b>Laboratoires Soudan de Paris,</b> ( <i>Dia-Tosan</i> ) . . . .                                   | LXII   |
| <b>Laboratoires Midy,</b> ( <i>Pommade Midy</i> ) . . . . .   | XIX    |
| <b>Librairie Beauchemin Limitée,</b> ( <i>Linguaphone</i> ) . . . .                                 | XXVIII |
| <b>La Cie Canadienne des Agences Modernes,</b> ( <i>Les Lithi-<br/>nés du Dr Gustin</i> ) . . . . . | LII    |
| <b>La Cie Canadienne des Agences Modernes,</b> ( <i>Magnésie du<br/>Dr Gustin</i> ) . . . . .       | LII    |
| <b>Le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de<br/>Québec</b> . . . . .                | LX     |
| <b>Listers Limited,</b> ( <i>Listers</i> ) . . . . .  | LVIII  |
| <b>Mercier &amp; Dion,</b> ( <i>Fourrures</i> ) . . . . .   | XXI    |
| <b>Millet, Roux &amp; Cie, Ltée,</b> ( <i>L'Ampho-Quintivaccin</i> ) . .                            | LXIII  |
| <b>Monty, Gagnon &amp; Monty</b> . . . . .  | VIII   |
| <b>Parke, Davis &amp; Cie,</b> ( <i>Le Mapharsen</i> ) . . . . .                                    | IV     |
| <b>Ranniger, W.-E.,</b> ( <i>Histidin-Ifah</i> ) . . . . .  | LI     |
| <b>Rougier Frères,</b> ( <i>Hepathemo</i> ) . . . . .   | XVII   |
| <b>Rougier Frères,</b> ( <i>Hémoglobine Deschiens</i> ) . . . . .                                   | XIX    |
| <b>Rougier Frères,</b> ( <i>Ouabaine Arnaud</i> ) . . . . .   | XXI    |
| <b>Rougier Frères,</b> ( <i>Néotonine Buisson</i> ) . . . . .                                       | XXIII  |
| <b>Rougier Frères,</b> ( <i>Sedlitz Chanteaud</i> ) . . . . .                                       | XXVI   |
| <b>Rougier Frères,</b> ( <i>Sténol Chanteaud</i> ) . . . . .  | XXVI   |
| <b>Rougier Frères,</b> ( <i>Rami</i> ) . . . . .  | XXVI   |
| <b>Rougier Frères,</b> ( <i>Elixir Ducro</i> ) . . . . .  | XXIX   |
| <b>Rougier Frères,</b> ( <i>Névrosthénine Freyssinge</i> ) . . . .                                  | XXXV   |
| <b>Rougier Frères,</b> ( <i>Chloramine Freyssinge</i> ) . . . . .                                   | XXXV   |
| <b>Rougier Frères,</b> ( <i>Capsules Dartois</i> ) . . . . .  | XXXV   |
| <b>Rougier Frères,</b> ( <i>Uraseptine Rogier</i> ) . . . . .                                       | XIV    |
| <b>Rougier Frères,</b> ( <i>Sirop Famel</i> ) . . . . .   | LIV    |
| <b>Rougier Frères,</b> ( <i>Iodalose Galbrun</i> ) . . . . .  | LV     |
| <b>Rougier Frères,</b> ( <i>Prosthénase</i> ) . . . . .   | LV     |

|   |       |
|---|-------|
| <b>Sanatorium de Blois</b> . . . . .  | XXIV  |
| <b>Sanatorium Prévost</b> . . . . .   | II    |
| <b>Schering (Canada), Ltd.</b> , ( <i>Au retour de l'âge</i> ) . . . . .                                  | LXI   |
| <b>Siemens-Reiniger (Canada) Limited</b> , ( <i>Le Sphérix</i><br><i>"Siemens"</i> ) . . . . .            | V     |
| <b>Usines Chimiques du Canada, Inc.</b> , ( <i>Valor Strychno-Ar-</i><br><i>senical</i> ) . . . . .       | LXVI  |
| <b>Usines Chimiques du Canada, Inc.</b> , ( <i>Valor Ferro-Strych-</i><br><i>no-Arsenical</i> ) . . . . . | LXVI  |
| <b>Usines Chimiques du Canada, Inc.</b> , ( <i>Valor Nucli-Strych-</i><br><i>no-Arsenical</i> ) . . . . . | LXVI  |
| <b>Vinant Ltée</b> , ( <i>Enésol</i> ) . . . . .  | I     |
| <b>Vinant Ltée</b> , ( <i>Strychno-Phospharsinées</i> ) . . . . .   | I     |
| <b>Vinant Ltée</b> , ( <i>Glycobyl</i> ) . . . . .  | IX    |
| <b>Vinant Ltée</b> , ( <i>Génésérine</i> ) . . . . .  | IX    |
| <b>Vinant Ltée</b> , ( <i>Génatropine</i> ) . . . . .   | IX    |
| <b>Vinant Ltée</b> , ( <i>Genoscopolamine</i> ) . . . . .   | IX    |
| <b>Vinant Ltée</b> , ( <i>Amidal</i> ) . . . . .  | IX    |
| <b>Vinant Ltée</b> , ( <i>Sédosine</i> ) . . . . .  | XLVII |
| <b>Vinant Ltée</b> , ( <i>Lipiodol</i> ) . . . . .  | XLVII |
| <b>Vinant Ltée</b> , ( <i>Opobyl</i> ) . . . . .  | XVIII |
| <b>Wander, A., Limited</b> , ( <i>Ovaltine</i> ) . . . . .  | XXIX  |
| <b>Warner, William R., Co. Ltd.</b> , ( <i>Alka-Zane</i> ) . . . . .                                      | L     |
| <b>Wyeth &amp; Brother, Inc., John</b> , ( <i>Amphojel</i> ) . . . . .                                    | LXV   |



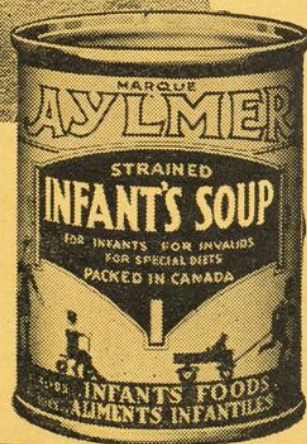
Le CHIMISTE en ASSURE la QUALITÉ



ONZE VARIÉTÉS

|          |            |                     |
|----------|------------|---------------------|
| Épinards | Pois       | Abricots            |
| Carottes | Fèves      | Soupes pour enfants |
| Asperges | Betteraves | Compotes de pommes. |
| Tomates  | Prunes     |                     |

CANADIAN CANNERS LIMITED  
HAMILTON, CANADA



ALIMENTS  
**AYLMER**  
POUR ENFANTS

# BIS MIX

## HYPERCHLORHYDRIE



*Excepté  
les cas où  
l'intervention  
chirurgicale est  
nécessaire toutes les  
maladies du foie sont  
justiciables de l'Agobyl*



DÉSENSIBILISATEUR DES ÉTATS HÉPATIQUES

*Le Laboratoire du Bismol*  
*Spécialités Thérapeutiques*

945 rue Côté

Montréal