

L'Union Médicale du Canada

REVUE MENSUELLE

Fondée en 1872

BULLETIN

- Essai sur une maladie nouvelle
"La Sociale" LeSAGE 1

MÉMOIRES

- Influence sociale de la Presse Médicale
au Canada Albert LeSAGE 4

RECUEIL DE FAITS

- Eventration diaphragmatique droite avec
volvulus organo-axial sous-bulbaire
de l'estomac et interposition hépato-
diaphragmatique de l'angle droit du
côlon Albert JUTRAS
Edouard TETRAULT 49
- Perforation de l'estomac et Rayons X Antonio BELLEROSE 55

ACTUALITÉS

- Nos confrères et amis: Les médecins
franco-américains de la Nouvelle-
Angleterre J.-E. DUBE 57

MÉDECINE PRATIQUE

- Traitement des rhino-pharyngites du
nourrisson Paul LETONDAL 61

CONGRÈS

- Les Congrès de 1936 Albert LeSAGE 64

REVUE DES LIVRES

- La vésicule biliaire et ses voies d'excré-
tion Jean LeSAGE 96

SOCIÉTÉS

- Assemblée scientifique du bureau médi-
cal de l'Hôpital Notre-Dame Paul BOURGEOIS 94

NÉCROLOGIE

- Le Professeur Marriott Paul LETONDAL 111

NOUVELLES

- Un nouveau journal de médecine: "L'Hôpital" L. 113
- Epreuves d'agrégation T. PARISEAU 114
- Banquet du 9 janvier 1937 115
- Réunion annuelle de la Canadian Physiological Society à l'Univer-
sité Queen's, Kingston, Ont. 115
- Enseignement de la Pédiatrie à la Maternité 116

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

QUINA-LAROCHE

TONIQUE, RECONSTITUANT et FÉBRIFUGE

Recommandé par les Médecins

FAIBLESSE GÉNÉRALE,

MANQUE D'APPÉTIT, DÉBILITÉ,

CONVALESCENCES, FIÈVRES

MÉDICATION IODÉE

ne produisant pas d'iodisme et parfaitement tolérée par
les voies digestives

VIN NOURRY

0 gr. 05 d'IODE combiné à 0 gr. 10 de TANIN par cuillerée à soupe
dans un vin liquoreux faiblement alcoolique

(VIN NOURRY)

DOSES: Adultes: une cuillerée à soupe
Adolescents: une cuillerée à dessert } au moment des principaux repas
Enfants: une cuillerée à café

Forme: Flacons de 300 cc.

Tous les avantages de la créosote
sans aucun de ses inconvénients:

Pas de phénomènes d'intolérance gastro-intestinale,
pas d'odeur ni de saveur désagréables.

SIROP BARÉ

(Tricrésol sulfonate de Calcium)

dosé à 0 gr. 30 de Tricrésol par cuillerée à soupe.

Ne contient aucune substance opiacée ou hypnotique.

Sédatif de la toux et modificateur des sécrétions bronchiques
par antiseptie pulmonaire.

DOSES: Adultes: 4 à 6 cuillerées à soupe par jour (dose pouvant être augmentée
sans inconvénient).

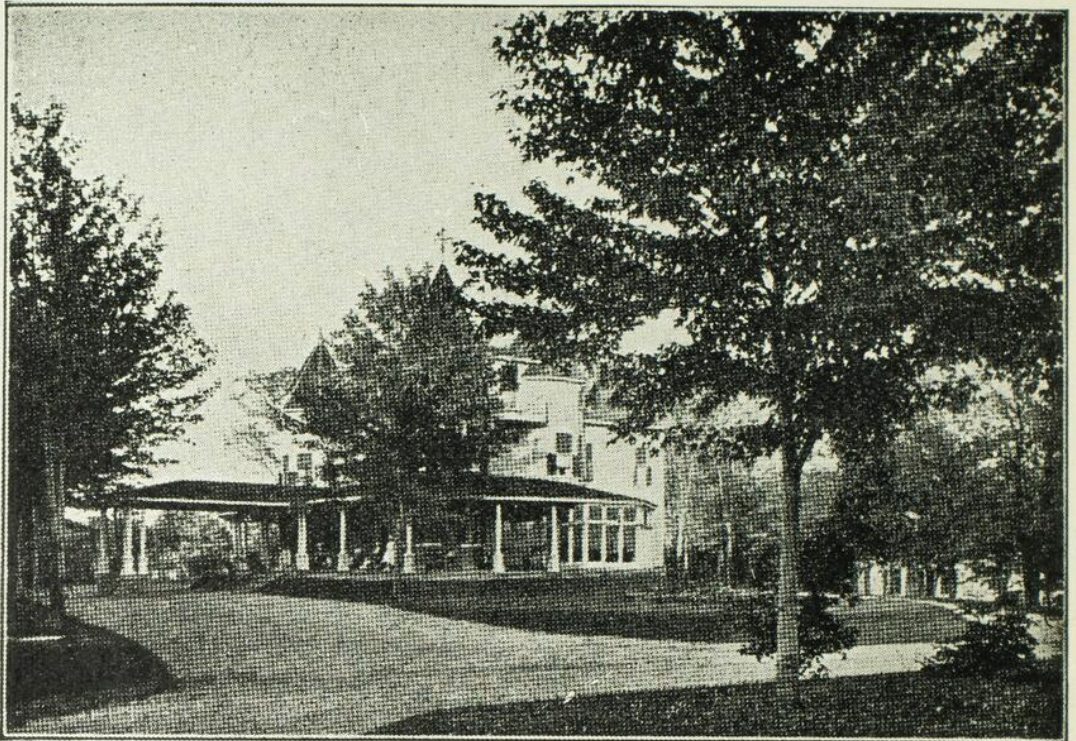
Enfants: 4 à 6 cuillerées à café par jour. D. P. 156

LABORATOIRES CLIN, COMAR & CIE, PARIS

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

SANATORIUM PRÉVOST

INCORPORE



ETABLISSEMENT DE PSYCHOTHERAPIE

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

TRAITEMENT INDIVIDUEL DES AFFECTIONS DU SYSTEME NERVEUX

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

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

4455 Boulevard Gouin ouest,

Téléphone, BYwater 1240

HORMONE ORCHITIQUE SYNTHÉTIQUE

PERANDREN "CIBA"

(Propionate de testostérone)

En 1933, Ruzicka parvint à réaliser, par transformation chimique de la molécule de la cholestérine, la synthèse de l'*androstérone*.

Plus tard, des recherches supplémentaires permirent de définir la formule de constitution de l'hormone testiculaire proprement dite, la *testostérone*. Enfin, des essais biologiques approfondis, entrepris dans nos laboratoires, démontrèrent que l'action de certains dérivés et en particulier de l'ester propionique, le **PERANDREN**, surpasse de beaucoup celle de la *testostérone libre*.

Etant donné qu'il s'agit d'une préparation nouvelle, l'expérimentation clinique du Perandren n'est pas encore terminée. Toutefois, en se basant sur les résultats des essais sur animaux et sur les expériences que l'on possède avec les extraits testiculaires faiblement dosés et plus ou moins purs dont on disposait jusqu'ici, l'essai du Perandren peut être recommandé dans les cas suivants:

Insuffisance testiculaire.

Troubles du développement sexuel.

**Suites de l'absence totale des glandes sexuelles
ou de leurs fonctions.**

Affections prostatiques.

La fabrication actuelle du Perandren étant très coûteuse, les échantillons gratuits sont, jusqu'à nouvel avis, exclusivement réservés aux investigateurs disposés à publier leurs résultats.

BOÎTES DE 3 AMPOULES à 1.1 c.c.

COMPAGNIE CIBA LIMITÉE - 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.

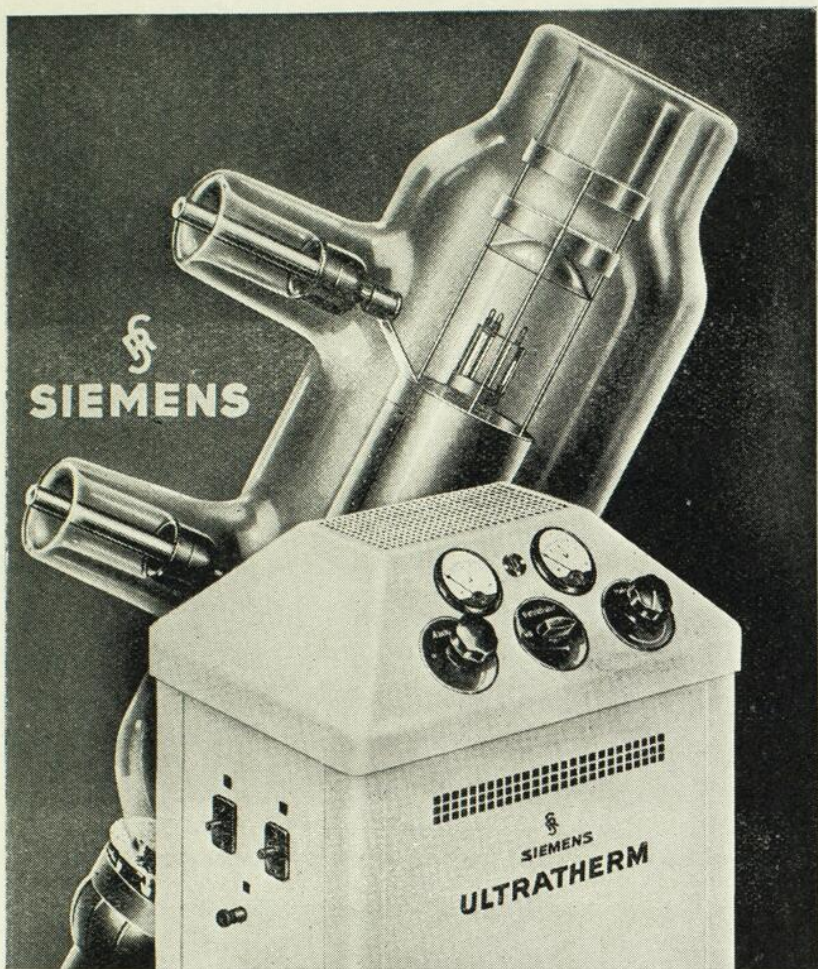
Différentes épreuves de laboratoire ainsi que de multiples observations cliniques ont prouvé que le Mapharsen, (oxyde de méta, amino, para, hydroxy, phénylarsine), est un spirochéticide de première valeur. Il n'a jamais provoqué de ces réactions graves observées à la suite d'injections des autres arsenicaux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



Appareil à ondes ultra-courtes de 6 mètres.

Puissance garantie dans le circuit d'application de 350 Watts pour tous les modes de traitement.

Traitements faciles avec bras porte-électrodes.

Borne spéciale pour effectuer l'électro-chirurgie et la coagulation.

Plus de 6,000 ULTRATHERM vendus depuis la découverte de la thérapie à ondes courtes.

SIEMENS-REINIGER (Canada) LIMITED

Dominion Square Building

MONTREAL

Efficacité — Sécurité

LANTOL

Solution de Rhodium Colloïdal à grains offrant le maximum de finesse et d'égalité.

Isotonique - Non Toxique - Indolore

Injections intraveineuses, intramusculaires ou hypodermiques
1 à 4 ampoules de 3 c.c. par jour

**Pneumonies - Typhoïdes - Gripes infectieuses -
Fièvres puerpérales - Septicémies**

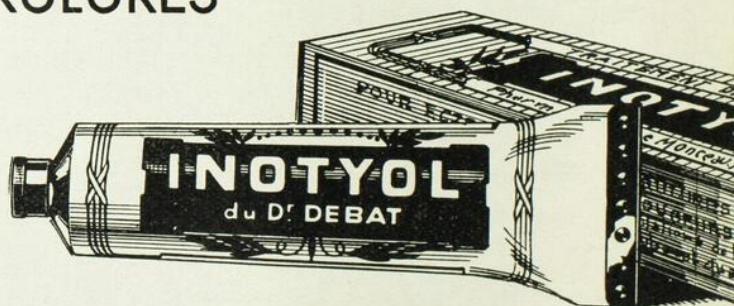
LABORATOIRES COUTURIEUX
18 Ave. Hoche, PARIS.

J. EDDÉ, Limitée, Agent Général. - 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.

POSTES DE MEDECINS

POSTE OFFERT

Poste offert, à l'Institut Bruchési, à un médecin désirant se spécialiser en oto-rhino-laryngologie.

S'adresser au Dr P.-S. Bohémier, 922, rue Cherrier.

SUITE DE 7 BUREAUX MODERNES

Planchers en tuile de liège. Eau chaude à l'année. Salles d'examen et salles d'attente. Voisin du Cercle Universitaire. Centre des hôpitaux. S'adresser au surintendant: M. Sauvé, 525 est, rue Sherbrooke, appt 14.

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.

HOPITAL PRIVE SAINTE-AGATHE-DES-MONTS

L'Hôpital du Christ-Roi reçoit des convalescents et des tuberculeux au premier degré. — Conditions faciles.

HOSPITALISATION

Médecin au choix du patient et à ses frais, ainsi que les médicaments.

CONDITIONS D'ADMISSION

Salles: \$1.50 par jour. — Chambres privées: \$2.00 et plus par jour.
Pension payable une semaine à l'avance.

Heures de visite:

Tous les jours de 2 à 4 h. et tous les soirs de 7 h. 30 à 8 h. 30.

L'ASSOCIATION DES GARDES-MALADES DIPLOMEES DE L'HOPITAL NOTRE-DAME

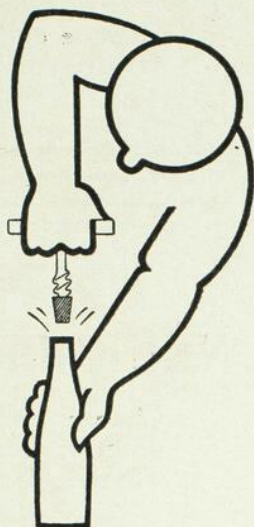
Registre pour Gardes-Malades, service privé. Bureau ouvert jour et nuit. Hôpital Notre-Dame, CHerrier 1157.

STOVÉDRINE

POMMADE NASALE
SOLUTION POUR
PULVERISATIONS

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

STOVOCAÏNE
EPHÉDRINE
NATURELLE



DÉBOUCHE LE NEZ

LABORATOIRES LICARDY. 38, Boulevard Bourdon Neuilly s/Seine

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

SYMPHYL

(Sympathyl français)

Extrait de cratægus 0,06 — Phénylmethylmalonylurée 0,01

Extrait de boldo 0,01

Hexaméthylènetetramine 0,06 — Peptone 0,03

RÉGULATEUR DU SYSTÈME NEURO-VÉGÉTATIF

(non toxique — pas de contre-indication)

Grâce à son heureuse composition, le Sympthyl agit avec efficacité dans tous les troubles organo-végétatifs, en régularisant l'activité fonctionnelle des éléments déséquilibrés, tant nerveux qu'endocriniens et humoraux.

LABORATOIRE DU SYMPATHYL

RENÉ & ROBERT CHANTEREAU
PARIS

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

THYVACRINE No 10 C & C

Chaque comprimé représente en glandes fraîches:
Ovaire complet 10 grains, Thyroïde 1 grain.

INDICATIONS:—

Aménorrhée soit occasionnelle causée par émotion vive, froid aux pieds, fatigues, etc., ou générale telle que chloro-anémie, tuberculose, changement de vie, convalescences, etc. Troubles de la ménopause, etc. Ménorrhagie et dans les syndromes à prédominance ovarienne.

NEUROCRINE No 5 C & C

Chaque comprimé représente: Teinture de Valériane 40 gouttes, Surrénale $\frac{1}{2}$ grain, Substance Cérébrale 10 grains, Thymus 3 grains.

INDICATIONS:—

Neurasthénie, Perte ou sommeil agité cause nerveuse, Surrénalites aiguës ou chroniques, Névroses, Hystéries, Hyperexcitabilité psychique, Fatigues, Surmenage, Epuisement de l'énergie et tous autres troubles nerveux.

DIACRINE No 6 C & C

Chaque comprimé représente en glandes fraîches:
Ilots du pancréas 10 grains, Duodénum 1 grain, Amygdale 2 grains.

INDICATIONS:—

Insuffisance intestinale, Pancréatite chronique, Irritation du pancréas, Dyspepsies pancréatiques, Diabète.

PRIX: — En bouteilles de 50 doz. \$10.20
En bouteilles de 100 doz. \$18.00

Echantillon sur demande.

CASGRAIN & CHARBONNEAU

LIMITÉE

28-30, rue St-Paul Est
MONTRÉAL

Pharmaciens en Gros
Instruments de Chirurgie
Instruments pour Dentistes
Rayons-X et Physiothérapie

Téléphone:
LANcaster *3292.

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, Marien, Marin, Marion, Masson, Mercier, Mousseau, Parizeau, Roy, Saint-Jacques, Vidal.

Président: T. Parizeau; Vice-Président: E. St-Jacques; 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.; Bourgeois, P.; Brault, J.; Desforges, A.; Desjardins, Ed.; Doré, R.; Dubé, Ed.; Fauteux, M.; Favreau, C.; Fontaine, R.; Fortier, L.; Gagnier, L.-A.; Gariépy, L.-H.; Gatién, R.; Gélinas, H.; Jutras, A.; Lafresnière, G.; Lapierre, G.; Lefebvre, R.; Legrand, E.; LeSage, J.; Letondal, P.; Magnan, A.; Manseau, A.; Mathieu, E.; Morin, P.; Paquette, J.-P.; Poirier, P.; Riopel, J.-L.; Saucier, J.; Simard, L.-C.; Smith, Pierre.

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef

Albert LeSAGE

Secrétaire de la rédaction
Léon GÉRIN-LAJOIE

Secrétaire-Trésorier
J.-A. VIDAL

Membres:

Roma AMYOT, Édouard DESJARDINS, Jean SAUCIER.

ONT COLLABORE AU VOLUME DE 1936:

Agricola, Dr., Amyot (R.), Archambault (P.-R.), Autotte (E.), Barbeau (A.), Baril (G.), Baril (H.), Barry (G.), Bellerose (A.), Bergeron (L.), Bernier (A.), Bertrand (A.), Bertrand (Albert), Binet (E.), Blagdon (L.), 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.), Gendreau (J.-E.), Gérin-Lajoie (L.), Gratton (A.), Grignon (C.-E.), Guilbault (A.), Hébert (G.), Hoen (T.-I.), Jarry (J.-A.), Joan-

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



L'Union Médicale du Canada adresse à tous
ses abonnés, ses collaborateurs, ses annonceurs
et ses imprimeurs, ses remerciements et ses voeux
de succès et de prospérité durant l'année 1937.

Les directeurs.



Compagnie Générale de Radiologie,

PARIS

autrefois

Gaiffe, Gallot & Pilon et Ropiquet, Hazard & Roycourt

Installations ultra-modernes pour Hôpitaux, Cabinets médicaux.

Protection Anti-X
intégrale

RAYONS X

Sécurité électrique
absolue

DIATHERMIE

ELECTROLOGIE

SOCIÉTÉ GALLOIS & CIE, LYON

LAMPES ASIATIQUES POUR SALLES D'OPÉRATIONS ET DISPENSAIRES

Ultra-Violets — Electrodes de Quartz — Infra-Rouges

ETABLISSEMENTS G. BOULITTE, PARIS

ELECTROCARDIOGRAPHIE, PRESSION ARTERIELLE,

METABOLISME BASAL

Tous appareils de précision médicale pour hôpitaux et médecins

ETABLISSEMENTS R. LEQUEUX, PARIS

STÉRILISATION — DÉSINFECTION

pour Hôpitaux, Dispensaires et Cabinets médicaux

COLLIN & CIE, PARIS

L'INSTRUMENTATION CHIRURGICALE PAR EXCELLENCE

PAUL CARDINAUX

Docteur es-Sciences

“PRECISION FRANÇAISE”

428, CHERRIER
MONTREAL

Catalogues, Devis, Renseignements sur demande.
Service d'un Ingénieur électro-radiologiste.

Phone
HARBOUR 2357

SIROP D' AMDEULATE ABBOTT

Offre aux médecins une méthode améliorée et simplifiée pour l'emploi de l'acide mandélique dans le traitement des infections des voies urinaires.

- Cette nouvelle combinaison de mandelate d'ammonium est suffisamment bien aromatisée et déguisée pour permettre une concentration de 185 Grs (12 gms) d'acide mandélique à l'once.
- Le Sirop d'Amdelate n'est ni métabolisé ni modifié en passant à travers le système.
- Il possède un effet bactéricide voisin de celui de l'acide Béta-Oxibutyrique.
- Il est tout particulièrement efficace dans les infections causées par le colibacille, le streptocoque ou le staphylocoque.
- Il ne cause apparemment aucune irritation des reins.
- Il permet d'éviter tous les inconvénients de la diète cétogène.

Le Sirop d'Amdelate Abbott est conditionné en flacons de 4 et 16 oz. avec une quantité suffisante de papier réactif au chlorophénol pour contrôler l'urine du patient durant le cours du traitement. Tous détails supplémentaires seront fournis sur demande.

LABORATOIRES ABBOTT
LIMITÉE
MONTREAL

BULLETIN

ESSAI SUR UNE MALADIE NOUVELLE
"LA SOCIALE"

« Gardez-vous de ne rien dédaigner.
Surtout quand vous avez à peu près
votre compte ».

(La Fontaine)



Nous vivons des heures nouvelles et tourmentées.

« Un mal étrange qui répand la terreur... » s'insinue rapidement dans toutes les couches sociales. Du plus humble au plus ambitieux, presque tous en sont atteints; et jamais nous n'avons mis autant d'espoir dans les *guérisseurs*.

Ils sont nombreux et si empressés!...

Les uns se réunissent secrètement pour songer, avec une inquiétude à peine dissimulée, à l'avenir des élites... les pauvres du logis!...

D'autres scrutent, avec une inconscience digne d'un meilleur sort, les profondeurs de l'abîme qu'ils creusent sous leurs pas, tandis que, plus loin, de pâles éphèbes s'acharnent avec ferveur à la poursuite d'une pensée lourde de rêves innommés ou de désespoir; bref, partout des récriminations et des heurts en attendant la régénération universelle et totale..... un jour!

Ne faut-il que délibérer?
La cour en conseillers foisonne
Est-il besoin d'exécuter?
L'on ne rencontre plus personne.

La *maladie sociale* est à nos portes et nous délibérons.

Tantôt elle se manifeste sous la forme délirante, accompagnée d'une hyperthermie brusque à longues oscillations suivies de courtes rémissions; tantôt elle se révèle en champ clos par des agglutinations multiples au sein desquelles sont emprisonnées et s'immobilisent les forces vives de la défense naturelle. Là, elle envahit peu à peu l'organisme le mieux équilibré à la faveur d'une métastase dont les cellules, contaminées, renferment souvent des bâtonnets non encore parfaitement identifiés mais ressemblant singulièrement à des «*sbir-ochètes*» en évolution.

Ailleurs, les barrières, soi-disant frontières de l'irruption, si puissamment construites, n'offrent plus qu'une résistance apparente. Elles cèdent, les unes après les autres, devant la marée montante de ces nouvelles humeurs peccantes.

Enfin, il semble que le noyau récepteur si vaste et si sensible du *sympathique* ait été minimisé avant d'abandonner, momentanément, son rôle de défenseur autochtone des organismes désaxés, en négligeant de les protéger contre cette souillure de l'esprit et du corps.

Mais, qu'est-ce donc, que cette maladie?

L'anarchie contre l'ordre?

La licence contre la morale?

L'Athéisme contre la théocratie?

Des idées contre des principes?...

?.....

« C'est, a-t-on dit, le signe certain d'une époque critique dans la vie d'un pays, que ce trouble qui s'introduit dans les idées avant même que de s'établir dans les faits, que cet investissement des esprits par les sophismes, que ce désarroi qui s'empare des cerveaux et bientôt envahit les âmes..... il ne tardera guère à confondre la logique et les passions, la raison et les désirs »...

— Quelques-uns en ont abordé l'étude « avec un acharnement qui devrait les rendre suspects »; d'autres avaient fait un pas vers la vérité, mais, avec Paul Valéry, « ils hésitent, perdent leurs doutes, les retrouvent, les reperdent et ne savent plus se servir des mouvements de leurs esprits ».

— Voici donc un chapitre nouveau de pathologie sociale à écrire. Qui?.....

Ayons foi en l'avenir, car on entend, là-bas, la voix multiple des nouveaux prophètes: « ces surhommes à qui rien ne paraît manquer. » Attendons, quand même, le miracle, comme autrefois Hélié, à la montagne d'Horeb, entouré de ses disciples prosternés au passage du Christ *dans un souffle* à peine entendu.....

Cet essai, trop subtil peut-être, mérite quand même un peu d'attention, car notre domaine s'étend chaque jour davantage à *mesure que les contingences nous pressent d'agir*.....

Je soumets donc, très humblement, ce sujet d'étude à la sagacité *des guérisseurs*, habiles ou inspirés, sinon sincères, en souhaitant, au début de cette année 1937, que, par leur manière de préparer les plus grands poisons, ils en tirent les plus grands remèdes.

Qu'ils se souviennent, cependant, avec LaBruyère, que « tout l'esprit qui est au monde est inutile à celui qui n'en a point »..... et que la règle de Descartes « ne veut pas qu'on décide sur les moindres vérités avant qu'elles soient connues clairement et distinctement »... car la vie recommence... demain!...

LeSAGE.



MÉMOIRES

INFLUENCE SOCIALE DE LA PRESSE MÉDICALE AU CANADA ⁽¹⁾

Par **Albert LeSAGE**,
Professeur de Clinique médicale,
Médecin de l'hôpital Notre-Dame.

C'est l'opinion qui perd les batailles,
c'est l'opinion qui les gagne.

J. DE MAISTRE.

Moins les hommes ont de culture,
plus ils sont disposés à tomber dans
les pièges.

G. CLEMENCEAU.

I. Introduction

La presse médicale et la presse politique

L'influence sociale de la Presse médicale se reflète dans ces deux pensées, car elle répand la culture, forme et dirige l'opinion. Son idéal, ses directives, dépourvus de tout intérêt particulier et soustraits à l'influence politique, s'inspirent d'une conception élevée qui fixe l'attention de tous. Moins répandue que la Presse politique, elle est plus stable, moins cahotique, parce qu'elle exprime des idées collectives autorisées par les sociétés savantes du monde entier. Elle recrute ses adeptes partout, sans tenir compte des races ni des religions. Son esprit flotte sans cesse au-dessus des frontières et des passions humaines à la recherche de la vérité dans sa lutte contre la souffrance : le seul tribunal devant lequel l'homme doit rendre ses comptes, d'où qu'il vienne.

(1) Rapport au Congrès International de « la Presse Médicale Latine » à Venise, du 29 septembre au 3 octobre 1936.

C'est un bref aperçu de nos activités depuis 1872, nous avons dû limiter notre enquête aux faits saillants.

A. L.

C'est ainsi que la Presse médicale crée des liens de solidarité qui unissent entre eux les membres d'une élite au sein des peuples et qui résistent, quand même, aux influences délétères d'une politique internationale trop souvent illogique ou périlleuse. Nous en avons observé un exemple récent parmi nous — les latins ! Pourquoi ? Parce que le médecin a une conception sociale de la vie humaine qu'il apprécie à sa juste valeur ; parce qu'il parle toujours la même langue : celle de la douleur ; parce qu'il poursuit toujours le même idéal : le bonheur dans la santé de l'individu.

Sans doute, le savant a une patrie, mais ses aptitudes, ses longues méditations, ses recherches, ses observations le poussent instinctivement vers la paix, la coopération, les ententes nécessaires sur le terrain commun d'une science universelle qui ne saurait démeriter, même du point de vue « patriotisme ». Voilà pourquoi nos journaux s'expriment avec autorité, en sciences médicales, au nom des élites internationales.

Mais son pouvoir s'étend plus loin. Malgré l'aridité de son langage, elle pénètre jusque dans les couches profondes des masses populaires. Celles-ci croient au miracle scientifique engendré par des découvertes retentissantes qui contribuent à leur conserver la vie. Elles vénèrent les savants qui en sont les auteurs, et elles espèrent en eux malgré la désespérance des temps actuels.

Ne croyez-vous pas qu'une telle confiance puisse, un jour, arrêter la marche de la grande révolution si les peuples entendaient la voix de la conscience médicale ?

Notre Presse a joué, dans le passé, un rôle scientifique important par la diffusion des connaissances humaines ; elle doit, selon sa noble tradition, sans ralentir son élan, s'acquitter fidèlement de son double mandat : *scientifique* et *moral*, car sa mission est différente de celle de la Presse politique.

Celle-ci subit toutes les vicissitudes des partis ; elle suscite les mésintelligences plutôt qu'elle ne les refrène. Ses opinions, ses critiques, ses ambitions, ses directives, mobiles ou erratiques, s'inspirent trop souvent de groupes restreints et disparates mus par des intérêts particuliers.

Le sectarisme, impérieux et intransigeant, s'implante trop facilement derrière le masque de l'anonymat, si favorable au truchement des idées subversives.

L'opinion d'un journal est, maintes fois, celle d'un seul homme, dont le savoir quelquefois, avide et abusif, ignore ou oublie les sages lois du savoir-faire.

La liberté dont elle jouit, dans certains pays, lui fait commettre des écarts regrettables et périlleux pour la sécurité publique ou individuelle. Elle confond quelquefois la liberté avec l'anarchie, la servilité et le pouvoir avec le devoir. Peu à peu, aux heures où le doute sape l'autorité, elle se dresse même contre l'idée d'une politique nationale ou, en certaines circonstances, internationale, — non dans un sens péjoratif, — en comptant sur la tolérance, l'audace ou la crainte pour substituer l'opinion personnelle à l'opinion publique ou collective. Elle cherche, trop souvent hélas ! à tort ou à raison, à édifier le patriotisme sur des haines individuelles, raciales, économiques ou religieuses, surtout dans les pays où survit une minorité. Nous en connaissons personnellement les multiples aspects au Canada. En un mot, la doctrine politique est, avant tout, nationaliste, secrète et individualiste.

Par contre, nos méthodes sont toutes différentes. La doctrine médicale est universelle et accessible à tous. Nous publions, dans notre Presse, les comptes rendus précis de nos délibérations — sociétés savantes ou Congrès. Ce sont nos secrets « scientifiques », par opposition au mot « diplomatiques ».

Nos opinions sont collectives et libres, mais dirigées, contrôlées, freinées par nos Sociétés savantes : excellente formule pour prévenir l'erreur et les abus de confiance.

Nous avons un idéal commun à tous les peuples ; nos alliances sont aussi nombreuses qu'indissolubles, parce qu'elles sont toujours sincères et désintéressées ; nos hommages vont à ceux qui les méritent, à quelque nation qu'ils appartiennent, et nos sanctions sont purement doctrinales et spirituelles.

Tel est le secret de l'influence sociale et universelle de la Presse médicale.

Différentes dans leur but et leurs activités, ces deux Presses diffèrent aussi dans leur durée.

La tradition de la Presse politique, éphémère, passe...

La tradition de la Presse médicale, intangible, demeure...

Pourquoi ?

La première succombe souvent avec le régime qui l'a créée.

La seconde grandit sans cesse avec l'œuvre qu'elle accomplit.

Quelle œuvre ?

A) Hygiénique ;

B) Morale.

Consultons nos archives afin d'établir le « bien-fondé » de notre thèse concernant les activités de la Presse médicale canadienne française car, pour en démontrer la vitalité et la fécondité, il ne suffit pas d'étudier les doctrines, il faut les confronter avec les problèmes universels de l'humanité, nouveaux ou imprévus.

II. La presse médicale au point de vue hygiénique

A) Les maladies infectieuses

La lutte contre les maladies infectieuses figure depuis longtemps, au Canada, au programme des activités sociales de la Presse médicale.

1° **La variole.** — Si nous remontons à l'année 1872, époque de la fondation de la Revue *L'Union médicale du Canada*, que nous dirigeons depuis trente-six ans, nous constatons que c'est son rédacteur en chef, Rottot, professeur à l'Université Laval de Montréal, qui plaide pour « la vaccination » dans le but d'arrêter les épidémies sans cesse croissantes et meurtrières. Notre Revue s'efforce, d'abord, de dissiper les préjugés populaires contre « la vaccine propageant la variole », selon les uns, et « la vaccination faisant disparaître la variole », selon les autres, pourvu qu'on impose la vaccination et « qu'on exerce un contrôle sévère sur l'âge et la qualité du vaccin ».

Ce duel d'opinions se répercute non seulement dans nos Sociétés savantes de l'époque, mais aussi dans le public.

« Dans une question aussi importante pour le public, écrit le rédacteur, quand il s'agit de préserver ses semblables de la plus affreuse maladie, il faut y regarder à deux fois avant de semer dans le public des préjugés contre le seul moyen de préservation que nous connaissons. »

Cette opinion, d'avant-garde, au Canada, date de 1872 dans notre Presse médicale. Elle inaugure une ère nouvelle.

Elle va plus loin.

2° **Bureau de Santé municipal.** — Vers la même époque, en vue de réaliser le programme qu'elle préconise, notre Revue suggère de créer, dans les grandes villes, un Bureau de Santé municipal, dirigé par des médecins et non pas « des notaires, des avocats ou des marchands », et à qui on accorderait les pouvoirs d'appliquer les mesures d'hygiène indispensables pour prévenir les maladies contagieuses portant une atteinte grave à la santé publique.

Voici le programme qu'elle soumet: réglementer la vaccination et la revaccination, surveiller la canalisation privée, l'inspection des viandes, du pain, des aqueducs, des égouts, des viandes; la construction des édifices publics en vue de l'air et de la lumière, l'approvisionnement et la vente du lait « cause, en grande partie, des maladies des enfants ».

Il est facile de comprendre que l'importance, l'opportunité et l'envergure de ce programme, presque révolutionnaire si on tient

compte des idées, des préjugés et des mœurs de ce temps-là, eurent une répercussion énorme. Notre Revue fut citée à la barre de l'opinion publique; mais la profession médicale appuya ce projet de réformes dont l'accomplissement servirait plutôt le public que les médecins.

Les directeurs de nos Conseils municipaux abondent peu à peu dans les vues de notre Presse médicale. Un Bureau de Santé est fondé. On adopte et perfectionne le plan originel et, peu à peu, les préjugés font place à la tolérance, puis à un concours bienveillant ou obligatoire (1).

La variole devient moins fréquente ou moins grave. Le médecin sait comment prémunir le public contre les infections secondaires à la vaccination à mesure que les idées pasteurienues pénètrent dans nos couches sociales et professionnelles. Nos statistiques témoignent bientôt de la valeur de ces mesures de protection en comparant des chiffres actuels de la morbidité et de la mortalité avec ceux du passé.

Aujourd'hui, la *variole* est disparue de nos milieux scolaires à cause de la *vaccination* et de la *revaccination obligatoires*. D'autre part, la lutte s'étend rapidement, grâce à cette campagne d'éducation, à toutes les autres maladies contagieuses.

3° La **rougeole** et la **scarlatine** diminuent de jour en jour à cause de l'hygiène de la bouche, enseignée et pratiquée dans toutes nos écoles et dans les familles par des équipes de gardes-malades averties. Des hôpitaux d'isolement, municipaux, s'élèvent ici et là pour recueillir et traiter les contagieux. La lutte se poursuit sans relâche et avec succès.

4° La **fièvre typhoïde** est moins fréquente dans nos grandes villes, où on exerce le contrôle sévère des eaux potables, fréquemment analysées, du lait et des aliments. Notre Presse médicale publie des mémoires importants sur ce sujet et distribue constamment des conseils et des tracts qui tiennent le public en alerte.

A l'heure actuelle, cette maladie n'existe plus guère qu'à l'état sporadique, ou même endémique dans quelques centres rares ou éloignés en voie d'organisation.

Mais notre Presse médicale a fait, contre cette maladie typhique, une forte campagne d'éducation, à la suite des beaux travaux de Widal et de son école, en conseillant la vaccination et, en certaines circonstances, la revaccination, surtout parmi le personnel hospitalier. Depuis

(1) Le Bureau de Santé Municipal, de Montréal, sous la direction éclairée du Dr S. Boucher vient de publier un rapport de 350 pages qui est un modèle de rédaction et qui fait honneur à cette organisation, dont l'efficacité est digne des plus grands éloges. — L.

longtemps, dans nos journaux, nous avons, aussi, sonné l'alarme des *porteurs de bacilles* pour expliquer certaines épidémies familiales. Nous conseillons publiquement la pratique de l'examen périodique des selles chez les anciens typhiques. Grâce à nos publications, le public est averti et mis en garde. Cette maladie est presque jugulée au Canada.

5° La **diphthérie** succombe à son tour sous les coups redoublés de l'isolement, du sérum anti-diphthérique et de l'anatoxine distribuée gratuitement aux médecins* par le Bureau de Santé de Montréal⁽¹⁾.

6° La **rage** et le **tétanos** sont presque disparus de nos cadres nosologiques grâce aux travaux de vulgarisation parmi la classe ouvrière et aux mesures préventives préconisées par nous : sérum et vaccins joints aux soins d'urgence sur place.

Notre Presse médicale canadienne, après des enquêtes dans les écoles primaires, se déclare en faveur de l'inspection des enfants sous la direction de médecins et de dentistes compétents. La *déclaration obligatoire des maladies contagieuses* gagne rapidement du terrain, en ce temps-là, chez toutes les classes sociales, si bien qu'une législation adéquate est acceptée par les Gouvernements des provinces du Canada après quelque résistance concernant la question, si complexe encore, du secret professionnel.

Ce statut légal concernant les maladies infectieuses a été institué, d'abord dans les grandes villes, puis dans les centres moins peuplés. Un *Conseil supérieur d'Hygiène* ⁽²⁾, fondé vers la même époque, concentre tous ses efforts sous l'égide du Gouvernement, dont il devient le conseiller officiel, puis on s'empresse de codifier ces lois nouvelles afin de leur donner une existence permanente.

Plus tard, on fonde les *Unités sanitaires de Comtés* dans tous les districts ruraux, si bien qu'aujourd'hui, au Canada tout entier et dans les centres les plus éloignés, on est soumis à leur autorité, et leurs décrets s'appliquent chaque fois que l'hygiène l'exige.

Notre Presse médicale anglo-canadienne et française, au double point de vue sanitaire et économique, a été un précurseur. Son programme de 1872 a été entièrement réalisé et même dépassé. Son influence auprès des Gouvernements est devenue prépondérante dans toutes les questions sanitaires; c'est ainsi qu'elle a pu élargir son champ d'action et aborder l'étude d'autres problèmes non moins importants pour la santé publique.

(1) Consulter le rapport du Bureau de Santé de Montréal, p. 163.

(2) Rappelons que le professeur E.-P. Lachapelle en fut le véritable instigateur.

NOMBRE MOYEN DE DÉCÈS PAR PÉRIODES DE 5 ANS
ET TAUX MOYEN PAR 100,000 DE POPULATION
POUR CERTAINES MALADIES CONTAGIEUSES :

Périodes de 5 ans	Typhoïde		Variole		Rougeole		Scarlatine		Diphtérie		Tuberculoses	
	N ^o	Taux	N ^o	Taux	N ^o	Taux	N ^o	Taux	N ^o	Taux	N ^o	Taux
		%		%		%		%		%		%
1881-1885	95	61,9	634	413,1	42	27,4	38	24,7	214	139,4	434	282,7
1896-1900	168	26,6	5	1,9	47	18,4	62	24,3	182	71,3	680	266,3
1911-1915	108	21,9	1	0,2	66	13,4	9	18,2	157	31,8	1.152	213,3
1926-1930	139	17,4	0	0	37	4,9	46	6,1	143	18,9	955	126,5
(¹)	35	4,6										
1931-1935	28	3,3	0	0	35	4,0	31	3,7	39	4,5	778	90,2
1935.....	24	2,8	0	0	54	6,3	48	5,6	21	2,4	647	75,0

Pourcentage de diminution du taux de la mortalité de chacune des périodes de 5 ans comparée à la période précédente.

1896-1900	57,0 %	99,5 %	33,5 %	1,6 %	48,8 %	5,8 %
1911-1915	17,7 %	90,0 %	27,2 %	25,1 %	55,4 %	19,8 %
1926-1930	16,0 %	100,0 %	63,4 %	66,1 %	40,6 %	40,7 %
(¹)	79,0 %					
1931-1935	28,3 %		18,4 %	39,3 %	76,2 %	28,7 %
1935.....	15,1 %		+57,5 %	+51,4 %	46,7 %	16,8 %

(1) Moins l'année 1927. Epidémie de fièvre typhoïde.

Nous versons quelques chiffres au dossier, que l'on pourra consulter avec profit, tirés du dernier rapport général du directeur du Bureau de Santé de la Ville de Montréal, le Dr Boucher. ⁽¹⁾

7^o **La puériculture.** — Le regretté professeur Pinard a fait école, en France, sur cette vaste question. Il avait fait des adeptes parmi ses élèves canadiens-français en 1894. Ceux-ci, par la Presse médicale, ont inauguré, au Canada, en 1897-1901 et 1906, une campagne contre la mortalité infantile dont les chiffres élevés impressionnèrent non seulement la population, peu renseignée jusque-là, mais les autorités gouvernementales. ⁽²⁾ On élaborait un vaste programme de protection comprenant: diète, éducation familiale, dispensaires, « Gouttes de

(1) Nous remercions le Dr Gagnon, assistant, d'avoir bien voulu nous fournir ces chiffres.

(2) Consulter le mémoire que vient de publier, ici même le Dr Dubé, sur cette question.

Lait », et on réussit à grouper les autorités médicales, civiles et religieuses des principaux centres industriels en vue d'en assurer la réalisation. On publia des tracts nombreux concernant la traite, la réfrigération, la pasteurisation, la stérilisation, la conservation et la consommation du lait, ainsi que les horaires dans l'allaitement artificiel et l'allaitement maternel. Tous les aspects furent envisagés dans nos journaux médicaux, puis commentés dans la Presse politique. Les Gouvernements joignirent bientôt leurs efforts aux nôtres. Des équipes de vétérinaires compétents font l'éducation du cultivateur. Ils surveillent l'état sanitaire des troupeaux. Ils réussissent à inoculer les animaux afin de déceler la tuberculose bovine; on abat ceux qui en sont infectés, après une indemnité relative. On aménage sur des bases nouvelles les étables en vue de l'air et de la lumière. Peu à peu le chiffre de la mortalité infantile baisse; les familles nombreuses sont de moins en moins décimées, on apprécie la valeur du capital humain dès la naissance. Les compagnies d'assurance comprennent l'importance de cette croisade et l'appuient.

Mais bientôt, à la suite de cette lutte contre la mortalité infantile et de l'amélioration des conditions sanitaires des troupeaux, naît une industrie nouvelle au Canada, la grande *industrie laitière: beurre et fromage*, dont les conséquences économiques ont eu une répercussion immense sur la richesse individuelle et nationale au Canada, devenu un des principaux pays exportateurs.

A côté de cette industrie, d'autres surgissent, non moins utiles et lucratives, celles des engrais chimiques et de l'élevage.

Dans le même ordre d'idées, le soin des nourrissons nous a conduits à *l'enfant dans la famille et à l'école*. Notre Presse médicale, vers 1906 et auparavant, s'attaque au *logement insalubre*, au vêtement, au sommeil, aux amusements, au bain et à la toilette. La lutte contre les chambres obscures s'étale au grand jour. On exerce un contrôle sévère sur les plans des nouvelles constructions; on oblige les propriétaires à modifier les anciens logements pour rencontrer les exigences des conseils municipaux. Le cubage est réglementé et l'alimentation est soigneusement étudiée.

Ces notions nouvelles, issues des efforts conjugués de citoyens et d'une Presse avertie, éveillent l'attention des Gouvernements. Mais on ne s'en tient pas qu'au nourrisson. On s'occupe, aussi, de *l'enfant à l'école*: les heures de travail, les amusements, le bain, le dortoir. On réussit à introduire dans nos collèges et nos pensionnats l'enseignement de l'hygiène par des professeurs compétents; on distribue un catéchisme d'hygiène aux jeunes mères.

Bref, notre Presse médicale a organisé et dirigé la croisade.

A Montréal, où la population ouvrière est nombreuse, la mortalité infantile dépassait 75, 80 et même 90% dans certains quartiers. En 1898, fondation d'une Crèche moderne de 200 nourrissons à la Maternité. Alimentation avec du lait modifié, maternisé, puis pasteurisé. Baisse appréciable et progressive de la mortalité. En 1901, première « Goutte de Lait » organisée sur le modèle du dispensaire de Budin, à Paris, en 1892, de Dufour, à Fécamp, en 1900, et de Goler, à Rochester, New-York (E.-U.).

Les médecins de chaque quartier s'initient aux méthodes nouvelles, les mères dépouillent leurs préjugés en face des résultats encourageants que l'on obtient; la coopération est complète: médecins, citoyens, infirmières, journaux, chefs de famille, Gouvernements et Municipalités.

En 1904, la Presse médicale anglo-française, fidèle écho de nos Sociétés savantes, suggère et appuie de toutes ses forces la fondation de la « Ligue du Lait Pur ». Voici quelques chiffres tirés du premier rapport de cette Ligue en 1905, comprenant six cliniques. Du 1er juin au 1er octobre on a distribué 4.555 paniers contenant 32.883 bouteilles de 200 cc. de lait, chacune, en moyenne. Au début, 91% des enfants souffraient de gastro-entérite. En fin d'année, 86% ont guéri. La mortalité, de 60 à 75%, a été abaissée à 14%.

Ce premier résultat contribue à briser les dernières résistances et à convaincre nos municipalités de prendre à leur compte les responsabilités et les dépenses sans cesse accrues et assumées jusque-là par des organisations privées. C'est ce qui arriva. Les conséquences en furent très heureuses et fécondes au double point de vue de la morbidité, de la mortalité et de l'éducation familiale.

En 1910, et subséquemment, grâce à une campagne active et éclairée, chaque paroisse, dans les grandes villes, possède ses « Consultations pour Nourrissons ». A Montréal seulement, en 1935, il y en avait soixante-douze :

- 42, dirigées par le Service de Santé Municipal;
- 17, dirigées par la « Fédération des Oeuvres Infantiles »;
- 13, dirigées par le « Child Welfare Association », pour les familles de langue anglaise (1).

Cette longue et fructueuse campagne d'hygiène infantile fit ressortir la nécessité d'un hôpital pour enfants. C'est ainsi que fut fondé, en 1907, l'Hôpital Sainte-Justine: 500 lits, avec ses consultations nombreuses et la distribution gratuite du lait aux indigents pour leurs enfants. Nous y voyons figurer parmi les fondateurs: des dames, civiles

(1) Nous devons ces renseignements au Dr Dubé. Nous l'en remercions.

et religieuses, des infirmières et des médecins, dont quelques-uns directeurs de notre Presse médicale, qui en furent les instigateurs. ⁽¹⁾ Ce fut, en ce temps-là, une véritable croisade contre le fléau social de la mortalité infantile.

Est-il besoin d'ajouter de plus amples commentaires sur le mérite qui revient à la Presse médicale canadienne-française dans cette importante question sociale et économique? On voudra bien, chacun de nous, suppléer à la concision de notre exposé d'un sujet aussi vaste par les connaissances acquises dans d'autres milieux.

MORTALITÉ INFANTILE À MONTRÉAL.

Moyenne des naissances et des décès de 0 à 1 an par 1.000 naissances de 1906 à 1935 par périodes de 5 ans.

Périodes de 5 ans	Nombre moyen des naissances	Nombre moyen des décès de 0 à 1 an	Décès de 0 à 1 an par 1,000 naissances	(¹)
1906-1910	14.445	3.773	261,2	
1911-1915	19.862	4.130	207,9	— 20,4%
1916-1920	20.187	3.735	185,0	— 11,0%
1921-1925	21.172	3.098	146,2	— 20,9%
1926-1930	20.711	2.639	127,4	— 12,9%
1931-1935	18.985	1.883	99,2	— 21,4%
1935	17.361	1.602	92,2	— 7,1%

(1) Pourcentage de diminution du taux de la mortalité infantile de chacune des périodes comparée à la période précédente.

B) Les maladies sociales

L'influence de notre Presse médicale dans la lutte contre les *maladies sociales* a été très grande chez nous car, au Canada, c'est elle, nous tenons à l'affirmer, qui a pu, en marge des activités de ses directeurs, prendre les initiatives nécessaires pour créer un mouvement d'ensemble et d'utilité publique contre l'alcoolisme, la tuberculose, la syphilis, les maladies vénériennes, les maladies mentales, les arriérés mentaux et les enfants épileptiques.

1° **L'alcoolisme.** — Depuis un demi-siècle nous répétons, avec raison, que l'alcoolisme fait le lit de la tuberculose.

Voici un fait particulièrement démonstratif (il y en eut des milliers), apporté par un médecin exerçant dans un district rural et

(1) Le professeur Dubé a joué un rôle important dans cette fondation.

industriel, en 1900: il s'agit de 107 familles de tuberculeux, canadiennes, dont 87 issues de chefs alcooliques. De ce nombre, 35 familles appartenant à la classe aisée comptent 77 mortalités par tuberculose; 32 appartenant à la classe ouvrière comptent 102 mortalités par tuberculose; 20 familles de cultivateurs comptent 27 tuberculeux décédés.

Nous aurions pu y ajouter quelques hôtes de plus, tels que la syphilis, les maladies vénériennes et tout ce qui contribue à accentuer la déchéance physique et morale de l'individu.

Vers l'année 1900, à Montréal, un groupe de médecins, directeurs de l'une de nos plus anciennes revues de médecine,⁽¹⁾ justement alarmés des méfaits de l'alcoolisme — physique et mentaux — se liguèrent avec les membres du clergé et quelques philanthropes pour inaugurer une campagne d'éducation en faveur de la restriction des boissons alcooliques, de la diminution du nombre des débits et des heures d'accès.

Notre Presse médicale se fit le porte-parole de ces bataillons nouveaux, et elle usa de son influence pour créer parmi les médecins un mouvement d'union sacrée contre un mal de plus en plus répandu, décimant individus et familles.

Dans toutes les luttes contre les maladies sociales, il faut d'abord éclairer l'opinion publique. On débuta par une série de conférences afin de dissiper certains préjugés anciens, tels que: l'alcool médicament, l'alcool aliment, les médecines brevetées et l'alcool, dont le pourcentage variait de 1,50% à 14%, l'alcool apéritif, etc.

On s' alarma. A cette époque, notre Presse médicale est remplie de faits semblables qu'on s'efforce de répandre dans le public. Mais l'alcool fait davantage: il est une des causes de l'aliénation mentale, directe ou indirecte.

Vers l'année 1909, le nombre des débits au détail est innombrable.

La consommation des spiritueux — bière et vin — est de 5,97 gallons par tête et par an, au Canada en 1904. Nous sommes le plus bas de tous. La Belgique tient la tête en 1903 avec 59,63, surtout la bière. L'Italie, à la même date, consomme par tête, 25,92, surtout en vin. Notre consommation en spiritueux atteint, en 1905, le chiffre de 3,112.843 gallons, soit 0,95 par tête, plus ou moins. Les grands importateurs de vins et d'alcool contrôlent ce commerce et exercent une véritable maîtrise sur les pouvoirs publics. L'ouvrier devient le client attiré de ces tavernes où son salaire est dissipé sans aucun frein. Les familles souffrent, les mœurs deviennent de plus en plus dissolues.

(1) *L'Union Médicale du Canada.*

Le rendement de la main-d'œuvre est moins lucratif, la race s'avilit. La lutte sera longue et dure, car elle est dirigée contre des habitudes anciennes, des préjugés fortement enracinés, et des ploutocrates solidement retranchés derrière les puissances d'argent.

Bientôt, les conférences et projections lumineuses, dans les salles paroissiales, les églises et les cathédrales, jointes aux efforts de nos confrères et de notre Presse médicale, font entendre la voix de la raison et du bon sens. Les forces réunies du clergé, des médecins et des philanthropes sonnent l'alarme et réussissent à convaincre les uns et les autres. La population est alertée, les municipalités s'agitent, les Gouvernements suivent avec intérêt l'évolution de l'opinion publique; les importateurs d'alcool et leur clientèle lucrative sont pris de panique.

La prohibition impose, bientôt, ses dures sanctions dans certaines provinces du Canada, tandis que d'autres étudient un statut nouveau applicable selon les us et coutumes.

Bref, en quelques années d'une lutte incessante, les médecins et leur Presse voient leurs efforts couronnés de succès.

La prohibition règne en certaines provinces, tandis qu'un monopole d'État est institué ailleurs. Aussitôt, la vente de l'alcool en détail est prohibée, excepté le vin et la bière, à certaines conditions; le nombre des débits est considérablement réduit; en même temps, on décrète la fermeture obligatoire, le soir et les jours de réjouissances publiques, et plus tôt le jour, afin d'en détourner l'ouvrier au sortir de l'atelier.

Les résultats ont étonné ceux mêmes qui en furent les instigateurs. L'ouvrier s'est amendé, l'État y a trouvé son compte; la morale et la santé publiques se sont améliorées; l'opinion publique s'est redressée et le bon sens a peu à peu repris ses droits. L'état actuel est satisfaisant, même sans la prohibition, dont le règne a vécu au Canada.

Nous sommes fiers d'ajouter que ce mouvement a pris naissance parmi les directeurs et avec le concours de l'une de nos Revues de Médecine les plus importants. (Conulter l'index bibliographique.)

2° **La tuberculose.** — Que dire de la tuberculose, que vous ne sachiez? Au Canada, vers 1906, la mortalité par tuberculose est de 27 pour 10.000, soit 15 pour cent de la mortalité totale. Nous étions, à cette époque, l'un des pays les plus cruellement éprouvés, après la France à 35 décès pour 10.000, et plus que l'Angleterre avec 13 pour 10.000. Nous avons pu en évaluer la morbidité, dans les grandes villes, à 50% de la population chez les adultes et à 40% chez les enfants. Cependant, nous pouvions affirmer, durant l'un des grands Congrès

de Médecine, qu'aucune œuvre sérieuse n'avait été accomplie contre cette grave maladie sociale.

Notre Presse médicale, après une enquête approfondie, résolut de mettre la question à l'étude à l'un de nos Congrès périodiques. Voici comment nous avons posé le problème dans un rapport général publié et commenté en 1906 :

- 1° Le logement insalubre et une alimentation défectueuse;
- 2° L'alcoolisme;
- 3° Les grossesses trop fréquentes et l'abus de l'allaitement artificiel s'accompagnant de débilité infantile et de prédisposition aux maladies infectieuses;
- 4° La question du terrain dans l'hérédité;
- 5° La contagion familiale, à l'école, dans les pensionnats, chez les cultivateurs;
- 6° Le rôle du crachat et des objets souillés ou bacillifères, les serviteurs;
- 7° Le balayage à sec, le rôle des poussières, la ventilation nulle ou insuffisante. Le préjugé de la fenêtre ouverte. Le cubage d'air;
- 8° Insalubrité des ateliers;
- 9° Les mariages assortis et non tarés, l'examen pré-nuptial;
- 10° La mère tuberculeuse et le nourrisson. Le Placement Familial;
- 11° Le lait de vaches tuberculeuses;
- 12° Le Sanatorium pour indigents, avantages;
- 13° Le dispensaire anti-tuberculeux;
- 14° Le rôle de l'Etat: son devoir, ses ressources;
- 15° Le point de vue économique.

Tel est le programme de 1906, paru et commenté dans notre Presse médicale.

Les ligues anti-tuberculeuses naissent vers la même époque — provinciales et nationales — dans le but d'enrayer la progression de cette maladie, et d'en réduire, autant que possible, les chiffres de la morbidité et de la mortalité.

L'Université de Montréal reçoit, de la part d'un philanthrope, l'un de nos amis, une importante dotation pour fonder la chaire de phthisiologie, en 1911.⁽¹⁾

L'État crée des organismes importants en vue de réaliser ce programme de défense et d'éducation individuelle et collective tels que les dispensaires antituberculeux, les Unités Sanitaires et quelques sanatoriums. Les Municipalités et les compagnies d'assurances organisent les visites à domicile, si bien que nos statistiques générales au

(1) M. Auguste Richard, grand fabricant de l'époque, dotation de \$10,000.

Canada oscillent actuellement entre 60 et 63 pour 100.000 habitants, au lieu de 27 pour 10.000 au début.

Notre Presse médicale a joué dans cette campagne un rôle de premier plan.

3° **Syphilis et maladies vénériennes.** — 1914!... c'est la grande guerre européenne. L'appel des recrues révèle l'étendue des maladies vénériennes dans la population civile. Ce sont les États-Unis de l'Amérique du Nord qui dressent les premières statistiques qui le démontrent. Tous les belligérants font les mêmes constatations. Le Canada participe à cette enquête internationale. A l'issue d'un Congrès composé d'hygiénistes et de journalistes appartenant à la Presse médicale du pays, tenu à Ottawa, la capitale, sous les auspices du Gouvernement Fédéral, on résolut, d'un commun accord, de prendre les mesures nécessaires en vue d'enrayer les ravages exercés par cette maladie au sein de notre population.

Cette enquête révéla les faits suivants :

1° La syphilis est la cause de plus de la moitié des avortements et des accouchements prématurés ;

2° La mortalité des enfants syphilitiques est de 80% ;

3° La blennorrhagie est une cause de stérilité dans 50% des cas, chez l'homme, et fréquemment chez la femme, après une première grossesse ;

4° La cécité chez le nouveau-né est due à la blennorrhagie dans 80% des cas, et dans 25% chez l'adulte, sans compter la syphilis ;

5° La syphilis est la cause de l'aliénation mentale dans 18% des cas ; elle joue un rôle important chez les arriérés mentaux, les épileptiques, dans le tabès et la paralysie générale ;

Dans cette lutte, notre Presse médicale avait fait siennes les paroles du Ministre de la Santé de ce temps-là, reflétant son opinion :

« A quoi servirait la supériorité intellectuelle du peuple ? A quoi servirait le développement du territoire sur lequel il vit ? A la fortune nationale, si la santé publique allait en diminuant, amenant le dépérissement des forces physiques sur lesquelles reposent la puissance et la grandeur de toute nation ? Donc, prévenir les maux qui assaillent la santé publique, ou guérir ceux qui en sont atteints, c'est, je crois, faire le bonheur du peuple. Ce doit être notre but... »⁽¹⁾

On fit appel à toutes les énergies, à toutes les bonnes volontés...

La Presse médicale se rangea au premier rang, soit en son nom, soit au nom des Sociétés savantes, des Congrès et des membres du Comité National.

(1) L'honorable Athanase David, ministre de la Santé à cette époque.

Des crédits importants, accordés par les Gouvernements Fédéraux et Provinciaux, sont affectés à certaines fondations :

1^o *de laboratoires* parfaitement outillés et scientifiquement dirigés, mis gratuitement au service des hôpitaux et des médecins en vue d'un diagnostic rapide et sûr ;

2^o *de dispensaires* dirigés par des chefs compétents et pourvus de tous les médicaments utiles, standardisés et distribués gratuitement par le Ministère de la Santé. On organisa aussi la lutte dans les prisons, les asiles d'aliénés, les écoles de réforme, les écoles industrielles et les hôpitaux ;

3^o *Une campagne d'éducation* vient compléter cette organisation technique. Le malade n'est plus un paria, un persécuté, un abandonné dans la voie du péché et de l'impénitence finale. Il doit, en toutes circonstances, être traité avec science et conscience. Il s'agit, avant tout, d'une maladie sociale. Il peut guérir, il doit guérir.

Nous répandons ces notions dans le public par des articles et des tracts au nombre de 50 ou plus, rédigés avec prudence, afin d'impressionner les uns et les autres ; des conférences illustrées de projections cinématographiques font défiler, devant des auditoires nombreux et sagement sélectionnés, les misères engendrées par ces maladies contagieuses ainsi que les conséquences désastreuses qui en découlent. Des placards sont affichés dans tous les endroits publics. La Presse, politique et médicale, les autorités religieuses, civiles et professionnelles, les corps publics et les industriels s'unissent dans un intérêt commun. Aux États-Unis, la syphilis, seule, d'après un syphiligraphe de haut savoir, à cette époque, cause une perte annuelle de 467.000.000 de dollars par la perte de travail, les frais d'entretien et l'internement.

Quel fut le résultat de cette campagne ?

Si l'on consulte les statistiques, on éprouve un certain étonnement en voyant le chiffre des consultations augmenter sans cesse : progrès dans l'éducation.

Voici quelques chiffres :

<i>Malades admis pour traitement durant 4 ans :</i>			
1931	1932	1933	1934
44.260	44.651	49.044	53.312
<i>Malades nouveaux durant le même temps :</i>			
1931	1932	1933	1934
18.788	20.887	25.813	20.449

Bref, les consultations sont plus nombreuses parce que le public est mieux renseigné et anxieux de recevoir des avis et des traitements précoces.

Un des résultats pratiques de cette « Ligue du bien Public » a été la formation d'une « *Ecole d'Hygiène Sociale Appliquée* » à l'Université de Montréal.⁽¹⁾

Son but : « Promouvoir la cause de l'hygiène dans les maisons d'affaires, de commerce, les industries, les compagnies d'assurance-vie et les autres, pour le plus grand avantage des employeurs, des employés, des assurés et de la population en général ». D'un mot : « médecine préventive ».

D'autre part, l'examen pré-nuptial est de plus en plus fréquent. Dans certains cas, même, on l'exige. Mais on ne rencontre plus, comme autrefois, ces syphilis cutanées ou muqueuses, éminemment contagieuses, septiques et indélébiles.

Le tabès et la paralysie générale sont de moins en moins fréquents, à cause, sans doute, des examens systématiques du sang et du liquide céphalo-rachidien.

Du point de vue social, la Presse médicale de notre pays a joué un rôle prépondérant dont nous avons raison de nous enorgueillir aux points de vue national et économique.

4° Hygiène mentale. — Nous vivons dans un siècle de surmenage et d'hypertension. Le spectre de la guerre, les luttes économiques et sociales, les conflits d'autorité, les revendications ouvrières, les excès du capitalisme, le chômage, le droit de propriété et les abus de pouvoir affligent l'humanité tout entière et ébranlent violemment sa structure internationale.

Ces heurts incessants entre les forces physiques et les forces morales, ces appels inassouvis des consciences morbides aux passions humaines ont profondément modifié le psychisme des peuples et des masses. Une nouvelle maladie, à cause de son extension et de son empire inquiétant sur l'adulte et l'enfant, la *maladie mentale*, se répand de plus en plus, souvent parmi les enfants, irresponsables, et la jeunesse. Comme dans l'ecclésiaste : « les parents ont mangé des raisins verts et les dents des enfants en ont été agacées ».

Les coups redoublés du sort retentissent souvent sur la mentalité des peuples. Les médecins le constatent depuis longtemps, car, à aucune époque, je le répète, nous n'avons observé autant de déchéance mentale chez les uns et chez les autres. Nous en trouvons la cause sans

(1) C'est au professeurs Beaudoin, de l'Université de Montréal, qu'en revient le mérite et qui la dirige avec succès.

doute dans les maladies sociales que nous venons d'énumérer, mais on doit la rechercher aussi dans les privations nombreuses dues à la crise mondiale qui a sévi au Canada comme partout ailleurs et dans certaines conditions nouvelles du point de vue moral auxquelles le chômage n'est pas étranger.

Notre Presse médicale, qui recherche inlassablement les causes et les effets, a pu déceler un nouvel état d'âme, une déviation des qualités intellectuelles et affectives qui ont impressionné médecins et philanthropes, sans compter le personnel de l'enseignement primaire et secondaire.

Un Congrès de médecins, spécialisés en maladies mentales, tenu aux États-Unis d'Amérique, exprime l'opinion suivante: « Il est aussi important de protéger la santé mentale que de conserver la santé physique »...

« Les soins physiques donnés au corps sont, seuls, insuffisants pour maintenir l'équilibre mental. »⁽¹⁾

Ces conclusions sont reprises par la Presse médicale et diffusées dans nos Sociétés savantes et le public. On crée, alors, un organisme fédéral avec des comités provinciaux composés de médecins et de spécialistes en vue de remédier aussitôt que possible à cet état de choses.

Le *Comité d'Hygiène mentale de la province de Québec*, fondé il y a cinq ans, formule le programme suivant:

- 1° Prévenir et diminuer les maladies mentales et nerveuses;
- 2° Faciliter le traitement scientifique de ces maladies;
- 3° Donner l'attention appropriée aux arriérés mentaux;
- 4° Encourager l'examen mental des enfants retardés et l'établissement de classes spéciales ou auxiliaires dans les écoles;
- 5° Disséminer les renseignements sur l'hygiène mentale;
- 6° Stimuler les travaux de recherches en rapport avec les maladies mentales et nerveuses;
- 7° Coopérer avec les Gouvernements dans le but de sauvegarder la santé mentale de la population; suggérer la législation appropriée;
- 8° Encourager les enquêtes dans les milieux familiaux;
- 9° Organiser des cliniques des maladies mentales ou d'hygiène mentale.

L'examen des enfants retardés. — Toutes les écoles de Montréal sont visitées régulièrement et les enfants sont examinés aux points de vue physique et mental. Ce travail est fait par le Service de Santé de la Cité de Montréal qui emploie un personnel expérimenté de médecins, de psychiâtres, de gardes-malades et de psychologues. Les enfants retardés sont l'objet d'une attention tout à fait spécial de leur part.

(1) Nous avons obtenu ces renseignements du Dr Desloges, directeur des Asiles de la province de Québec, un des principaux initiateurs.

Les recommandations, qui sont communiquées aux parents à la suite de tout examen, tant physique que mental, devraient être rigoureusement suivies.

Le Service de Santé de la Cité de Québec vient de s'organiser de manière à faire l'examen mental des écoliers retardés. Il est à espérer que les autres villes de la province de Québec s'occuperont bientôt de donner l'attention voulue aux enfants des écoles présentant, pour quelque cause que ce soit, de l'arriération dans leurs études.

Par l'entremise des commissions scolaires, des classes spéciales ou auxiliaires sont organisées pour les enfants retardés. Les professeurs, spécialement entraînés, donnent à ces enfants une attention individuelle, appropriée à la capacité intellectuelle de chacun d'eux.

Des institutions médico-pédagogiques seront établies pour recevoir les enfants arriérés qui ne peuvent fréquenter les écoles et qui ne peuvent bénéficier que de l'enseignement sensoriel.

Cliniques des maladies mentales. — La plupart des hôpitaux généraux ont une clinique des maladies mentales. Les personnes qui désirent avoir, pour elles-mêmes ou pour leurs enfants, les conseils d'aliénistes compétents, n'ont qu'à se présenter à ces cliniques. Les hôpitaux indiqueront, sur demande, les jours et heures de consultations.

On fit venir des européens pour connaître les tests permettant une classification des arriérés mentaux en se basant sur deux critères: l'attention et le langage.

Nous publions, dans notre plus importante revue de médecine, un « Manuel technique psychométrique » dont le Gouvernement distribue un grand nombre d'exemplaires dans nos écoles et dans nos collèges.

Tout le corps professoral se renseigne; on dépiste l'enfant atteint de déficit mental, l'arriéré à tous les degrés. On le classe, on l'éduque au lieu de le punir sous le prétexte si répandu de « paresse ».

Les conséquences de ce mouvement sont des plus heureuses.

On institue des classes pour cette catégorie d'enfants; on les dirige vers des emplois manuels; ils deviennent graduellement des citoyens utiles au lieu d'être relégués dans les asiles ou les maisons de santé.

Notre Presse médicale poursuit son œuvre. Elle publie toute une série de travaux, en 1934, sur les maladies mentales, réunies en un volume de 200 pages.⁽¹⁾ En 1935, elle publie aussi un volume, de 100 pages, sur « Le Développement des émotions chez l'enfant ».

On vient de fonder une œuvre *d'Assistance pour les Enfants Epileptiques*. Elle a donc, en peu d'années, parcouru toute la gamme des

(1) De Bellefeuille. Voir index p. 38.

maladies sociales contre lesquelles elle a organisé ou appuyé une campagne d'éducation qui a été très utile au double point de vue économique et social. Elle demeure l'« animus » indispensable dans toutes ces questions sans cesse en évolution ; c'est le gage de son influence et de son existence, car :

« Le mal commence où finit le bien » (Marc-Aurèle).

III. La presse médicale au point de vue moral

Les Universités — Les Hôpitaux — Les Sociétés savantes

Nous avons inclus dans ce chapitre tout ce qui concerne les intérêts de la profession médicale, à quelque point de vue que ce soit, car nous croyons que, dans ce champ immense et fécond, l'éducation et la morale jouent un rôle essentiel dans l'orientation de la Presse Médicale. Si elle dirige l'opinion dans ce vaste domaine de nos activités, elle subit l'influence directe du médecin. C'est donc lui qui sera responsable de cette orientation et c'est à lui qu'on s'adressera pour louer ou condamner l'attitude de notre Presse selon qu'elle aura bien ou mal servi notre cause. N'oublions pas, en effet, que la Presse médicale exerce une influence morale indiscutable sur le public, et sur les médecins qui l'inspirent, — tandis qu'ils sont aux prises chaque jour avec des questions de responsabilité concernant : soit l'enseignement supérieur, soit la dignité professionnelle, soit l'hygiène publique ou privée, soit l'intérêt individuel ou corporatif dont les exigences ont une répercussion qui s'étend bien au delà des frontières de la médecine. Le médecin, en principe, doit être *un caractère* sur lequel la morale exerce une primauté, sinon son rôle sera stérile ou néfaste. En effet, l'éducation humaine exige, en premier lieu, une formation morale issue d'une doctrine sûre et logique, car c'est elle qui assure la conservation et la transmission des progrès acquis. D'autre part, l'éducation intellectuelle et physique ne saurait suffire au médecin dont la tradition n'est ni sectaire, ni unilatérale, mais conforme à l'idéal de la vie telle qu'il la conçoit. Otto Wilman l'a définie « l'action prévoyante et directrice des adultes sur le développement de la jeunesse, afin de la faire participer aux biens qui sont à la base des institutions sociales »

Ces principes généraux doivent servir de base à *l'influence morale de la Presse médicale*, car elle s'adresse non seulement à l'adulte, mais au jeune homme. Or, « la morale, en soi, ne peut pas être différente

pour les divers âges de l'homme: ce sont, la même âme, les mêmes facultés, la même destinée». Cette remarque peut être amplifiée: « ce que ce jeune homme, cet enfant, auront appris ils ne l'oublieront pas. Les vertus, les habitudes qu'ils auront acquises, ils les conserveront, en les perfectionnant, toute leur vie. C'est ainsi qu'ils se préparent à la vie d'homme et de citoyen, de telle sorte qu'entre le point de départ et le point d'arrivée, il n'y ait ni cassure ni métamorphose ».

L'éducation est une science pratique; voyons si, associée aux principes les plus élevés de la morale, elle peut diriger sûrement et sagement notre Presse médicale en face des problèmes, anciens et nouveaux, qui se dressent, nombreux et complexes, contre certaines de nos libertés individuelles et de nos responsabilités médicales.

1° **Les Universités.** — L'influence de la Presse médicale sur les Universités françaises, les Sociétés savantes et les hôpitaux a été telle, dans notre pays, qu'elle ne saurait passer inaperçue dans cette étude.

En 1889, il y avait deux centres universitaires canadiens-français, dont l'un portant le nom d'Université Laval, en souvenir de Mgr de Laval, premier évêque de Québec.

Depuis 1872, *L'Union Médicale du Canada* avait réussi à grouper les professeurs et les principaux médecins de la ville de Montréal sous son égide en vue de revendiquer l'autorité qui leur appartenait dans l'enseignement universitaire et de créer un mouvement de solidarité professionnelle dans toutes les questions d'intérêt public en rapport avec la médecine.

Lorsque l'Université Laval de Québec, notre Université française-mère au Canada, eut pris un ascendant de plus en plus grand, elle résolut d'instituer un nouveau centre, à Montréal, à cause de l'importance de sa population, de sa situation géographique et du nombre de plus en plus élevé des étudiants canadiens-français.

L'Union Médicale du Canada lui offrit, à cette époque, de recruter ses professeurs parmi ses directeurs et ses collaborateurs. L'Université-mère accepta cette offre et, l'année suivante, presque tous les membres du bureau de direction de *L'Union Médicale du Canada*, fondateurs de cette Revue, faisaient partie du personnel enseignant de la nouvelle succursale de l'Université Laval de Québec.

Depuis cette époque jusqu'à nos jours, l'Université Laval, puis l'Université de Montréal, depuis 1925, ont recruté la plus grande partie du personnel de l'enseignement parmi les directeurs et les collaborateurs de cette Revue. *L'Union médicale du Canada*, de ce fait, a toujours été considérée comme l'organe officieux de la Faculté de Médecine de l'Université Laval et, plus tard, de l'Université de Mont-

réal. C'est dans les colonnes de notre journal qu'ont été élaborées et promulguées les nouvelles chartes; c'est là que la lutte contre l'Université d'Etat unilingue au Canada a été engagée et soutenue, et c'est grâce à la ligue de toute la Presse médicale canadienne-française que le fameux projet de fédération des Universités canadiennes a échoué.⁽¹⁾ Dans un pays bilingue comme le nôtre, entouré de toute part par l'élément anglais, seules nos Universités françaises, qui forment l'élite, peuvent maintenir intégralement les droits de la langue française et les traditions des races latines au Canada. Or, le projet d'Université d'Etat sapait, à la base même, l'enseignement de nos Universités françaises et provinciales. Notre Presse médicale était toute désignée pour plaider cette cause et la gagner. C'est ce qui arriva.

Notre organisation actuelle accorde un diplôme fédéral à ceux qui en font la demande, pourvu qu'ils produisent respectivement leurs diplômes provinciaux. Nos droits sont, ainsi, sauvegardés et nos médecins d'origine française ou anglaise peuvent exercer leur profession dans le Canada tout entier sans préjudice aux droits des uns et des autres. Mais, sans notre presse médicale canadienne-française, nos grandes institutions d'enseignement supérieur couraient un grave danger.

2^o **Bourses d'études.** — Notre Presse médicale a continué d'exercer son influence à l'Université en appuyant très fortement les demandes des professeurs et de nos sociétés savantes: d'accorder des bourses d'études aux élèves les plus méritants à l'issue de leurs cours universitaires, soit dans les sciences soit dans les arts. Le Gouvernement de Québec, témoin de nos activités en hygiène, se rendit à cette demande et, durant plus de 20 ans, il vota des crédits importants dans le but de diriger vers les centres universitaires du vieux monde un certain nombre d'élèves diplômés de nos universités. La médecine fut particulièrement favorisée. Chaque année, plusieurs jeunes médecins de Québec, de Montréal et d'ailleurs, se dirigèrent vers les universités de France, surtout, en vue de poursuivre leurs études durant les 3 années consécutives qui leur étaient allouées. On construisit, à Paris, la Maison Canadienne où ils logent, et on nomma un directeur, avec domicile à Paris en permanence, pour les diriger, dans les différentes cliniques. De retour au pays, ces jeunes médecins occupèrent des postes à l'Université et dans nos hôpitaux, mais notre Presse médicale s'empressa de leur ouvrir ses colonnes en publiant leurs observations et leurs travaux scientifiques. Depuis plus de 20 ans, presque tous ces boursiers sont devenus des collaborateurs actifs et avertis,

(1) Il s'agit, ici, du Bill Roddick. Nous étions rapporteur, sur cette question, à cette époque.

puis des directeurs participant à toutes les activités de l'enseignement supérieur. C'est dans ces groupes nombreux que nos Universités ont sans cesse recruté leur personnel : assistants ou agrégés. Une discipline rigoureuse les a préparés de longue main à l'enseignement doctrinal, grâce à un travail d'analyse et de synthèse indispensable à celui qui veut s'y consacrer et dont les cadres s'élargissent de plus en plus ⁽¹⁾.

Notre Presse médicale a, ainsi, vivifié et propagé ces enseignements nouveaux, mais surtout français. Elle a eu ce mérite au Canada comme dans d'autres pays.

3° **Les hôpitaux.** — Ce que nous venons de dire à l'adresse des Universités, nous pourrions le répéter au sujet des hôpitaux. Il y a 35 ans, au Canada et dans la province de Québec, surtout française, nos hôpitaux étaient peu nombreux et mal outillés. L'influence de notre Presse médicale, dirigée par les partisans des théories pasteu-riennes, éleva bientôt la voix en faveur d'une réorganisation complète. En 1896, et durant les dix années qui ont suivi, on entreprit une lutte ardente contre les pratiques désuètes du passé. On instaura peu à peu le règne de l'antisepsie puis de l'asepsie. Ce fut une lutte émouvante; mais elle démontra la force irrésistible d'une Presse bien renseignée et convaincue à l'assaut des pratiques inhumaines de la chirurgie ancienne et de la promiscuité des contagieux dans les salles publiques. La supériorité indiscutable de ces méthodes nouvelles impressionna tellement le public, les médecins et le personnel hospitalier, qu'en face des résultats obtenus on déserta les anciens hospices, décorés du nom d'hôpitaux, et on envahit les cliniques nouvelles organisées selon les méthodes modernes.

La Presse médicale de ce temps-là est remplie de faits, d'observations, de statistiques qui le démontrent.

Cette lutte scientifique, mais essentiellement humanitaire, est une des plus belles pages de son histoire au Canada, si bien qu'on peut diviser en deux longues étapes la pratique, chez-nous, de la médecine et de la chirurgie: jusqu'à 1890; après 1890.

Aujourd'hui, nous possédons des hôpitaux splendides, de 400 et de 800 lits, parfaitement outillés, dirigés par un personnel instruit dont le recrutement est fait avec beaucoup de soin. Ces institutions, dans nos grands centres, font notre orgueil et rendent les plus grands services au public, si bien que le Gouvernement, pour assurer leur stabilité financière, a créé la Loi de l'Assistance Publique dont le budget spécial assume tous les frais d'hospitalisation des indigents.

(1) Il est infiniment regrettable qu'on ait supprimé, depuis 5 ans, sous des futiles prétextes, les allocations pour « bourses d'études ». Nous en subissons les tristes conséquences, toutes au détriment de notre Enseignement Supérieur, dans un avenir très prochain.

C'est ce qui nous a permis d'augmenter le nombre et la capacité de nos grands hôpitaux généraux et d'en construire dans les districts ruraux.

4° **Nos Sociétés savantes.** — Notre Presse médicale a joué un rôle décisif dans la fondation de nos Sociétés savantes. Si leur existence date de 1871, elles acquièrent une importance réelle depuis 1896. Durant les vingt-cinq années précédentes, elles avaient dirigé tous leurs efforts pour la lutte contre certaines maladies infectieuses. Nous y trouvons quelques travaux cliniques, mais elles sont très instables dans leurs activités purement scientifiques.

C'est en 1897 qu'elles renaissent avec les idées modernes. Un groupe très important de médecins et de chirurgiens, élèves des Facultés étrangères, reviennent au pays et s'unissent en un Comté d'Etudes qui deviendra bientôt une Société savante: la « Société médicale de Montréal ». Celle-ci publie ses comptes-rendus dans *L'Union Médicale du Canada*, son journal attitré. Quelques années plus tard, des Sociétés médicales sont à leur tour fondées dans tous les districts et on y invite des conférenciers. Un mouvement général de réformes se fait sentir un peu partout. Un esprit nouveau de solidarité scientifique et professionnelle a pris une telle envergure que, vers 1900, un professeur de l'Université Laval de Québec,⁽¹⁾ directeur d'un des journaux médicaux de Québec, le *Bulletin Médical de Québec*, propose la fusion périodique de toutes ces Sociétés savantes médicales, très vivaces, en une Association Générale qu'il désigne sous le nom de « Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord ». Le premier Congrès eut lieu à Québec en 1902, puis tous les deux ans, avec une régularité parfaite, excepté durant la guerre de 1914.

C'est cette association qui a noué, entre la France et nous, et les races latines, des liens si puissants et tels que, à son tour, l'« Association des Médecins de langue française » a cru opportun de s'unir à l'« Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord » dans le fameux Congrès de 1934, en vue de le faire coïncider avec le quatrième centenaire de l'arrivée de Jacques Cartier au Canada. Nous avons eu l'honneur de recevoir des représentants de toutes les races latines et nous nous plaignons à rappeler que l'Italie y était dignement représentée, ainsi que plusieurs pays de l'Europe Centrale, en particulier la Roumanie.

Quelles plus belles pages pourrait-on écrire sur le rôle de la Presse médicale et son influence décisive dans cette œuvre magnifique de solidarité scientifique et professionnelle, internationale et latine?

(1) Le professeur Brochu.

5° Collèges des Médecins et Chirurgiens du Canada et des Provinces. — Ces collèges sont l'équivalent des syndicats médicaux, en France ou dans d'autres pays. Nous les désignons sous des rubriques différentes selon leurs attributions.

A) *Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada*: A la suite de l'échec auquel nous avons fait allusion antérieurement d'un « Bill » présenté à la Chambre des députés à Ottawa et destiné à créer une Université d'Etat, tous les collèges médicaux des provinces du Canada ont consenti, d'un commun accord, de fonder un « Collège Fédéral ». Ce collège a pour but, d'une part, de grouper tous les médecins anglo-canadiens en une association générale siégeant une fois par année, dans la Capitale, pour y recevoir des rapports sur les intérêts généraux de la profession médicale du Canada, entendre des discussions et proposer des directives nouvelles, surtout hygiéniques et sociales.

De faire subir des examens à tous les élèves *porteurs d'une licence provinciale* afin de leur remettre une licence fédérale les autorisant à aller exercer dans n'importe quelle province du Canada pourvu qu'ils acquittent certaines redevances envers leurs collèges respectifs.

Nous répétons que ce collège fédéral n'a pas le pouvoir de s'organiser sous le nom d'« Université d'Etat ». C'est notre Presse médicale canadienne-française qui a fait échouer ce projet afin de conserver l'autonomie provinciale et de sauvegarder ainsi l'existence et l'autorité de nos Universités françaises au Canada. Nous avons approuvé le projet actuel; nous sommes membres actifs de ce Collège.

B) *Collège des Médecins et Chirurgiens provinciaux*: Ces collèges équivalent aux Syndicats médicaux français et ont pour but:

1° De défendre les intérêts professionnels de leurs membres;

2° De maintenir entre eux le culte de la dignité professionnelle, en respectant les obligations de solidarité qu'il impose.

3° De faire observer par les médecins toutes les conventions usuelles dans leurs rapports entre eux et avec leurs malades.

4° De faire respecter les règlements du Collège des Médecins et Chirurgiens.

5° D'exercer une étroite surveillance sur les qualifications de ses membres, anciens et nouveaux; et sur la pratique illégale de la médecine.

Au Canada, les Collèges provinciaux sont tenus, de par leur charte, de proposer et de faire adopter toutes les lois qui concernent

la pratique de la médecine ou de l'enseignement, d'organiser la lutte contre le charlatanisme, sous toutes ses formes, de sévir dans les cas de dichotomie et de pratique illégale de la médecine, et de promouvoir les intérêts généraux de la profession. Mais nous nous empressons d'ajouter que toutes ces luttes et ces initiatives ont pris naissance dans la Presse médicale à chaque époque de notre évolution professionnelle. Sans vouloir nous attarder outre mesure sur ce point, signalons quelques faits qui le démontrent :

En premier lieu, le Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec était, à son origine, dirigé exclusivement par des médecins de langue anglaise. La fondation de *L'Union Médicale du Canada*, en 1872, dirigée par des professeurs de notre Université, en signalait bientôt l'anomalie à ses lecteurs. Après des luttes et des discussions loyales, mais fermes, la profession médicale, éclairée sur ses besoins et ses responsabilités par notre Presse médicale de ce temps-là, revendiqua ses droits et reprit son rang dans le bureau de direction. Ce fait doit être porté à son crédit. En son nom, elle demanda et obtint justice.

Plus tard, le charlatanisme s'implanta dans tous les districts et atteignit bientôt les classes bourgeoises de notre société. Notre Presse Médicale entreprit une lutte acerbe contre ces pratiques occultes et dommageables, et elle exerça une pression telle, malgré des représailles multiples et retentissantes, que le Gouvernement se rendit à notre requête et décréta : de n'admettre, à l'avenir, aucun « Bill » présenté par l'un de ces vampires sans l'autorisation préalable des Collèges Provinciaux de Médecine et de Chirurgie, et autorisa même à appliquer des sanctions onéreuses en cas de délit et de récidives. Cette entente entre le pouvoir législatif et le pouvoir corporatif mit fin aux abus que nous avons dénoncés depuis longtemps. Sans doute, nous n'avons pas la prétention de croire que le charlatanisme a disparu, mais nous l'avons relégué à l'arrière-plan dans l'opinion publique et dans nos statuts.

6° Les accidents du travail. Les assurances sociales. Le libre choix du médecin.

Depuis quelques années, d'autres questions ont surgi qui encerclent la profession médicale de tous les pays, au Canada comme en Europe. Nous avons le devoir de les étudier et de les commenter brièvement en regard de nos responsabilités. Les associations ouvrières ont senti le besoin de protéger leurs membres exposés à de multiples accidents du travail et placés, de ce fait, dans des conditions pénibles et miséreuses. Il y a, nous l'avouons, dans ces revendications, une ques-

tion de justice et d'équité à laquelle les Gouvernements ne pouvaient se soustraire. C'est ainsi qu'ils ont fait adopter certaines lois appelées : « lois des Accidents du Travail » et « Lois des Assurances sociales ». Il s'agit, dans ces deux cas, d'obliger les patrons à assurer leurs ouvriers contre la maladie et les accidents du travail en y faisant participer les Gouvernements, les patrons et les compagnies d'assurances. En cas de maladie ou d'accident, l'ouvrier reçoit certaines compensations en argent ou en soins médicaux qui le dédommagent partiellement des risques encourus.

Nous n'avons pas l'intention de discuter, ici, ces deux questions, mais elles ont suscité certains malentendus qui ont exigé l'intervention des Collèges Médicaux et de la profession médicale pour sauvegarder deux privilèges très importants qui appartiennent, de droit, l'un au malade, l'autre au médecin : *le libre choix du médecin* et *le secret professionnel*.

Jusque-là, dans ce colloque entre le médecin et le malade, il n'y avait aucun intermédiaire, mais cette nouvelle législation imposant, au patron surtout, des responsabilités financières sérieuses, celui-ci réclama le droit de désigner son médecin dans le but de prévenir les abus et de se protéger contre certains intérêts particuliers.

Notre Presse médicale et nos Collèges médicaux s'élevèrent contre de telles prétentions en affirmant que nous avons le devoir de respecter non seulement les droits du patron, mais aussi ceux de l'ouvrier et du médecin. En désignant, d'office, un médecin dépendant de la compagnie intéressée, nous avons soutenu que cette pratique pouvait conduire « au pur favoritisme et au mépris des mérites personnels ». En refusant d'accéder aux justes aspirations des uns et des autres, nous nous insurgions contre un tel préjudice à l'encontre du bon sens, de l'intérêt public et individuel. « Tout ce qui lèse le médecin dans sa liberté, dans son jugement et même dans son prestige, porte dommage au patient en définitive ».

Cette loi, appuyée par les puissances industrielles et corporatives, fut, quand même, sanctionnée une première fois, au Parlement, sous prétexte d'abus de la part des médecins; mais le mécontentement fut si général qu'on y apporta des modifications telles qu'aujourd'hui nos collègues semblent plus ou moins satisfaits de l'état actuel.

7° **Le secret professionnel.** — Cette nouvelle législation créait une injustice non seulement au point de vue du libre choix du médecin, mais aussi au point de vue, plus grave, du secret professionnel, en introduisant, entre le médecin de famille et le malade, une tierce per-

sonne: le *tiers payant*, c'est-à-dire le patron ou le médecin désigné d'office par lui. Il est superflu d'ajouter d'amples développements sur les conséquences possibles de cette atteinte au secret professionnel. Le ministère de la médecine, « profession noble et triste entre toutes », exerce son apostolat chaque fois qu'il en est requis par les misères de l'homme et les périls de son organisme. Lorsqu'un jour, on a choisi, dans son médecin, l'homme à qui on fait l'aveu de ses faiblesses ou de ses infirmités, on compte sur sa discrétion et sur le sentiment de charité qui l'accompagne⁽¹⁾.

Voilà pourquoi le libre choix du médecin est un contrat social que l'on doit respecter, dans l'intérêt du malade et de la vérité.

D'ailleurs, au Canada, le médecin est autorisé à observer rigoureusement le secret professionnel, et nous avons le droit de nous récuser chaque fois que l'on est appelé à témoigner devant les tribunaux.

Mais il nous semble que ce droit devient peu à peu illusoire en présence de l'intervention de l'État en matière d'hygiène publique. Aujourd'hui, nous sommes tenus de déclarer les maladies contagieuses, puis, indirectement, la plupart des maladies sociales, même la syphilis, malgré le masque qu'on lui prête. Bientôt, on nous contestera ce privilège et le malade nous retirera en même temps sa confiance.

Quelle sera l'attitude de notre Presse médicale dans un avenir rapproché lorsque l'État exercera son empire sur la médecine? Car, il nous attire, quand même, avec les attraits du fonctionnarisme et le camouflage de sa sécurité.

Nous attendrons que les temps actuels soient révolus avant de formuler une opinion définitive sur cette question, que l'on pose un peu partout, et que l'on envisage avec appréhension; mais nous n'avons pas confiance dans l'étatisme de la médecine parce que la routine stérilise l'ambition et l'initiative individuelle.

Nous admettons volontiers que, sur les instances de notre Presse Médicale et sous sa direction, du moins au Canada, l'État a fait des efforts ordonnés et efficaces en matière d'hygiène sociale. Des mesures légales et obligatoires concernant la vaccination, la désinfection, le contrôle des maladies infectieuses ont produit des résultats qui ont impressionné le public en abaissant les chiffres de la morbidité et de la mortalité. Si, d'autre part, on exige de l'individu des concessions et des sacrifices, compensés par une sécurité relative, on est moins

(1) Nous sommes heureux de nous appuyer sur les opinions de Georges Duhamel, de l'Académie française, que nous citons avec empressement sur cette question.

rassuré en songeant aux excès que ce système peut engendrer. Ainsi, l'application stricte de la formule préventive des maladies évitables peut conduire à des abus si on aborde la déchéance physique et psychique.

La stérilisation des fous, des dégénérés, des criminels et des tarés peut entraîner des désastres ou des calamités comparables à l'erreur judiciaire. Le pouvoir est une force, quelquefois irrésistible, mais il peut conduire à la tyrannie et exiger, de la part du médecin, dans l'application de cette formule nouvelle de médecine préventive, des actes dérogoratoires à l'honneur professionnel qui violent sa conscience et faussent son serment.

Que fait-on de la liberté individuelle dans cet essor nouveau vers la perfection de l'homme moderne... « cet inconnu ? »

Qu'est-ce que le libre arbitre ?

Notre Presse médicale canadienne-française s'insurge contre l'application impérieuse de ces méthodes, car la morale et la liberté s'y opposent.

Nous avons cru, au Canada, que notre Presse médicale devait poser franchement cette question avant que le public ne s'écarte de la route que la conscience médicale doit lui tracer, car « souvent on est aussi injuste en ne faisant rien qu'en faisant certaines choses » (Marc-Aurèle).

En face de cette évolution sociale, dont nous n'avons fait qu'effleurer les multiples aspects, *la Presse médicale latine a le devoir de rester indépendante et unie* si elle veut continuer d'exercer son influence sur la profession médicale et sur le public en général. Elle doit s'inspirer des principes de morale que nous avons posés au début de ce chapitre, sinon elle aura failli à la mission qu'on lui a confiée et à l'autorité dont on l'a investie, car « la vérité a des ressources contre nous, quel que soit l'éloignement où notre esprit la tient ».

8° La Presse médicale canadienne-française et la guerre de 1914

Vers 1915 ou 1916, on a mis de l'avant l'organisation d'hôpitaux militaires pour accompagner les bataillons canadiens expédiés sur le front français. La Presse médicale canadienne a appuyé ce mouvement de toutes ses forces et elle en a favorisé la réalisation. L'Hôpital Saint-Cloud et l'Hôpital Laval ont fait un long séjour en France, où ils ont rendu des services signalés aux blessés de toutes catégories.

Nous avons pensé, en ce temps-là, que les hôpitaux et l'Université devaient se solidariser avec nos armées et expédier, pour les secourir,

un groupe important de médecins et de chirurgiens choisis parmi le personnel expérimenté de nos hôpitaux de Montréal, de Québec et d'ailleurs. Notre attitude a été justifiée par les services qu'ils ont rendus là-bas et par la reconnaissance non équivoque de la France à l'égard d'un grand nombre d'entre eux.

Notre geste, en ce temps-là, a fortement contribué à créer un très vif élan en vue de compléter les cadres aussi rapidement que possible.

D'autre part, nous avons suivi avec intérêt les activités de ces deux unités au front en publiant des communiqués pour renseigner la population canadienne.

Notre politique, depuis notre existence, s'est donc constamment inspirée de l'intérêt public, en tous lieux et en toutes circonstances. Elle n'a jamais été dominée par un intérêt particulier et elle a poussé le désintéressement et l'abnégation quelquefois jusqu'à l'oubli de sa propre sécurité.

Telles sont les raisons de sa très grande influence sociale au Canada.

Conclusions

La Presse médicale canadienne-française a exercé une influence sociale très féconde au Canada, surtout depuis l'époque pasteurienne, en imprimant une orientation nouvelle à la pensée médicale et en y faisant participer l'opinion publique et l'Etat.

Voici les raisons qui ont motivé cette influence :

1° *Le retentissement des découvertes* du siècle dernier dont elle a saisi l'importance et réclaté l'application judicieuse, aussi rapide que possible, dans l'intérêt public au Canada ;

2° *La création d'organismes nouveaux* dont la réalisation s'imposait en vue de protéger la santé publique et individuelle contre la contagion et les déchéances physiques et morales ;

3° *Les résultats rapides et efficaces* obtenus dans la lutte contre les maladies infectieuses et sociales, grâce à l'application de nouveaux règlements, suggérés ou appuyés par elle et commentés de part et d'autre ;

4° *La fermeté et le désintéressement* de son attitude dans les controverses qu'elle a dû soutenir à ce sujet;

5° *Le but*, essentiellement humanitaire, qu'elle poursuit;

6° *Le code*, rigide, de l'éthique professionnelle des médecins entre eux et dans leurs rapports avec le public, dont l'adoption a fortifié son influence;

7° *L'universalité*, l'indépendance et la stabilité de ses directives, inspirées par les Sociétés Savantes du monde entier;

8° *L'unité* de sa doctrine malgré son évolution dans le temps;

9° *L'interdépendance* de ses activités sur le terrain neutre de la recherche scientifique, dont les Congrès internationaux sont l'expression vivante et disciplinée, grâce à des comptes-rendus substantiels et véridiques;

10° *La diffusion de l'enseignement* universitaire et hospitalier;

11° Son rôle important *dans la fondation de nos Collèges Médicaux*, de nos Sociétés Savantes, de nos Congrès; la construction de nouveaux hôpitaux et l'appui donné à la réorganisation des Universités dans la province française de Québec;

12° *Le groupement* des énergies nationales pour maintenir et intensifier l'enseignement secondaire classique et la prévalence de l'enseignement médical français — c'est-à-dire latin — au Canada;

13° *La reprise des relations médico-littéraires franco-canadiennes*, dont elle a été l'artisan précoce et averti;

14° *La primauté de l'éducation* et de la morale dans les litiges entre la science et la religion;

15° *La continuité* de ses efforts pour maintenir la saine tradition médicale dont le flambeau ne saurait s'éteindre.

Telles sont les conclusions générales qui se dégagent de notre rapport — trop succinct, nous l'avouons — *sur l'influence sociale de la Presse médicale canadienne-française au Canada et en Amérique du Nord*.

C'est notre très humble, mais sincère et véridique contribution à ce splendide Congrès des races latines.

Bibliographie ⁽¹⁾

1872. ROTTOT. — La vaccination et la revaccination contre les épidémies de variole. *L'Union Médicale du Canada*, vol. I.
1872. DAGENAI. — La création d'un Bureau Municipal de Santé à Montréal, pour la protection et l'hygiène publique. *L'Union Médicale du Canada*, vol. I.
1898. BENOIT (E.-P.). — La réorganisation et le programme du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec. *L'Union Médicale du Canada*.
1898. VILLENEUVE (J.-A.). — De l'aliénation mentale, ses causes, nouvelle législation, prévention de l'aliénation mentale. *L'Union Médicale du Canada*.
1933. BOUCHER (S.), Directeur du Service de Santé de la Cité de Montréal. — Rapport du Service de Santé de la Cité de Montréal pour l'année 1933.
1920. DESLOGES (A.-H.), Directeur médical des Hôpitaux d'Aliénés et des Ecoles de Réforme et d'Industrie. La Campagne antivénérienne dans la province de Québec.
1928. ARCHAMBAULT (G.) et DESLOGES (A.-H.). — Le Dispensaire anti-syphilitique; organisation; rôle; moyens d'action. Rapport présenté au *Congrès de Nancy*, mai 1928.
- 1933-34. DESLOGES (A.-H.). — Rapport pour l'année 1933-34.
Rapport pour l'année 1934-35.
Rapport pour l'année 1934.
Le problème universel du jour. La prévention des maladies vénériennes (Dr John H. STOKES).
Réaction de Wassermann.
Maladies vénériennes. — Circulaire générale de renseignements sur ces maladies (destiné à la profession médicale du Canada).
Prévention de la cécité chez les nouveau-nés.
Rapport du docteur A.-H. DESLOGES sur les hôpitaux d'aliénés, écoles de réforme et d'industrie et sur les activités de la Division des Maladies Vénériennes, année 1927.
Renseignements pour les jeunes filles sur l'hygiène sexuelle.
Instructions pour prévenir la transmission de la gonorrhée.
Instruction pour prévenir la transmission de la syphilis.
Les consultations de nourrissons et l'hérédosyphilis (Dr André BAYET)
Cours de perfectionnement en dermato-vénérologie (PAUTRIN).
Déclaration confidentielle du médecin de l'aprison, au juge, avant que sentence soit rendue.
La place de la pédagogie expérimentale et un essai d'organisation scientifique de l'école (Dr T. SIMON).

(1) Nous publions les faits saillants seulement, car la liste des travaux en serait trop longue si nous les publions en entier. Toutes les activités de notre Journal peuvent être relevées en consultant les 64 volumes de *L'Union Médicale du Canada*, de 1872 à 1936, car il y en a d'autres.

- La mesure du développement de l'intelligence par l'échelle B. S. avec démonstration (Dr T. SIMON).
- Ecoliers anormaux (Dr T. SIMON).
- Etude de quelques familles psychopatiques (Docteurs Albert BROUSSEAU, Gustave DESROCHERS et Lucien LARUE).
- L'expertise psychiatrique devant la juridiction criminelle et la défense sociale contre les anormaux (René CHARPENTIER).
- DESLOGES (A.-H.). — L'alcool, facteur de délinquance et de criminalité (Dr René CHARPENTIER).
- Les premiers signes de la paralysie générale (Dr René CHARPENTIER).
- L'éducation des enfants anormaux (Dr J. Charles MILLER).
- L'Ecole La Jemmerais pour les enfants anormaux (Dr J. Charles MILLER).
- Considérations générales sur le traitement des arriérés mentaux à l'Ecole La Jemmerais (Dr J. Charles MILLER).
- La malariathérapie à Saint-Jean-de-Dieu (Dr Rodolphe RICHARD).
- La formule sanguine des paralytiques généraux soumis à la malariathérapie (Dr Albert BERTRAND).
- Sur l'importance de la recherche systématique de l'agent causal dans les psychoses toxi-infectieuses et dans les psychoses par intoxication endo et exogènes (Dr Gaston LOIGNON).
- Le traitement de la paralysie générale par la malaria (Dr Gustave ARCHAMBAULT et Dr Albéric MARIN).
- L'automutilation chez l'aliéné (Dr G. DeBELLEFEUILLE).
- Le suicide et la responsabilité (Dr G. DeBELLEFEUILLE).
1900. DUBE (J.-E.). — Traitement diététique de la gastro-entérite infantile. *L'Union Médicale du Canada.*
1901. La mortalité infantile et les moyens de la diminuer.
1903. Prophylaxie et traitement de la gastro-entérite chez les enfants.
1904. Syphilis et tuberculose. *L'Union Médicale du Canada.*
1904. Nos enfants et nos préjugés. *L'Union Médicale du Canada.*
1904. Une des causes de l'Alcoolisme chez nous. *L'Union Médicale du Canada.*
1905. La licence interprovinciale et l'Association Médicale du district d'Ottawa, (en collaboration avec le Dr BOULET). *L'Union Médicale du Canada.*
- Remèdes secrets et charlatans. *L'Union Médicale du Canada.*
- Traitement du tuberculeux chez lui. *L'Union Médicale du Canada.*
- Un syndicat des Sociétés médicales. *L'Union Médicale du Canada.*
- L'Hygiène dans nos écoles. *L'Union Médicale du Canada.*
1906. La Ligue du Lait et des « Gouttes de Lait » devant l'opinion publique. *L'Union Médicale du Canada.*
- Les Accidents du Travail. *L'Union Médicale du Canada.*
- Le Médecin, sa formation. Les Sociétés médicales et leur utilité. *L'Union Médicale du Canada.*
- Traitement des maladies de l'enfance. *L'Union Médicale du Canada.*
- Hygiène de la seconde enfance. *L'Union Médicale du Canada.*

1907. Drogues patentées. Remèdes de charlatans. *L'Union Médicale du Canada*.
 Approvisionnement de lait à Montréal. *L'Union Médicale du Canada*.
 Les diarrhées infantiles, (en collaboration avec le Dr A. LeSAGE).
L'Union Médicale du Canada.
 Le succès par la méthode dans le travail. *L'Union Médicale du Canada*.
1909. L'Exposition antituberculeuse à Montréal. *L'Union Médicale du Canada*.
 Le Médecin et les Sociétés médicales. *L'Union Médicale du Canada*.
1910. Alcoolisme et tuberculose. *L'Union Médicale du Canada*.
1911. L'Institut Bruchési et son œuvre antituberculeuse. *L'Union Médicale du Canada*.
 La lutte antituberculeuse à New-York. *L'Union Médicale du Canada*.
1914. L'Hospitalisation des tuberculeux. *L'Union Médicale du Canada*.
1917. L'Enseignement de l'hygiène dans nos pensionnats. *L'Union Médicale du Canada*.
 Le problème de la tuberculose et la classe dirigeante. *L'Union Médicale du Canada*.
 La grande guerre et la tuberculose. *L'Union Médicale du Canada*.
1919. La lutte antituberculeuse à Montréal. *L'Union Médicale du Canada*.
1920. Déclaration obligatoire de la tuberculose. *L'Union Médicale du Canada*.
 Hygiène au Séminaire de Joliette. *L'Union Médicale du Canada*.
1924. La lutte contre la tuberculose par sa prophylaxie chez l'enfant. 8e Congrès de l'Assoc. des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, Québec, 1924. *L'Union Médicale du Canada*.
1925. La prophylaxie antituberculeuse par l'enseignement de l'hygiène dans la famille. *L'Union Médicale du Canada*.
1928. La Situation Hospitalière à Montréal. Fascicule.
1932. Nos Hôpitaux. Le passé, leur évolution, le présent. *L'Union Médicale du Canada*.
1933. La vaccination anti-diptérique, fév. 1933.
 L'hospitalisation des tuberculeux dans la province de Québec.
 Rapport de l'Institut Bruchési, année 1933.
1934. L'hygiène mentale dans le domaine pratique. *L'Union Médicale du Canada*. « Rapport du Président ». Rapport annuel de l'Institut Bruchési pour l'année 1934.
1935. Les Médecins de dispensaires et les médecins praticiens. Rapport de l'Institut Bruchési pour l'année 1935.
1898. LESAGE (A.). — Conception actuelle de la fièvre typhoïde. Contagion. Prophylaxie. Traitement. Comité des Etudes Médicales de Montréal. *L'Union Médicale du Canada*.
1899. Le traitement de la fièvre typhoïde. Idées anciennes. Idées actuelles. Comité des Etudes Médicales. *L'Union Médicale du Canada*.
1901. Le traitement de la fièvre typhoïde à l'hôpital Notre-Dame. *L'Union Médicale du Canada*.
 Le traitement de l'alcoolisme chronique. *L'Union Médicale du Canada*.
 La tuberculose au Congrès de Londres. *L'Union Médicale du Canada*.

1902. L'odyssée d'une typhoïdique. *L'Union Médicale du Canada.*
1903. Le traitement de la scarlatine par la sérothérapie. *L'Union Médicale du Canada.*
Le rôle des Sociétés Savantes dans les sciences médicales. *L'Union Médicale du Canada.*
1907. Les diarrhées infantiles, (en collaboration). *L'Union Médicale du Canada.*
1908. De la critique dans les Sociétés Savantes. *L'Union Médicale du Canada.*
L'Evolution en Médecine. Les anciens et nous. *L'Union Médicale du Canada.*
Le projet de Loi Tellier et le Conseil d'Hygiène à l'Assemblée Législative de Québec. *L'Union Médicale du Canada.*
Le Brevet et le Bill Roddick discutés respectivement à Québec et à Ottawa. *L'Union Médicale du Canada.*
1903. La licence interprovinciale et le Bill Roddick. *L'Union Médicale du Canada.*
La licence interprovinciale au point de vue des statistiques officielles. *L'Union Médicale du Canada.*
1906. L'admission des médecins étrangers dans la province de Québec. *L'Union Médicale du Canada.*
1904. Les abus de législation dans la pratique de la médecine. *L'Union Médicale du Canada.*
1906. Nos députés médicaux à Québec et nos intérêts professionnels. *L'Union Médicale du Canada.*
1907. A propos du Bureau Provincial des examinateurs, et à propos des gouverneurs. *L'Union Médicale du Canada.*
Le Collège des Médecins devant la législature. *L'Union Médicale du Canada.*
Le Bill des médecins devant la législature. *L'Union Médicale du Canada.*
1908. La médecine et la pratique. *L'Union Médicale du Canada.*
1909. Les médecins et la presse quotidienne. *L'Union Médicale du Canada.*
Le Conseil de discipline à propos des plaintes contre les médecins. *L'Union Médicale du Canada.*
Le charlatanisme et la nouvelle Loi médicale. *L'Union Médicale du Canada.*
1910. Le Bill Roddick. Etude et critique. *L'Union Médicale du Canada.*
1911. Les irréguliers et les rebouteurs devant la Législature de Québec. Critique. *L'Union Médicale du Canada.*
Le Bill Roddick. Critiques et amendements. *L'Union Médicale du Canada.*
A propos de dignité professionnelle. *L'Union Médicale du Canada.*
Québec. *L'Union Médicale du Canada.*
La réforme du Collège des Médecins et chirurgiens de la province de Québec. *L'Union Médicale du Canada.*
1912. La Loi médicale et les offenses criminelles. *L'Union Médicale du Canada.*
Le Bill Roddick devant la Législature. *L'Union Médicale du Canada.*

1913. Laval, McGill. Réflexions. *L'Union Médicale du Canada*.
La profession médicale est-elle en bonne santé? *L'Union Médicale du Canada*.
1914. Equivalence des diplômés étrangers dans la province de Québec, et au Canada. *L'Union Médicale du Canada*.
Le fonds patriotique et la profession médicale de Montréal. *L'Union Médicale du Canada*.
La France et les Médecins canadiens-français. *L'Union Médicale du Canada*.
1915. La tuberculose, ce qu'il faut savoir, ce qu'il faut faire. *L'Union Médicale du Canada*.
Fièvre typhoïde et porteurs de germes. *L'Union Médicale du Canada*.
La vaccination anti-typhoïdique et anti-parathyroïdienne Ses résultats. Son avenir. *L'Union Médicale du Canada*.
1916. Alcoolisme au point de vue social. *L'Union Médicale du Canada*.
Alcoolisme au point de vue médical. *L'Union Médicale du Canada*.
La syphilis du point de vue médical. *L'Union Médicale du Canada*.
Historique et étiologie de la tuberculose. *L'Union Médicale du Canada*.
Traitement hygiéno-diététique de la tuberculose. *L'Union Médicale du Canada*.
Pronostic et traitement médicamenteux de la tuberculose. *L'Union Médicale du Canada*.
1917. Etiologie de la fièvre typhoïde. *L'Union Médicale du Canada*.
Prophylaxie de la fièvre typhoïde. *L'Union Médicale du Canada*.
1918. La rage. Etiologie et traitement. *L'Union Médicale du Canada*.
1917. Le problème de la tuberculose et la classe dirigeante. *L'Union Médicale du Canada*.
1930. Le diagnostic précoce de la tuberculose. Institut Bruchési, conférence, janvier 1930.
1933. Le rhumatisme tuberculeux. Une étude complète de la question avec une observation clinique accompagnée de la preuve expérimentale. Can. Med. Assoc., session Saint John, N. B. *L'Union Médicale du Canada*.
1915. Les abus de la législation et notre Loi médicale. *L'Union Médicale du Canada*.
1916. L'Hôpital Militaire Laval No 6. *L'Union Médicale du Canada*.
1925. Le P. C. N. et les études médicales. *L'Union Médicale du Canada*.
Le Dispensaire. *L'Union Médicale du Canada*
1928. Le mouvement professionnel. *L'Union Médicale du Canada*.
1932. Rapport sur les Assurances Sociales, (en collaboration). *L'Union Médicale du Canada*.
1933. Les médecins et l'assurance-maladie. *L'Union Médicale du Canada*.
La profession Médicale et le Secours Direct. *L'Union Médicale du Canada*.
1901. Un Institut vaccinal à Montréal. Son utilité. Sa nécessité. *L'Union Médicale du Canada*.
Le projet d'hôpital pour les maladies contagieuses à Montréal. *L'Union Médicale du Canada*.

1903. Les sciences et les lettres comme préparation à l'étude de la médecine. *L'Union Médicale du Canada.*
1905. L'avariose, péril social. *L'Union médicale du Canada.*
1906. L'Université du point de vue canadien-français. *L'Union Médicale du Canada.*
L'Hôpital Notre-Dame devant l'opinion publique. *L'Union Médicale du Canada.*
1907. Un bienfaiteur de l'Hôpital Notre-Dame. *L'Union Médicale du Canada.*
1912. Le rôle social du dispensaire antituberculeux. Quelques faits *L'Union Médicale du Canada.*
1913. Une chaire de Phtisiothérapie à Laval, à Montréal. *L'Union Médicale du Canada.*
1915. Pasteur, sa vie, son œuvre. *L'Union Médicale du Canada.*
1917. Guy de Maupassant. Etude médico-littéraire. *L'Union Médicale du Canada.*
1918. Nos morts et nos décorés à la guerre. *L'Union Médicale du Canada.*
1919. Les étapes de l'enseignement. *L'Union Médicale du Canada.*
1921. L'Université, une évolution. *L'Union Médicale du Canada.*
L'Université: pédagogie et construction. *L'Union Médicale du Canada.*
Faculté de Médecine. Un nouveau programme: sciences et cliniques. *L'Union Médicale du Canada.*
1925. L'Université de Montréal et le Gouvernement de Québec. *L'Union Médicale du Canada.*
1927. Droits et devoirs de la médecine et des médecins canadiens-français. *L'Union Médicale du Canada.*
1928. Le nouveau programme de l'Union Médicale. *L'Union Médicale du Canada.*
1932. Les débuts de l'Union Médicale du Canada durant l'année 1872. *L'Union Médicale du Canada.*
Le programme de l'Union Médicale du Canada, 1872-1932. *L'Union Médicale du Canada.*
1933. La stérilisation légale. *L'Union Médicale du Canada.*
1905. A propos de la « Vérité Scientifique ». Allocution, Cercle Universitaire, 1922.
1923. « Courage et Sincérité ». Allocution, Cercle Universitaire, 1923.
Le travail intellectuel: son influence sur l'état physique. Conférence aux étudiants. *L'Union Médicale du Canada.*
1926. La Pensée d'un Congrès. Discours d'ouverture du dixième Congrès de l'Assoc. des Médecins de L. F. de l'Amér. du Nord. Rapp. général, p. 32.
« Servir »: sa signification pour le médecin d'un hôpital général., allocution, hôpital Notre-Dame, 1926.
1927. De la tradition en médecine. Allocution, Université de Montréal, 28 octobre 1927.

1929. Fatalisme et superstition. Le hasard, pressentiment et destinée. Quelques anecdotes. Conférences à l'Assoc. des anciennes gardes-amalades graduées de l'hôpital Notre-Dame, avril 1929.
1931. Le médecin dans la société moderne. Allocution, Cercle Universitaire, octobre 1931.
1932. De la valeur morale en médecine. Allocution. Hôpital Notre-Dame, 1932. Pour l'Université de Montréal. *L'Union Médicale du Canada*.
1933. Les médecins et l'assurance maladie. *L'Union Médicale du Canada*, p. 15.
 La profession médicale et le secours direct. *L'Union Médicale du Canada*, p. 525.
 Les médecins au Canada français. *L'Union Médicale du Canada*, p. 901.
 Les Médecins et le chômage. *L'Union Médicale du Canada*, p. 1145.
1934. Médecins et Conseils Municipaux. *L'Union Médicale du Canada*, p. 315.
 L'Institut Franco-Canadien et la profession médicale canadienne-française. *L'Union Médicale du Canada*, p. 1161.
1935. L'Université de Montréal et l'« Action Universitaire ». *L'Union Médicale du Canada*, p. 474.
 Les médecins, le Collège des Médecins, les hôpitaux et l'Assistance Publique.
 Justes indemnités. *L'Union Médicale du Canada*, pp. 407-593, 845-1183.
1936. Médecins praticiens et médecins des hôpitaux-chômage et Assistance Publique: les principes et les faits. *L'Union Médicale du Canada*, pp. 1, 201, 613.
1932. GAUVREAU (J.). — L'Union Médicale en liaison avec le Collège des médecins de 1872 à 1932.
 Les médecins au Canada Français, 1 vol. 1933. *L'Union Médicale du Canada*, 1932, p. 133.
1936. MAURAUULT (Abbé Olivier). — L'Enseignement supérieur à Montréal. *Revue Trimestrielle Canadienne*. No 86, uin 1936.
1906. PARADIS (J. G.). — Alcoolisme et tuberculose. Rapport *Congrès des Trois-Rivières*, p. 76.
1906. ROUSSEAU (A.). — Tuberculose, étiologie et prophylaxie. Rapport *Congrès des Trois-Rivières*, p. 59.
1902. BROCHU. — Le premier Congrès de l'Association des Méd. de Langue Française, de l'Amérique du Nord, à Québec, juin 1902. Rapport général.
1924. SERGENT (E.), de Paris, BORDET, RIBADEAU-DUMAS. — La tuberculose et la mortalité infantile, le cours aux Universités de Québec et de Montréal, Cours de perfectionnement.
1923. PAUTRIER (Strasbourg). — Cours de perfectionnement sur la syphilis cutanée et viscérale, à Québec et à Montréal.
1933. DEBELLEFEUILLE. — Manuel de technique psychométrique. *L'Union Médicale du Canada*, avril, mai, juin, juillet, août, septembre.
1936. CARREL. — L'homme, cet inconnu.

1935. DEVY (Victor). — L'Education et la Morale, dans « Essais et Bilans ».
1934. DUHAMEL (Georges). — Etatisme et Médecine. *Revue des Deux Mondes*.
1906. BOURGEOIS (Georges). — Rapport sur l'alcoolisme. *Troisième Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord*, à Trois-Rivières, p. 288.
1906. D'AMOURS. — Sanatoriums gratuits pour tuberculeux. *Congrès des Trois-Rivières*. Rapport, p. 114.
1934. DEBELLEFEUILLE (G.-L.). — L'Hygiène mentale au service de la population de la ville de Montréal. *L'Union Médicale du Canada*, p. 752.
- PLOUFFE (Daniel). — Les raptus mélancoliques. *L'Union Médicale du Canada*, p. 760.
- MILLER (J.-C.). — Cinq ans d'hygiène mentale dans le district de Québec. *L'Union Médicale du Canada*, p. 780.
- SAUCIER (Jean). — Le problème de l'alcoolisme. *L'Union Médicale du Canada*, p. 787.
- AMYOT (Roma). — Bases anatomo-physiologiques, cliniques et étiologiques de l'hygiène mentale de l'enfant. Valeur diagnostique et pronostique des convulsions infantiles. *L'Union Médicale du Canada*, p. 794.
- BERGER (Louis). — Maladies mentales et lésions cérébrales. *L'Union Médicale du Canada*, p. 807.
- BARBEAU (Antonio). — La place d'une technique eugénique en biologie humaine. La stérilisation des inaptes. *L'Union Médicale du Canada*, p. 811.
- GREENE (Ramson-A.). — Quelques aspects du problème de l'enseignement public considéré du point de vue du psychiâtre. *L'Union Médicale du Canada*, p. 850.
- LARIVIERE (Paul). — Position actuelle du problème de l'hystérie. Son hygiène mentale. *L'Union Médicale du Canada*, p. 862.
- MARCOTTE (Alexandre). — Le milieu familial facteur de déséquilibre affectif et d'arriération intellectuelle chez l'enfant. *L'Union Médicale du Canada*, p. 883.
- TELLIER (H.). — Traitement des états maniaques. *L'Union médicale du Canada*, p. 911.
- PILON (Alcide). — Quelques psychoses du sénile. *L'Union Médicale du Canada*, p. 922.
- LECLAIR (M. R. B.). — Quelques caractères du « Moron ». *L'Union Médicale du Canada*, p. 929.
- LEGRAND (Emile). — Les raptus mélancoliques, (en collaboration). *L'Union Médicale du Canada*, p. 760.
1934. JARRY (J.-A.). — Le dépistage de la tuberculose chez les écoliers. *L'Union Médicale du Canada*, p. 1910.
1936. GERIN-LAJOIE. — Nos plans pour assurance-maladie au Canada. *L'Union Médicale du Canada*, pp. 50, 166, 279, 416, 531.

L'ÉPREUVE DE L'HYPERGLYCÉMIE PROVOQUÉE DANS LES NÉPHRITES AZOTÉMIQUES

Par Louis FARLEY,
De l'Hôtel-Dieu de Montréal.

A la suite de l'absorption de cinquante grammes de glucose chez un sujet sain, à jeun, l'on obtient une élévation de la glycémie variant entre 0.25 et 0.30 ctgrs., atteignant son apogée au bout d'une demi-heure à 3/4 d'heure, redescendant bientôt, la durée totale de la réaction étant de une à trois heures. Ces données sont reconnues par la plupart des auteurs français et étrangers. Or, cette réponse est sous la dépendance de multiples facteurs que l'on a beaucoup étudiés et dont les recherches du siècle dernier nous ont révélé les secrets les plus intéressants, tant au point de vue expérimental que clinique.

En effet, ces oscillations plus ou moins accentuées et dont la longueur reste étroitement mesurée chez les individus sains alors qu'elles sont normalement corrigées par les soins d'un système glyco-régulateur; ces oscillations, disons-nous, semblent dans certaines affections ou certaines maladies, échapper en partie à ce mécanisme intime.

Ainsi l'excitation du corps thyroïde, de l'hypophyse et les surrénales nous apportera une courbe glycémique plus élevée et un retour à la normale plus long selon les cas. De même l'excitation des îlots de Langherans, des glandules parathyroïdes et des ovaires pourra amener une réponse beaucoup moins marquée. Il est universellement reconnu que la courbe glycémique est incomparablement plus forte chez les diabétiques que chez les sujets sains. Le taux du sucre sanguin monte davantage — élévation de 1 gr. à 1.50, le maximum de la glycémie est atteint plus tardivement — au bout de 1 à 3 heures. Elle ne manque jamais chez le diabétique, même lorsque à la suite d'un traitement efficace, la glycémie s'est considérablement atténuée et la glycosurie disparue, montrent encore la constance du trouble glyco-régulateur que le traitement et le régime ont pu masquer, mais n'ont pas supprimé.

Elle est indépendante de la glycémie initiale et se produit aussi bien quand le diabétique offre à peine une glycémie normale que quand il a une hyperglycémie constante. Cette réaction est en général,

plus forte dans les diabètes graves que dans les diabètes bénins, sans qu'on puisse établir une échelle d'intensité correspondant à l'échelle de la gravité du diabète, elle semble donc un des meilleurs stigmates de l'état diabétique.

En outre, elle sert encore à déceler les troubles du métabolisme glucidique dans beaucoup d'autres affections.

R. Boulin a fait une étude systématique de la réaction d'hyperglycémie chez les obèses.

La réaction, d'après cet auteur, serait supérieure à celle des sujets sains, mais inférieure à celle des diabétiques. L'élévation, au-dessus du point de départ est en moyenne de 0 gr. 76, la réaction est prolongée et dure plus de 3 heures. Dans 30% des cas, l'épreuve s'accompagne d'une glycosurie dosable. Donc il y a trouble de la glyco-régulation. S'agit-il d'affections hépatiques: cirrhose atrophique ou hypertrophique, syphilitique, troubles fonctionnels, liés à la suralimentation, à la goutte, aux intoxications alcooliques, arsenicales ou chloroformiques, certains auteurs ont obtenu dans 90% de ces cas, une réaction d'hyperglycémie exagérée. Le trouble glyco-régulateur serait constant en quasi totalité.

D'autre part, les opinions restent divisées en ce qui concerne le cancer, — sauf cancer du foie, du pancréas et de la thyroïde où le métabolisme glucidique serait directement troublé; on a noté une exagération de l'hyperglycémie provoquée et révélé des troubles de la glyco-régulation indépendants du siège et de la nature histologique de la tumeur.

Au cours des maladies du corps thyroïde, les Américains, en particulier, ont trouvé une réaction forte et constante comparable à celle des obèses.

Dans le goître simple, cependant, la réaction reste normale.

Dans les maladies de l'hypophyse, les faibles réactions d'hyperglycémie seraient dues, semble-t-il, à un état d'hypofonctionnement de la glande; cependant, les résultats restent très imprécis de même que dans les maladies infectieuses.

Pour ce qui est des affections des surrénales, il y aurait une tendance très nette à la glycosurie et une diminution de la tolérance hydrocarbonée en cas d'hyperfonctionnement de la glande, une tolérance élevée aux hydrates de carbone, dans le cas contraire. La glycémie du reste est basée chez les Addisoniens et les réactions d'hyperglycémie nulles ou très faibles.

Cette vue d'ensemble, si succincte soit-elle, nous paraissait d'un certain intérêt en regard des résultats obtenus chez nos néphritiques azotémiques.

Il existe en effet, dans les néphrites, un syndrome glycidique. M. Bierry, Bordet et Mlle Lévinà ont montré l'importance de l'hyperglycémie dans les affections rénales; ces faits sont confirmés par bien des auteurs. L'étude des modifications du sucre libre, au cours des néphrites, a fait l'objet d'un grand nombre de travaux; or, ceux-ci ne paraissent avoir donné que des notions très peu nettes. Le sucre libre est parfois normal, parfois augmenté, dans tous les cas, les opinions ne restent pas en parfaite harmonie.

Ici la recherche systématique de l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée, nous a permis de déceler l'importance des troubles métaboliques en ce qui concerne le sucre libre.

Nous avons pratiqué l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée chez un certain nombre de néphritiques présentant des taux d'urée sanguine variant de 0 gr. 40 à 4gr 50. Les malades, toujours au régime lacto-végétarien avec, la plupart du temps, fort peu de sel, étaient tenus à jeun douze heures avant l'épreuve. Trois prises de sang étaient effectuées par ponctions veineuses avec réception du sang sur fluorure de sodium, la première avant l'absorption de glucose, la seconde trois quarts d'heure après l'absorption et la troisième deux heures après. Le glucose était administré per os, en une fois, à la dose de 50 grammes dissous dans 200 c.c. d'eau. Les urines étaient examinées quant à leur teneur en sucre, avant chaque prise de sang. La mesure de la glycémie a toujours été faite par la méthode de Baudouin et Lewin.

Chez quelques malades, nous avons répété la même épreuve à dix ou quinze jours d'intervalle pour comparer les résultats. Nous souvenant que chez l'individu normal et dans les conditions de nos expériences :

1. — La glycémie, après ingestion de 50 grammes de glucose, subit une élévation de 0. gr. 25 à 0.30 centigr, passant par un maximum entre une demi-heure et une heure après l'ingestion.

2. — Le retour à la glycémie normale se fait au bout de deux à trois heures, après une chute légère et inconstante au-dessous de cette normale.

Nous avons examiné successivement :

1. — L'état initial de la glycémie;
2. — Le maximum du taux de l'hyperglycémie provoquée;

3. — La durée de cette hyperglycémie;
4. — La forme de la courbe;
5. — Le rapport entre le taux de l'azotémie et les résultats obtenus;
6. — La variabilité de la réponse à l'épreuve chez un même sujet;
7. — La glycosurie concomittante.

1. — L'état initial de la glycémie

Chez les quatorze malades, la glycémie primitive oscillait entre 0 gr. 78 et 1 gr. 29; chez trois malades seulement, la glycémie dépassait 1 gr. 10.

On peut donc admettre que la glycémie de départ, sauf chez trois malades était normale, et dans le cas contraire, elle n'atteignait pas 1 gr. 30.

2. — Le maximum du taux de l'hyperglycémie provoquée

La réponse à l'épreuve a toujours été élevée, le minimum chez un seul malade fut de plus de 0 gr. 40, et chez la majorité des néphritiques, la moyenne a dépassé 0 gr. 50. Un maximum d'élévation de 1 gr. 30 fut atteint. Il semble donc avoir été d'une anomalie constante.

3. — La durée de l'hyperglycémie

Chez dix des malades, la glycémie, au bout de deux heures, restait encore nettement plus élevée qu'avant l'ingestion du glucose. L'hyperglycémie était donc anormalement prolongée. Chez quatre malades seulement, la glycémie au bout de deux heures était égale ou inférieure au taux primitif.

4. — Forme de la courbe

La courbe hyperglycémique présente donc la plupart du temps des anomalies très nettes; élévation plus marquée de la glycémie et durée plus longue de celle-ci. Mais nous avons trouvé encore d'autres anomalies:

a) Si, chez la plupart des malades, le maximum de l'élévation s'est produit au bout de 3/4 d'heure, chez deux malades la courbe qui avait déjà commencé à monter au bout de 3/4 d'heure a continué encore à monter au bout de deux heures.

1 gr. 22 — 1 gr. 55 — 1. gr. 81
 0 gr. 94 — 1 gr. 35 — 1 gr. 49

b) De plus, l'hypoglycémie fréquente chez le sujet normal à la fin de l'épreuve, ne s'est produite que chez deux malades :

0 gr. 82 — 1 gr. 58 — 0 gr. 66
1 gr. 14 — 1 gr. 61 — 1 gr. 07

Ici, l'on pourrait objecter qu'il eût été préférable de faire une quatrième prise de sang au bout de trois heures.

La chose eût été facile si nous nous étions contentés, comme beaucoup d'auteurs, de la simple prise de sang par piqûre de la pulpe des doigts ou du lobule de l'oreille. Mais nous estimons qu'on ne trouve pas du sang aussi pur et que seule la prise de sang dans la veine a une valeur indispensable. D'autre part, il nous a été pratiquement impossible d'effectuer plus que trois prises de sang en deux heures, par ponction veineuses.

5. — Le rapport entre le taux de l'azotémie et résultats obtenus

Nos malades avaient un chiffre d'urée sanguine, variant de 0 gr. 40 à 4 gr. 50.

Deux des sujets, qui avaient une urée très peu élevée (0 gr. 40 — 0 gr. 50), présentaient une glycémie normale au bout de deux heures et même inférieure à la normale; cependant la montée hyperglycémique au bout de 3/4 d'heure était de 0 gr. 52 et 0 gr. 76.

Un seul malade, avec une urée de 4 gr. 50, présente une prolongation marquée de l'hyperglycémie.

Par contre, la plus forte poussée hyperglycémique (1 gr. 36) se produisit chez un sujet dont l'urée moyenne était à 1 gr. 87.

L'on peut donc admettre, d'une manière générale, que si les azotémiques présentent une anomalie dans l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée, il n'y a pas cependant un parallélisme absolu entre l'intensité de l'azotémie et l'anomalie de l'épreuve d'hyperglycémie.

Certains sujets peuvent présenter une azotémie moyenne de 0 gr. 67 et 0 gr. 80 et avoir une poussée hyperglycémique marquée 0 gr. 75 — 0 gr. 85.

En outre, la persistance de la glycémie à un taux élevé, après 2 heures, amenant une montée plus forte du taux du sucre sanguin après deux heures qu'après 3/4 d'heure, se rencontre surtout chez les grands azotémiques. Ici encore le parallélisme n'est cependant pas absolu.

6. — La variabilité de la réponse à l'épreuve chez un même sujet

Si l'on refait, à plusieurs jours d'intervalle, la même épreuve au même sujet, le chiffre de la glycémie étant identique, la poussée de l'hyperglycémie et sa durée étant aussi anormales, ne sont pas identiques chez un sujet dont l'urée monte de 3 gr. 22 à 4 gr. 50. La courbe hyperglycémique ne varia que légèrement; par contre, en même temps que l'azotémie s'éleva, la montée hyperglycémique fut

RESUME GENERAL					
UREE	GLYCEMIE à jeun pour ‰.	$\frac{3}{4}$ hres. après l'ingestion.	2 hres.	Maximum d'élévation.	GLYCOSURIE.
	Gr.	Gr.	Gr.	Gr.	
0.40	1.01	1.53	0.77	0.52	0 0 0
(1) 0.50	0.82	1.58	0.66	0.76	0 0 0
(2) 0.50	0.98	1.82	0.95	0.64	0 0 0
0.60	1.08	1.58	1.40	0.50	0 0 0
(1) 0.67	1.04	1.62	1.37	0.58	0 0 0
(2) 0.67	0.99	1.75	1.39	0.76	0 0 0
0.70	1.29	2.01	1.48	0.72	<u>0 + +</u>
(1) 0.75	0.72	1.84	1.04	0.92	0 0 0
(2) 0.80	0.78	1.63	0.78	0.85	0 0 0
0.85	0.95	1.35	1.74	0.40	0 0 0
0.90	0.88	1.54	1.46	0.66	0 0 0
0.91	0.94	1.81	1.47	0.87	0 0 0
1	1.14	1.61	1.07	0.47	0 0 0
1.02	0.94	1.35	1.49	0.41	<u>0 + +</u>
(1) 1.56	0.97	1.88	1.46	0.91	0 0 0
(2) 1.56	1.08	1.54	1.39	0.46	0 0 0
1.87	0.94	2.30	1.62	1.36	0 0 0
(1) 3.22	1.04	1.55	1.35	0.31	0 0 0
(2) 4.50	1.22	1.55	1.81	0.59	0 0 0

(1) - 1ère épreuve.

(2) - 2ème épreuve.

plus tardive. Il ne faut pas, du reste, se détourner des différentes possibilités que peut nous apporter le résultat de l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée, chez les néphritiques, le même phénomène se retrouve chez les diabétiques.

7. — La glycosurie concomitante

Quant aux deux malades chez qui nous avons trouvé de la glycosurie, au bout de 3/4 d'heure et de deux heures, cela ne nous permet pas de tabler sur une corrélation entre l'intensité de la poussée hyperglycémique et la glycosurie, puisque le sujet dont la glycémie monta de 0 gr. 94 à 2 gr. 30 ne présenta pas de sucre aux différentes étapes de la réaction.

Ainsi l'on peut conclure que la recherche de l'hyperglycémie provoquée chez le néphritique, permet de déceler un trouble du métabolisme glucidique, que l'état de la glycémie à jeun ne peut évidemment pas découvrir.

Le trouble du métabolisme glucidique paraît fréquent chez les azotémiques, mais il n'y a aucune proportion entre l'importance de l'azotémie d'une part, et les anomalies de la courbe glycémique de l'autre.

BIBLIOGRAPHIE

- ARENA: « L'épreuve de l'hyperglycémie provoquée dans quelques affections thyroïdiennes ». *Rinascenza Méd.*, 15 oct. 1926.
- BAUDOUIN: « XV^e Congrès ». *France Méd.*, Strasbourg, 1921
- BIERRY, RATHERY, LEVINA: « C. R. Acad. Sciences, E.C.L. XXIII, 56 ».
- BLUM: « A propos de l'hyperglycémie ». *Communication au XV^e Cong. de Méd. de Strasbourg*, Oct. 1921.
- DAVIES: « The Lancet ». Février 19..
- JAUNEY & ISAACSON: *Jour. Amér. Méd. Assoc.* 1918, avril 10.
- JOHN: *Méd. Journ. Rec.* 1930, CXXXI, 287.
- KYLIN: *Méd. Klin.* 1925, 21, 1268.
- LABBE M. & H. NEPVEUX: « Techniques de Laboratoire appliquées aux maladies de la digestion et de la nutrition », 1932, p. 775.
- LAROCHE, GUY: « Les Hypoglycémies ». *Problèmes actuels de la pathologie médicale*, par A. CLERC et Ch. AUBERTIN, Bevat 2^e série p. 225. Guy LAROCHE 1932.
- RATHERY, Prof. F.: « Physiopathologie du diabète ». *2^e Cours de perfectionnement sur le diabète sucré*. Oct. 21, 1934.
- R. REDING R.: « Le terrain cancéreux et cancérisable », 1932 p. 125. S.
- SLOSSE A.: « C. R. Soc. Biol. ». Bruxelles 1923, juin 2.



RECUEIL DE FAITS

EVENTRATION DIAPHRAGMATIQUE DROITE AVEC VOLVULUS ORGANO-AXIAL SOUS-BULBAIRE DE L'ESTOMAC ET INTERPOSITION HEPATO-DIAPHRAGMATIQUE DE L'ANGLE DROIT DU COLON

Par

Albert JUTRAS, M.D.,
Radiologiste à l'Institut du Radium

et

Edouard TETRAULT, M.D.,
Cardiologiste à l'Hôtel-Dieu

Il s'agit d'une fille de trente ans qui s'est présentée à l'un de nous, pour vérification d'un diagnostic de tuberculose pulmonaire qu'elle traînait depuis longtemps et dont elle subissait les rigueurs thérapeutiques.

Amalgrie, asthénique et de mauvais teint, elle accusait un vague malaise précordial, avec, par intermittences, des sensations de palpitations. Les troubles digestifs se résumaient à de la constipation et à un peu d'aérophagie. De l'ensemble des examens pratiqués, y compris une radioscopie préliminaire du thorax, il n'y avait à retenir que la surélévation de l'hémidiaphragme droit, le refoulement du cœur vers la gauche et le balancement paradoxal des deux coupoles phréniques. Une image hydro-aérique à droite de la ligne médiane éveilla l'idée d'un transport de l'estomac. Ces anomalies constatées à l'écran, commandaient une étude complémentaire des organes sous-jacents au diaphragme, pour en déterminer la topographie avec exactitude.

PROTOCOLE RADIOLOGIQUE

Thorax: sujet appartenant au biotype longiligne asthénique. Très légère asymétrie du thorax par scoliose dorso-lombaire. Transparence pulmonaire homogène et satisfaisante des deux côtés. Le dôme phrénique droit, régulièrement arrondi, atteint une hauteur qui dépasse la normale de 7 à 8 centimètres. Cet état n'est pas transitoire; il persiste dans toutes les positions et à tous les stades de l'examen. Du côté opposé, le diaphragme n'a pas changé de position. La respiration donne lieu à un jeu de balance entre les deux

hémidiaphragmes: pendant que celui de gauche s'abaisse de trois ou quatre centimètres dans l'inspiration, celui de droite remonte d'un ou deux centimètres, pour s'affaisser durant l'expiration (signe de Kienböck). Ce mouvement de bascule traduit l'inertie du diaphragme droit refoulé en haut par la masse intestinale sous l'influence de la contraction inspiratoire du diaphragme gauche. Le cœur partiellement délogé du médiastin par le diaphragme droit surélevé, se projette entièrement à gauche du rachis et sa pointe touche pratiquement au grill costal sur la ligne axillaire.

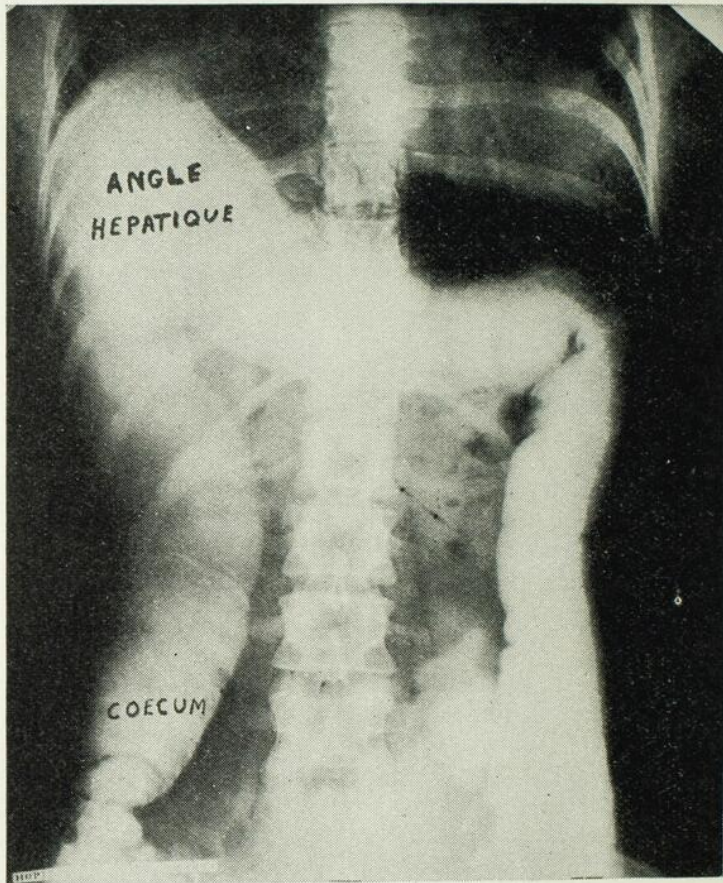


Fig.1.— Colon opacifié par voie basse. L'angle hépatique loge à une hauteur anormale sous le dôme phrénique droit fortement surélevé.

Le lavement opaque, après avoir révélé un dolichosigmoïde dont le sommet dépasse de quelques centimètres la crête iliaque gauche, chemine à travers les divers segments coliques. Le descendant et l'angle splénique ne présentent aucune particularité notable; mais, le transverse au lieu d'avoir, à rebours, une direction oblique en bas et à droite, monte vers l'hémithorax droit, de

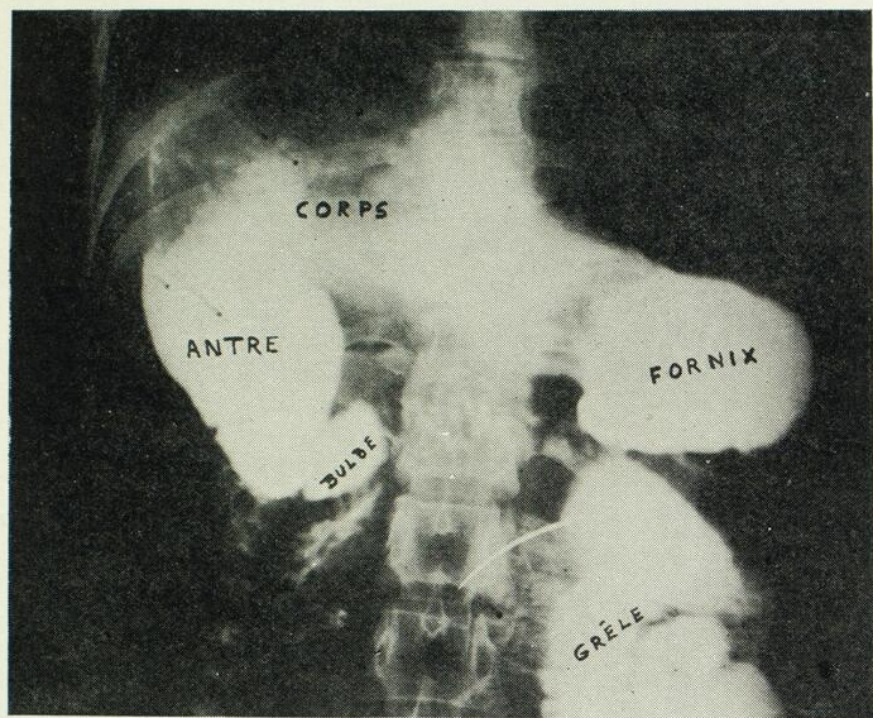


Fig. 2. — Estomac vu en station verticale.

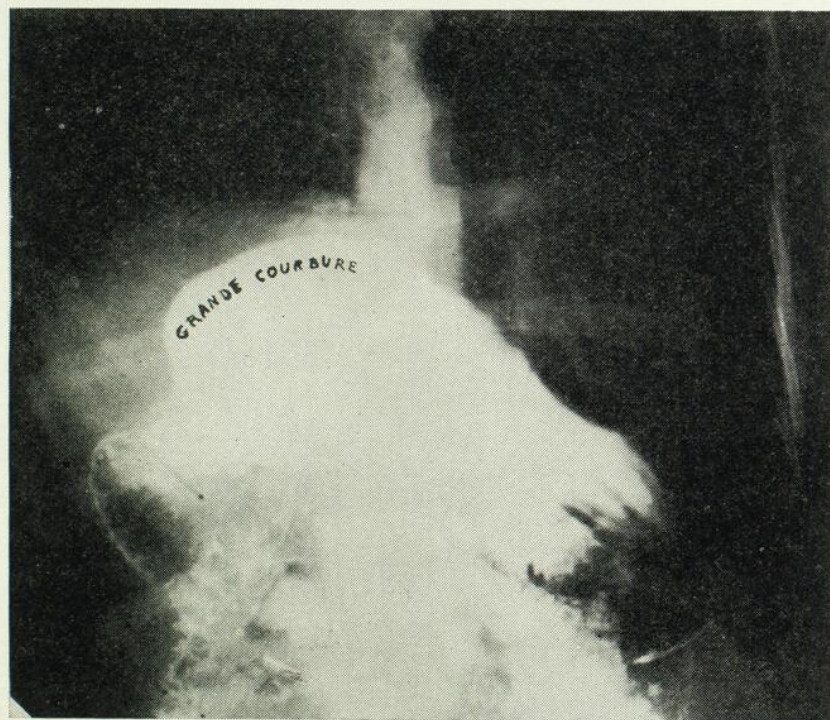


Fig. 3 — Estomac radiographié en décubitus ventral pour illustrer le siège supérieur de la grande courbure.

sorte que l'angle hépatique prend contact avec la face inférieure du muscle phrénique surélevé. Le cœco-ascendant paraît étiré par cette disposition puisqu'il s'étend de la septième côte jusqu'au voisinage de la crête iliaque droite. La valvule de Bauhin incontinent, fait constater que l'iléon terminal lui-même subit une certaine attraction, car au lieu de s'aboucher latéralement, il semble dans la prolongation du cœcum. Entre le côlon transverse et le muscle phrénique droit, on voit une clarté gazeuse allongée transversalement, qui donne à penser que d'autres segments du tube digestif siègent haut dans l'hypocondre droit.

Repas baryté. — En effet, après une traversée œsophagienne sans incident, les 300 grammes de la suspension de baryum dessinent un estomac de forme, de situation et de direction bien anormales. Le fornix demeure en place sous le diaphragme gauche; mais, le corps au lieu d'être vertical, se dirige obliquement de bas en haut et de gauche à droite. L'antra aussi offre une direction inversée puisqu'il plonge verticalement en bas; de même le bulbe duodénal dont la pointe est inférieure et la base supérieure. La grande courbure au lieu de siéger dans la fosse iliaque gauche, prend contact avec le dôme phrénique droit; ainsi le contour inférieur représente la petite courbure. Du même coup, la face antérieure devient postérieure et *vice versa*. Ces défauts ne gênent nullement l'évacuation qui se produit dans les deux heures, sans phénomène parakinétique.

Convoquée pour une analyse complète du transit, la patiente n'est jamais revenue. Nous possédons tout de même assez d'éléments pour porter le diagnostic suivant:

Éventration diaphragmatique droite, avec sénestrocardie, volvulus cardio-pylorique complet de l'estomac et interposition hépato-phrénique de l'angle colique droit.

Le mot *éventration* appliqué au diaphragme ne désigne pas une *grande perforation* mais un *relâchement permanent* (relaxation). Seul le terme *hernie* indique une solution de continuité avec passage trans-diaphragmatique d'une partie du contenu abdominal dans la cavité thoracique.

Le diagnostic différentiel de l'une et l'autre anomalie repose uniquement sur la radiologie. Un examen sommaire ne suffit pas; il faut généralement l'opacification de l'estomac et du côlon de même que la position de Trendelenbourg, pour établir si ces derniers organes restent ou non, entièrement sous le diaphragme.

On a beaucoup discuté l'étiologie de l'éventration diaphragmatique. Certains croient à une dégénérescence primitive du nerf phrénique; mais, la pratique de la phrénicectomie amoindrit la valeur de ce concept en montrant que l'élévation qui en résulte atteint rarement la hauteur de l'éventration.

DEUX PRODUITS dont l'emploi rationnel permet de
pratiquer le traitement de la syphilis dans
toutes ses modalités.

Le

**NOVARSENOBENZOL
BILLON**

“En injections intraveineuses”

Action puissante et régulière.

Le médicament de choix pour le traitement d'assaut.

Le

**SULFARSENOBENZOL
BILLON**

“En injections sous-cutanées”

est tout indiqué lorsque l'injection intraveineuse est
impraticable et dans les centres ruraux où une techni-
que simplifiée s'impose.

LABORATOIRES POULENC FRÈRES du CANADA, Limitée

Distributeurs:

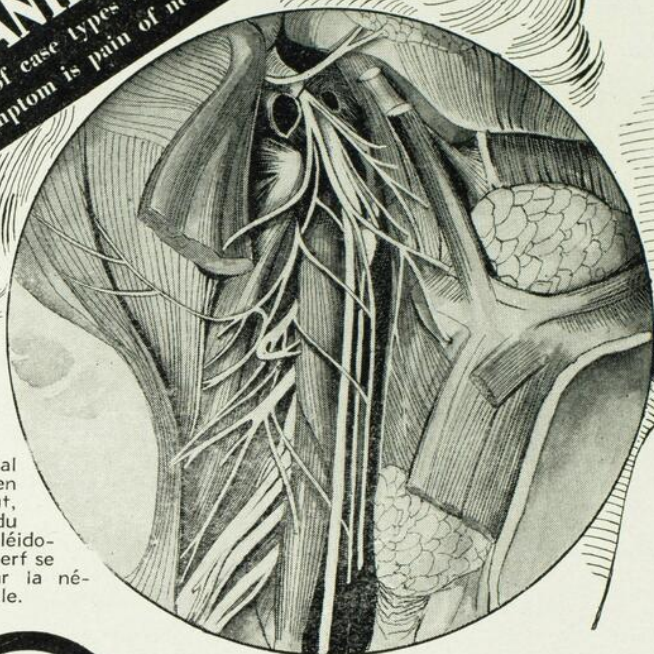
ROUGIER FRÈRES

MONTRÉAL

CAS No 1 DE LA SERIE « ACETANILID »

Une série de cas typiques où le symptôme dominant est la douleur d'origine nerveuse.

CASE 1
ACETANILID SERIES
 A series of case types where the dominant symptom is pain of nerve origin.



Le nerf occipital se voit, allant en arrière et en haut, sur la section du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Ce nerf se trouve gêné par la névralgie occipitale.

OCIPITAL NEURALGIA

NÉVRALGIE OCCIPITALE

PRINCIPAUX SYMPTOMES: Douleur paroxystique, avec intervalles de soulagement.

HISTOIRE DE LA MALADIE: Rhumes fréquents, manque d'énergie, inappétence, insomnie et irritabilité.

EXAMEN PHYSIQUE: Amaigrissement, anémique, type neurasthénique.

SYMPTOMES: Hyperesthésie de la partie cervicale droite entre l'occiput et l'apophyse mastoïde.

DIAGNOSTIC: Névralgie occipitale, causée par un refroidissement ou de l'infection.

TRAITEMENT: (Symptomatique) « Acetanilid » et « Acetphenetidin ».

Bromo-Seltzer contient de l'« Acetanilid » et de l'« Acetphenetidin », plus l'association de caféine et de bromure dans chaque dose de une cuillerée à thé. La caféine fortifie doucement le processus mental. Le bromure amène la détente des nerfs surmenés. Le citrate améliore la digestion, augmente la réserve alcaline et donne à Bromo-Seltzer son effervescence agréable. Bromo-Seltzer soulage la douleur efficacement et économiquement.

Les demandes d'échantillons et de littérature reçoivent une prompt attention.



BROMO-SELTZER LTD.

Toronto, Can.

L'aérophagie et l'aérocolie furent aussi évoquées par certains, dans les localisations gauches. Nous n'avons pas à prendre parti dans la discussion de ce facteur inexistant dans les formes droites où l'ectopie de l'estomac et du côlon apparaît comme conséquence et non comme cause. Du reste, elle est loin d'être constante.

Pour la très grande majorité des auteurs, l'origine congénitale demeure la plus plausible du fait qu'on a observé l'éventration diaphragmatique chez des nouveau-nés et qu'il y avait dans ces cas, agénésie pulmonaire. Cette étiologie est encore plus probable quand la lésion siège à droite.

Le cas de notre patiente dont l'anamnèse est vierge de tout traumatisme et de tout processus pouvant altérer le muscle et le nerf phréniques, pourrait servir d'argument clinique.

L'éventration diaphragmatique droite semble d'ailleurs d'une très grande rareté. C'est l'avis de Köhler qui, sans citer de chiffre, constate qu'on n'en possède encore que *très peu de cas*. Dans une statistique générale, Fatou compte 8 éventrations droites contre 126 gauches.

Il est possible, comme le remarque Raymond Bernard, que ces chiffres faussent l'exactitude des proportions, car l'absence de symptôme bruyant paraît la règle pour les éventrations droites, qu'il y ait ou non ectopie stomacale. La plupart des spécimens de ce groupe ont en effet, été découverts fortuitement au cours de radioscopies pulmonaires pratiquées chez des sujets soupçonnés à tort ou à raison, de tuberculose pulmonaire. C'est ce qui est arrivé pour notre malade dont le syndrome digestif manquait totalement de caractère malgré les gros déplacements de l'estomac et du côlon.

L'absence de dyspepsie s'explique en l'occurrence, par le fait que dans sa rotation l'estomac a décrit de bas en haut et de gauche à droite, un arc approximatif de 180° autour d'un axe allant du cardia jusqu'à la croisée du méso-côlon transverse et du duodénum descendant. L'isopéristaltisme se trouve ainsi conservé, ce qui assure une très bonne vidange gastrique.

On ne saurait dire lequel, de l'estomac ou du côlon, a entraîné l'autre dans l'ascension ou, plus exactement peut-être, en a empêché la descente. Ces deux organes sont rendus solidaires par le ligament gastro-colique qui se montre en pareil circonstance presque toujours épais et court. En toute logique, on peut donc supposer que c'est le côlon qui retient l'estomac; c'est pourquoi ce genre de volvulus stomacal est aussi qualifié d'*infra-colique*.

En outre de mériter de figurer dans la bibliographie à cause de sa rareté, notre observation offre entre autres intérêts, celui de démontrer que :

1° Un diagnostic de tuberculose pulmonaire, en raison des inconvénients sociaux, économiques et moraux qui s'attachent au traitement et au pronostic, ne doit pas être énoncé sans preuves solides, basées notamment sur la bactériologie et sur la radiologie ;

2° De grandes malpositions congénitales des organes digestifs peuvent, dans certaines conditions, être très bien tolérées et même demeurer totalement silencieuses et latentes, pendant des périodes très longues.



PERFORATION DE L'ESTOMAC ET RAYONS X

Par Antonio BELLEROSE (F.R.C.S.)C.,
Professeur agrégé de l'Université de Montréal,
Chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame.

La perforation d'un ulcus gastrique est une complication excessivement grave dont le pronostic dépend en majeure partie de la précocité du diagnostic. Plus le traitement est institué de bonne heure, plus grandes sont les chances de succès; ainsi lorsqu'on a le moindre doute sur l'existence de cette lésion il faut mettre en branle tous les moyens qui permettent de la dépister, et parmi ceux-ci, la radioscopie et la radiographie.

L'observation suivante illustre d'une façon éclatante l'aide que peuvent nous apporter les rayons X lorsque le diagnostic est hésitant.

Observation N° 1872. — M. L. C. 42 ans admis à l'hôpital Notre-Dame pour douleurs à l'abdomen.

Maladie actuelle. La maladie a débuté il y a cinq semaines par des douleurs vagues dans tout l'abdomen, plus marquées à l'épigastre. Il a consulté un médecin à deux ou 3 reprises.

Depuis une semaine, il fait de la diarrhée et le syndrome douleur augmente d'intensité de jour en jour.

Hier soir vers 8 heures, les douleurs du creux épigastrique sont devenues presque insupportables au point qu'il n'a pas dormi de la nuit; elles s'irradient dans le dos et l'épaule gauche. Aucune nausée, aucun gaz intestinal dans les derniers 24 heures.

A l'examen de l'abdomen on constate un ventre rétracté à la région sus-ombilicale avec voussure à l'hypogastre.

Douleur et défense musculaire généralisée avec maximum dans la région pancréatico-duodénale. Matité hépatique disparue. Etat général médiocre. Température 100°, pouls 96. Globules blancs 28,000.

Toucher rectal: Tuméfaction douloureuse du Douglas.

Antécédents personnels: Aucun passé digestif.

Rapport du service de radiologie: L'arrêt du diaphragme et la présence d'air entre le foie et la coupole diaphragmatique nous permettent de porter le diagnostic de perforation du tube digestif (Fig. I.).

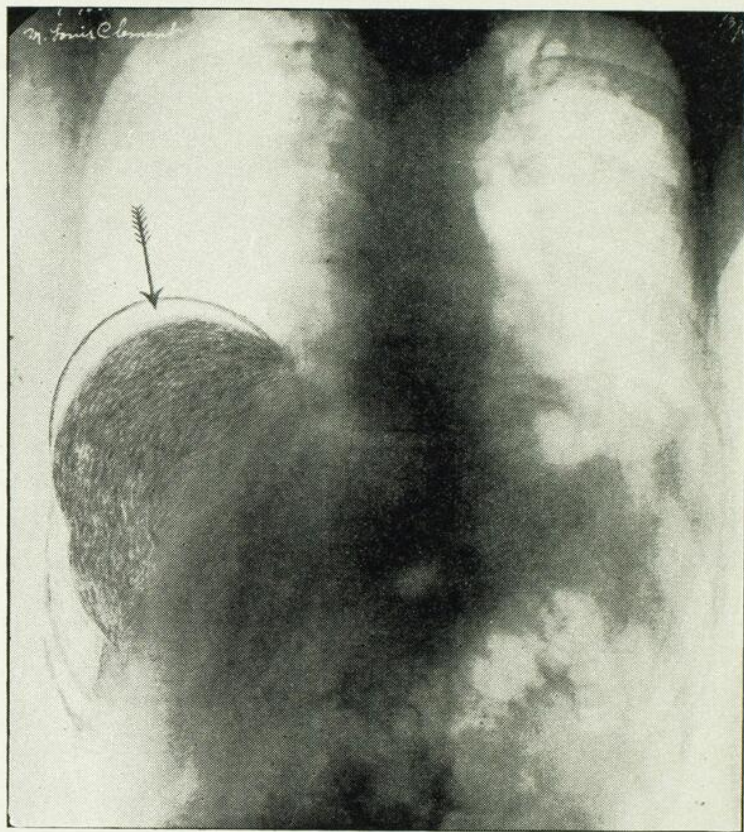
Diagnostic: Ulcère perforé de l'estomac.

Opération: Laparotomie médiane sus-ombilicale. Gaz et liquide siropulent libre dans la cavité abdominale. Péritoine rouge, dépoli et épaissi. Perforation sur le sommet d'un ulcus calleux situé sur le bord supérieur du versant pyroduodénal.

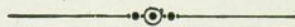
Galvano-cautérisation du pertuis. Suture double de la perforation. Epiploplastie, drainage du Douglas et du carrefour gastrohépatique. Fermeture de la paroi en trois places.

Suites opératoires: Sorti de l'hôpital guéri après 28 jours d'hospitalisation.

Comme vous pouvez le constater vous-même à la lecture de cette observation la symptomatologie générale présentée par ce malade n'est pas faite pour faciliter la tâche du médecin et poser le diagnostic de perforation gastrique.



Nous n'avons dû nous contenter des deux seuls symptômes que nous avons à notre disposition; la localisation du maximum de la douleur et la sonorité hépatique, cependant les rayons X sont venus à notre aide en nous démontrant que cette sonorité était bien due à des gaz libres dans la cavité péritonéale et non pas à la distension atonique du colon transverse.



ACTUALITÉS

NOS CONFRÈRES ET AMIS: LES MÉDECINS FRANCO-AMÉRICAINS DE LA NOUVELLE-ANGLETERRE

Ce fut pour moi toute une révélation que ce que j'ai vu et entendu à Providence, la jolie capitale du Rhode-Island, les 22 et 23 octobre dernier.

Parti de Montréal, la veille, avec mes collègues J.-A. Jarry, J.-A. Vidal et D. Marion, le voyage en automobile à travers le Vermont, le New-Hampshire, le Massachusetts et le Rhode-Island fut des plus agréables. Nous avons été invités, comme délégués de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, à une réunion des médecins de la Nouvelle-Angleterre, tenue à Providence, sous les auspices de la Société Médicale de Fall River, présidée par le Dr J. Normand.

Le Dr J.-D. Milot, l'actif secrétaire de la Société Médicale, avait tout prévu, et le succès remporté par cette première tentative de grouper tous les médecins de la Nouvelle-Angleterre prouva fort bien qu'il avait eu raison de compter sur ses collègues dont 75 répondirent à son appel.

La réunion scientifique et le banquet eurent lieu dans le magnifique hôtel « Le Biltmore ». Le Dr W. Rocheleau, de Woonsocket, qui présidait la séance scientifique, présenta les conférenciers.

Le Dr J.-A. Vidal, de l'hôpital du Sacré-Cœur, à Cartierville, fit un exposé très clair et précis des méthodes d'examen pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire tout à ses débuts. Il parla du rôle important du médecin de famille et ajouta que ce dernier pouvait reconnaître des lésions tuberculeuses au début s'il savait employer les moyens de diagnostic que la science médicale moderne met à la disposition de tous les praticiens.

Le Dr R. Provost, de New Bedford, Mass., présenta un travail très scientifique sur l'hystérie, son diagnostic différentiel et son traitement. Ce distingué neurologue et psychiatre intéressa fort son audi-

toire et il eut à répondre à plusieurs questions qui ne firent qu'accroître l'intérêt qu'avait suscité sa conférence.

Puis vint le Dr Marion, directeur du service d'obstétrique de l'hôpital Notre-Dame, de Montréal, qui passa en revue les causes de l'éclampsie et son traitement. Ce travail pratique intéressa beaucoup les nombreux médecins accoucheurs présents.

Une exposition de produits pharmaceutiques et d'instruments de chirurgie avait été organisée dans une salle voisine.

Je dois dire que tout le monde était content de ce premier contact scientifique si plein de promesses pour l'avenir.

Le banquet du soir, sous la présidence du Dr Paquet, de New Bedford, réunissait près de 75 médecins. J'imagine qu'on n'avait jamais vu, au « Biltmore », dîner si franchement gai, aussi exultant et aussi pétillant d'esprit et de belle humeur.

Le spirituel Président fut vivement applaudi lorsqu'il exposa avec chaleur les avantages de réunions semblables qui ne peuvent que resserrer les liens d'amitié qui existent, ou doivent exister, entre tous les médecins franco-américains de la Nouvelle-Angleterre et des Etats-Unis, et augmenter du même coup leur influence au point de vue social et professionnel. Il eut pour nous, venus du Canada, des mots charmants qui nous ont vivement touchés pendant que les applaudissements des convives nous allaient droit au cœur. Et, c'est ce que je leur ai dit lorsque le Président m'invita à prendre la parole. J'avais devant moi quelques contemporains et plusieurs de mes anciens élèves que j'étais si heureux de retrouver et, je dois ajouter, non sans une certaine émotion. J'ai dit que nous leur apportions, mes collègues et moi, une preuve du bon vouloir de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, dont plusieurs d'entre-eux étaient déjà des membres fidèles.

Nous songeons, plus que jamais, dans le Québec, à la possibilité de tenir un Congrès de notre Association dans la Nouvelle-Angleterre. Et pourquoi pas? Puisque près de 400 médecins de langue française sont groupés dans les principales villes ou municipalités de la Nouvelle-Angleterre où se multiplie sans cesse une population déjà nombreuse de franco-américains.

Mon collègue Jarry, qui présida avec tant de succès, à Montréal, en septembre dernier, le XIV^e Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, fut ensuite invité à prendre la parole. Il dit, qu'en effet, les membres de l'Exécutif de notre Association nourrissent l'espoir de tenir, dans un avenir assez rapproché, leur Congrès aux Etats-Unis; « Il n'en tient qu'à vous,

mes chers confrères, dit-il. Continuez le beau geste que vous faites en ce jour inoubliable, groupez vos énergies et, le jour venu, ce sera bientôt je l'espère, l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord tiendra chez-vous son premier congrès américain, et vous verrez que ce sera un grand succès ». Le Dr Jarry ajouta que les médecins de Québec viendront en grand nombre l'an prochain à la première réunion de l'Association des Médecins Franco-Américain qui venait d'être fondée.

Le Président et les invités étaient placés à la table officielle, cependant que les autres convives occupaient, par groupes de 4 ou 6, des petites tables placées en face. Le Président invita, au cours du banquet, un confrère de chaque table à présenter ses compagnons, et ce fut là une occasion nouvelle d'applaudir à chacun des noms qui rappelaient aux uns et aux autres des souvenirs et de vieilles amitiés.

Plusieurs médecins franco-américains prirent ensuite la parole. L'excellent poète, le Dr Georges Boucher, de Brockton, nous lut des vers exquis et de fort belle allure. Le Dr Maynard, le Dr Dumouchel, le Dr Dufault, le Dr Pelletier et quelques autres insistèrent sur la nécessité pour tous de se grouper en Association des Médecins Franco-Américains; et je suis heureux de dire que cette Association a été fondée le même soir au milieu du plus grand enthousiasme et que les médecins suivants ont été élus à l'unanimité pour faire partie de son premier bureau exécutif: Président: M. le Dr W. Rocheleau, de Woonsocket; Vice-Président: M. le Dr J.-C.-E. Tassé, de Worcester, Mass; Secrétaire: M. le Dr Guyon Dupré, de Woonsocket. Nous leur avons offert, mes collègues et moi, nos félicitations et nos meilleurs vœux de succès.

J'ai vu, ce soir-là, un médecin franco-américain de haute stature, aux larges épaules et dont la figure empreinte d'énergie et de franchise souriait avec joie pendant qu'il étreignait avec force les mains de ses confrères qui le félicitaient..... et c'était le Dr J.-D. Milot, de Fall River, le premier qui eut l'idée de cette belle fête et qui sut, avec le charme persuasif et l'énergie infatigable qui le caractérisent, en faire un grand succès.

Je ne voudrais pas terminer cet article sans rappeler le plaisir que nous avons eu de rencontrer, à Woonsocket, quelques-uns des officiers de l'Union Saint-Jean-Baptiste d'Amérique. Ce fut, en effet, au bureau-chef de cette grande association que nous avons été reçus par son Président, M. Henri-T. Ledoux, entouré de quelques-uns de ses collègues: MM. Armand Bonvouloir, trésorier, Gosselin et G. Filteau, secrétaires, E.-L. Jalbert, avocat-conseil, le Dr F.-A. Ruest,

médecin-reviseur. Nous avons, en leur compagnie, fait la visite de la salle du conseil, de la bibliothèque et de ses dépendances, du département de l'assurance et de la comptabilité, avec ses nombreux employés, le bureau du secrétaire-général, M. Elie Vézina, que la maladie retenait chez lui. Il nous fut possible de prendre congé de nos hôtes qu'après l'excellent déjeuner si aimablement offert par le Président-Général, M. Henri-T. Ledoux.

Le soir du même jour nous étions reçus à dîner au Rutland State Sanatorium par son Directeur-Général, le Dr Emerson. Nous devons ce privilège à notre excellent ami, le Dr Paul Dufault, assistant-directeur et aux Drs Laroche et Nadeau, médecins du Sanatorium. Nous fîmes, en compagnie de ces messieurs, la visite de cette importante institution qui fut l'une des premières du genre construites aux Etats-Unis pour l'hospitalisation et le traitement des tuberculeux pulmonaires.

Au cours de notre voyage de retour nous nous sommes félicités, mes collègues et moi, d'avoir eu l'heureuse idée d'aller à Providence rencontrer nos confrères franco-américains, et nous nous sommes bien promis d'y retourner en 1937, mais en plus grand nombre cette fois, pour mieux prouver à ces chers amis en quelle haute estime nous les tenons tous, et applaudir au succès que remportera sûrement la nouvelle Association Médicale Franco-Américaine.

J.-E. DUBE.



MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DES RHINO-PHARYNGITES DU NOURRISSON

L'importance des rhino-pharyngites du nourrisson est considérable dans la pratique: ces infections sont en effet à l'origine de la plupart des affections graves de l'appareil respiratoire.

Le diagnostic en est facile. Dans *les formes aiguës*, l'enfant présente de la gêne respiratoire nasale, un écoulement séreux, purulent ou sanguinolent des narines, à titre plus exceptionnel des croûtes jaunâtres ou noirâtres obstruant plus ou moins complètement l'orifice des fosses nasales; le pharynx est rouge, parfois tapissé de muco-pus. La température est peu élevée. L'enfant tousse. Lorsque les sécrétions du rhino-pharynx sont abondantes, le nourrisson qui ne peut cracher déglutit le mucus pharyngé et présente alors, à la suite de cette mucophagie, soit des vomissements avec glaires, soit de la diarrhée à selles muqueuses. Dans la plupart des cas, en raison de l'obstruction nasale, l'enfant boit difficilement et ne vide pas ses biberons. Mais l'état général n'est pas altéré, l'amaigrissement est peu marqué. Il faut quand même surveiller de très près le malade, car cette rhino-pharyngite, d'apparence banale, peut se compliquer, si elle est négligée, non seulement de bronchite ou d'otite, mais même de broncho-pneumonie, de pleurésie purulente, de mastoïdite, de méningite.

Dans *les formes sub-aiguës ou chroniques* se traduisant par de la gêne respiratoire habituelle et un coryza particulièrement tenace, le médecin pensera aux végétations adénoïdes, si le nourrisson a du ronflement nasal pendant son sommeil et s'il respire presque constamment la bouche ouverte. Il ne devra, toutefois, en faire le diagnostic qu'après un toucher du cavum pharyngien. Chez le nouveau-né, dans les premières semaines, lorsque le coryza est purulent, qu'il s'accompagne de suintement sanguin, de fissures des bords des narines, de croûtes et d'effondrement de la racine du nez, il pourra conclure à l'existence de la syphilis congénitale. Enfin, dans les agglomérations de nourrissons et dans les maternités, quand le coryza est unilatéral, séro-sanguinolent et qu'il se complique d'une érosion sous-narinaire avec érythème de la lèvre supérieure, il devra songer à la diphtérie nasale (1), mais n'en affirmer le diagnostic qu'après un examen bactériologique sérieux.

(1) Paul LETONDAL. — Note sur la fréquence de la diphtérie nasale du nourrisson à l'hôpital Sainte-Justine. *L'Union Médicale du Canada*. Tome LVII, octobre 1928, no 10, p. 584.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

La cause de la presque totalité des cas de rhino-pharyngite chez le nourrisson est la contagion inter-humaine, par l'intermédiaire de sujets atteints de coryza. Il s'en suit qu'on devra, autant que possible, éviter aux nourrissons tout contact avec des enfants ou des adultes souffrant de coryza.

TRAITEMENT CURATIF**I. — FORMES AIGUËS****A) Traitement général****a) Régime alimentaire:**

- 1° Si l'enfant n'a pas de troubles digestifs, ne rien changer à son alimentation habituelle, mais lui donner largement de l'eau bouillie sucrée entre les repas.
- 2° S'il a des vomissements et de la diarrhée avec anorexie traduisant une véritable intolérance alimentaire, substituer à son régime la formule suivante:

Lait . . . 10 onces
Eau . . . 20 onces

Faire bouillir l'eau, ajouter le lait, et faire bouillir ensemble le mélange trois minutes, en agitant continuellement.

On fera prendre à l'enfant 150 c.c. par kilo et par 24 heures de cette formule que l'on répartira en repas si possible toutes les quatre heures.

En général, après deux jours de ce régime, l'appétit revient, les troubles digestifs sont disparus et l'on peut reprendre progressivement l'alimentation normale.

De toute façon, même si les troubles digestifs persistent, il faut au bout de quarante-huit heures procéder à la réalimentation, si l'on ne veut réaliser une véritable « inanition hippocratique ».

- 3° Chez les enfants très maigres ou débiles, le mieux est de donner du lait acidifié complet (2).

b) Médication externe:

On luttera contre la température par des bains chauds (de 5 à 10 minutes) matin et soir, ou par des enveloppements humides, tièdes de la poitrine, renouvelés toutes les deux heures.

(2) Paul LETONDAL. — Le lait acidifié dans l'alimentation des nourrissons. *L'Union Médicale du Canada*, Tome LXV, novembre 1936, n° 11, p. 1105.

c) **Médication interne:**

1° Lorsque les selles sont glaireuses, il est indiqué de purger l'enfant. Le mieux, en pareil cas, est d'administrer de l'huile de ricin, le matin à jeun, à la dose de 2 grammes par année d'âge, soit entre deux jus d'orange, soit aromatisée avec un sirop:

Huile de ricin 5 grammes
Sirop de framboise 15 grammes
1 c. à thé = 1 gramme.

2° En cas de toux marquée, s'il n'y a rien aux poumons, donner la potion suivante:

Antipyrine 2 grammes, 50
Sirop de fleurs d'oranger . . . 100 c.c.
Eau distillée, q.s.p. 150 c.c.
De 0 à 6 mois: 1 c. à thé 3 fois par jour.
De 6 à 12 mois: 1 c. à thé toutes les 3 heures.

B) Traitement local

1° Dans le coryza séreux, faire des instillations nasales avec:

Eucalyptol 0 gr, 10
Huile de vaseline 10 c.c.

2° Lorsque le coryza devient purulent, remplacer l'huile eucalyptolée par:

Néosilvol 1 gramme
Eau distillée 10 c.c.

3° Contre l'obstruction nasale, mettre dans chaque narine:

Sol. d'adrénaline au 1/1000^e X gouttes
Sérum physiologique 10 c.c.

II. — FORMES SUB-AIGUËS ET CHRONIQUES:

1° S'il existe des végétations adénoïdes, on n'hésitera pas à en pratiquer l'ablation, quel que soit l'âge de l'enfant.

2° Dans le coryza syphilitique, en plus du traitement général de la spécificité, mettre à l'orifice de chaque narine un peu de la pommade suivante:

Calomel 0 gr, 10
Vaseline 10 grammes

3° Lorsque le coryza est de nature diphtérique, faire non seulement de la sérothérapie, mais aussi des instillations nasales avec:

Novarsénobenzol 0 gr, 15
Eau distillée 2 c.c.

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

LES CONGRÈS

1936

Il convient de donner un bref compte rendu des travaux des principaux Congrès qui ont pu intéresser les médecins canadiens-français en 1936. L'espace restreint dont nous disposons nous force de faire certaines omissions, mais nous pouvons, néanmoins, énumérer et commenter brièvement les activités les plus importantes de ces Congrès.

L.

LE XIV^e CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD

Montréal, 7-10 septembre 1936.

Présidence du Professeur JARRY.

Le XIV^e Congrès de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord s'est ouvert à Montréal, le 7 septembre, sous le haut patronage de S. Exc. le Très Honorable lord Tweedsmuir, gouverneur général du Canada, et sous la présidence du professeur J.-A. Jarry (Montréal).

L'ouverture officielle fut faite par l'Honorable M. J.-H.-A. Paquette, médecin, ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et de l'Hygiène, de la province de Québec.

Les discours d'ouverture furent prononcés par MM. Paquette, Jarry et Sorel, délégué officiel de France.

Première Question-Rapport

J.-Ed. SAMSON (Montréal): **Tuberculose de la hanche.**

La fréquence de la coxalgie chez l'enfant, la gravité de son pronostic, les infirmités qu'elle détermine, voilà quelques raisons qui méritent de fixer notre attention pendant quelques instants.

L'enfant est le principal candidat à la coxalgie. Le remaniement osseux incessant de la hanche à la période de croissance détermine un état congestif favorable au développement du bacille tuberculeux.

Convenablement traitée, la coxalgie prend, chez l'enfant, le caractère cyclique suivant:

- Première année: invasion;
- Deuxième année: destruction;
- Troisième année: réparation;
- Quatrième année: guérison.

L'étude de la radiographie confirme les données cliniques et permet de suivre les diverses phases d'évolution de la maladie.

Statistiques personnelles de tuberculose des grandes articulations.
(cutive aux ostéites cotyloïdienne).

Colonne vertébrale	307 cas, soit 27.90%
Genou	306 — — 27.80%
Hanche	306 — — 27.80%
Cou-de-pied	95 — — 8.63%
Coude	35 — — 3.18%
Epaule	27 — — 2.45%
Poignet	24 — — 2.18%

Total 1,100 cas.

Diagnostic.

La *coxalgie, forme ordinaire*, peut prêter à confusion avec un certain nombre d'autres maladies que nous ne ferons qu'énumérer: ostéochondrite, arthrite juvénile déformante, arthrite traumatique, coxa-vara des adolescents, ostéite de croissance, ostéite kystite, arthrite syphilitique, arthrite mycosique, arthrite hémophilique, ostéites juxta ou para-articulaires.

La *coxalgie aiguë* doit être différenciée d'avec: l'arthrite rhumatismale, l'arthrite gonococcique, l'arthrite aiguë du nourrisson, le rhumatisme infectieux, l'ostéomyélite aiguë, l'entorse grave, la psosite inflammatoire ou infectieuse primitive.

Traitement.

Le traitement médical s'impose dans tous les cas.

Chez l'enfant, il est le seul à conseiller, avec l'immobilisation locale, pendant toute la période active de la maladie. Cependant, sous le coup d'une menace de fistulisation imminente, impossible à prévenir, nous n'hésitons pas à intervenir immédiatement. L'expérience nous a démontré que, même réalisée dans ces conditions défavorables, l'arthrodèse fournit encore de bons résultats, alors que l'on connaît trop, hélas! les conséquences fâcheuses d'une coxalgie fistulisée infectée secondairement.

Chez l'adulte, l'arthrodèse se pratique à toutes les périodes de la maladie, lorsque le patient présente les conditions requises. Il est cependant préférable d'immobiliser le membre malade dans un plâtre quelques mois avant l'intervention.

La fistule infectée secondaire est une contreindication formelle à l'arthrodèse.

Arthrodèses dans la coxalgie en évolution.
(95 cas.)

<i>Féminin.</i>		<i>Masculin.</i>	
De 1 an à 10 ans	13	De 1 an à 10 ans	3
De 10 ans à 20 ans	25	De 10 ans à 20 ans	23
De 20 ans à 30 ans	8	De 20 ans à 30 ans	16
De 30 ans à 40 ans	4	De 30 ans à 40 ans	2
		De 40 ans à 50 ans	1
Total	50	Total	45

Résultats.

Guérison avec ankylose osseuse	74
Guérison avec pseudarthrose	8
Guérison après fistulisation prolongée	6
Evolution non modifiée par l'arthrodèse	2
Décès	5
Total	95

Variétés d'arthrodèses.

Les divers modes d'arthrodèse peuvent se résumer à trois:

L'arthrodèse extra-articulaire;

L'arthrodèse intra-articulaire;

L'arthrodèse mixte.

1° *L'extra-articulaire* comprend elle-même deux méthodes: la para-articulaire et la juxta-articulaire. La *para-articulaire* consiste à relier le grand trochanter à l'os iliaque par un pont osseux résistant, condition essentielle réalisée habituellement par l'hypertrophie physiologique du greffon. Ce dernier peut, il est vrai, se fracturer à sa partie centrale ou ne pas se souder à ses extrémités, complications rares, du reste sans caractère de gravité, puisqu'une simple immobilisation prolongée guérit la fracture, alors qu'une petite retouche consolide la pseudarthrose. Cette méthode offre de grands avantages: solidité de l'ankylose, simplicité, sécurité d'exécution parce qu'à distance du foyer. Aussi est-elle tout indiquée lorsqu'on se propose d'opérer une coxalgie en évolution. La juxta-articulaire oriente différemment le greffon, dont la partie centrale est couchée à plat sur la face supérieure du col dénudé. L'ouverture de la capsule fait que cette méthode n'est pas strictement extra-articulaire et expose, théoriquement du moins, à la fistulisation. En pratique, elle fournit de beaux résultats.

2° *L'intra-articulaire*, excellente méthode réalisée pour la première fois par Albee en 1908, permet l'exploration complète de l'articulation, l'évaluation des dégâts, l'ablation des tissus tuberculés: synoviale, séquestres, la taille et la bonne adaptation des surfaces osseuses, le remplissage de la cavité par des greffes osseuses souples.

Le danger de fistulisation et de généralisation tuberculeuse est beaucoup plus fictif que réel si, au cours de l'intervention, l'on a soin de ne pas infecter son malade.

3° *L'arthrodèse mixte* comprend les deux méthodes précédentes. Ses beaux résultats expliquent bien la préférence que lui donnent bon nombre de chirurgiens dans le traitement des séquelles.

Séquelles.

Ankylose, pseudarthrose, hanche ballante, sont les modes de terminaison habituelle de la coxalgie.

L'*ankylose* en bonne attitude est considérée comme un bon résultat. En mauvaise position, elle commande une ostéotomie de redressement.

La *pseudarthrose* peut être extra ou intracotyloïdienne.

METHODE DE WHIPPLE

HEPATHERMO

DESCHIENS



Extrait concentré hydrosoluble de foie de veau
Forme ampoule-Forme sirop

**SYNDROMES
ANÉMIQUES**

PULMO-BAILLY

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

Phospho-Gaïacolate de Codéïne

ASSURE :

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

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

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

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

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



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

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

L'*extracotyloïdienne*, résultat habituelle de la destruction de la tête, du col, du cotyle, donne une déformation et un raccourcissement ordinairement incompatible avec l'usage de ce membre. Deux procédés sont alors à la disposition du chirurgien:

1^o Ankylose à l'endroit même de la pseudarthrose;

2^o Ankylose après réduction de la luxation.

Ce dernier mode, qui permet de corriger, en une seule fois, l'attitude vicieuse et le raccourcissement, est une intervention plus mutilante et, de ce fait, ne doit s'appliquer que chez le patient qui présente un très bon état général.

La pseudarthrose intracotyloïdienne donne un mouvement étendu, utilisé souvent avec avantage par le patient, mais qui, en raison même de son étendue, expose aux entorses, aux récidives fréquentes. C'est ici que l'arthrodèse mixte trouve ses plus belles indications.

L'opération de Robertson-Lavallé, tombée dans l'oubli depuis la publication d'échecs retentissants, a peut-être été jugée un peu hâtivement et trop sévèrement. Cette méthode, appliquée au début de la tuberculose osseuse, alors que, cependant, le diagnostic de tuberculose était indiscutable, nous a donné un certain nombre de bons résultats.

La résection de la hanche se pratique de moins en moins depuis qu'une meilleure compréhension du traitement prévient les complications fâcheuses de la coxalgie.

La désarticulation, faite seulement dans les cas de profonde intoxication, exige, en raison du shock qu'elle détermine, une préparation soignée du malade.

La coxalgie double pose toujours un problème difficile à résoudre. Ici, il faut encore chercher à guérir les deux hanches par ankylose, quitte à redonner, plus tard, le mouvement à l'une d'elles par reconstruction de Whitman ou par arthroplastie.

Séquelles de coxalgie.

(116 cas.)

Arthrodèses.

Pseudarthrose extracotyloïdienne	28
Pseudarthrose intracotyloïdienne	14
Hanche ballante	2
Ankylose fibreuse lâche	2
Total	46

Résultats.

Ankylose osseuse	43
Pseudarthrose	2
Décès	1
Total	46

Reconstruction de Whitman.

Reconstruction pour coxalgie double	4
Reconstruction pour pseudarthrose extracotyloïdienne	6
Reconstruction pour pseudarthrose intracotyloïdienne	3
Total	13

Résultats

Mouvements étendus indolores	11
Mouvements étendus douloureux	1
Réveil de tuberculose	1
Total	13

Ostéotomie sous-trochantérienne.

(pour ankylose osseuse)
(57 cas.)

Bons résultats	57
--------------------------	----

Seules, les séquelles douloureuses ou gênantes méritent un traitement chirurgical.

Prof. Etienne SORREL: Tuberculose de la hanche.

On sait actuellement beaucoup mieux qu'autrefois reconnaître et traiter une coxalgie, et ces acquisitions sont de date relativement récente.

Reconnaître une coxalgie se fait en partie, aujourd'hui, grâce à la radiographie; or ce n'est que depuis quelques années que l'on connaît bien les différents aspects radiographiques sous lesquels se présente une coxalgie, suivant le moment de son évolution.

Ce n'est donc que depuis un temps relativement assez court qu'on la distingue facilement d'un certain nombre d'affections avec lesquelles on pouvait la confondre jusqu'ici, telles que les luxations congénitales, les coxavara rachitiques et congénitales, et surtout toutes ces déformations si nombreuses pendant l'adolescence (coxa-vara, coxa-plana, arthrite déformante juvénile, etc.), que nous désignons sous le nom vague de *dystrophie de croissance*. Ce sont des diagnostics de grande importance, car le pronostic et le traitement sont tout différents dans ces divers cas, et si les seuls signes cliniques et radiographiques ne permettaient pas de les faire, il faudrait pratiquer une biopsie de l'articulation de la hanche, c'est-à-dire prélever sous anesthésie de petits fragments de l'os pour les examiner, les cultiver et les inoculer à un cobaye.

Grâce à la radiographie, on a pu ainsi séparer de la coxalgie toute une série d'*ostéites tuberculeuses para-articulaires* (ostéite du pubis, de l'ischion, du trochanter) ou *juxta-articulaires* (ostéite du col fémoral ou du rebord cotyloïdien) qui menacent l'articulation, mais qu'une intervention faite à bon escient permet de guérir avant que l'articulation ne soit envahie.

UN CONFORT POUR LES PATIENTS ÂGÉS

Comme nourriture supplémentaire entre les repas durant le jour, — nourriture que l'estomac le plus délicat accepte bien, et dont tous, jeunes ou vieux, jouiront du confort et de la saveur — et comme « bonnet de nuit », immédiatement avant le coucher, recommandez



OVALTINE

Aliment - Tonique - Liquide



PIPÉRAZINE

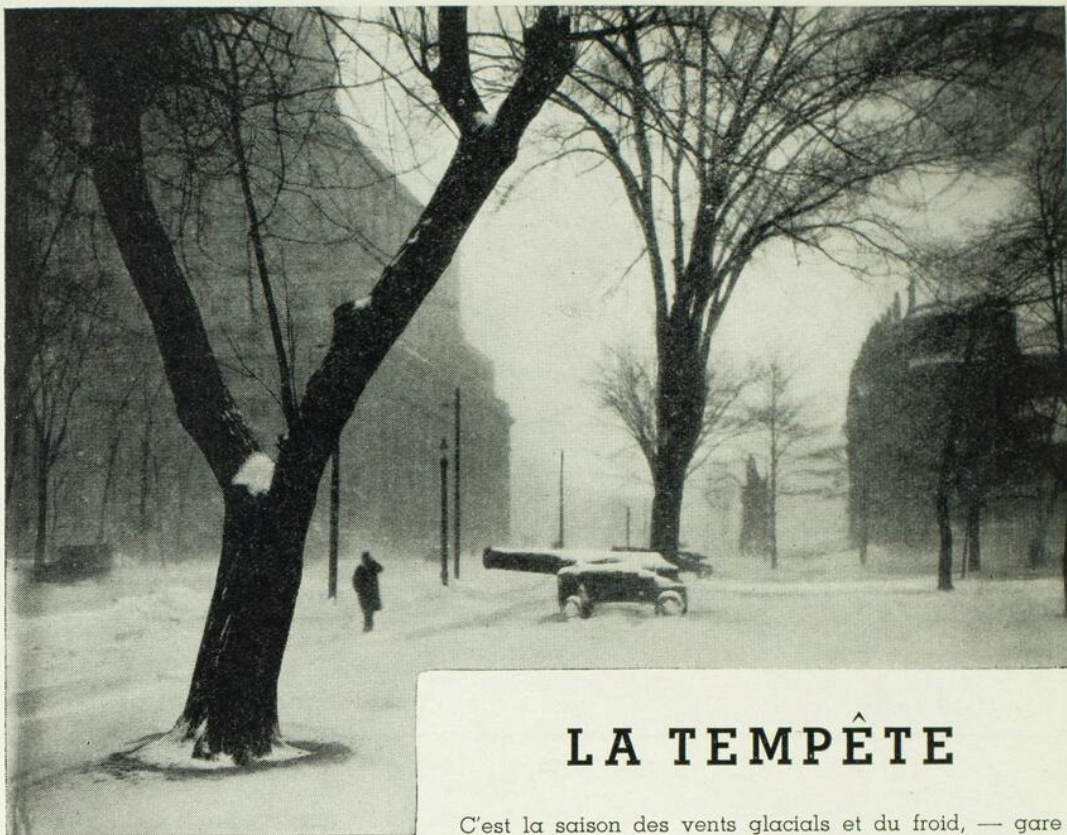
MIDY

“ ANTI-URIQUE TYPE ”

LABORATOIRES DE LA PIPÉRAZINE MIDY
New Birks Bldg. MONTREAL

2 à 4 cuillerées à café par jour.





LA TEMPÊTE

C'est la saison des vents glacials et du froid, — gare aux imprudents qui ont une résistance amoindrie aux infections respiratoires et qui ont toujours été un problème sans fin pour le médecin.

L'expérience clinique nous donne raison de croire, cependant, que les vitamines A et D augmentent la résistance aux infections épithéliales.

Les Alphamettes présentent un mode efficace pour la thérapeutique par les vitamines A et D. Ces capsules contiennent un extrait concentré et dégraissé d'huile de foie de morue dans la même proportion qu'à l'état nature, — un avantage démontré par l'expérience clinique. Chaque petite capsule de trois minimes renferme la teneur vitaminique * de 4½ cuillerées à thé d'huile de foie de morue conforme aux exigences de la Pharmacopée des Etats-Unis, XIe édition.

La dose prophylactique habituelle est d'une à trois capsules par jour.

**10,000 unités internationales de vitamine A et 1,750 de vitamine D dans chaque gramme.*

AYERST, McKENNA & HARRISON
LIMITÉE

Biologistes et Pharmaciens

MONTREAL

CANADA

ALPHAMETTES

De même chez l'adulte, on peut maintenant reconnaître assez aisément les *arthrites sèches*, qui exigent un traitement tout autre que celui des coxalgies.

Au point de vue du diagnostic, les acquisitions récentes sont donc importantes.

Le *traitement* de la coxalgie aussi a fait des progrès considérables. Tout d'abord, on connaît mieux aujourd'hui la valeur du traitement général et en particulier du *traitement climatique* dans le traitement des tuberculoses osseuses. Placée dans un sanatorium marin, en faisant régulièrement de l'héliothérapie, le coxalgique guérira beaucoup mieux et beaucoup plus sûrement que s'il reste dans un hôpital urbain; mais surtout on a mis au point un *traitement chirurgical* des coxalgies qui permet d'obtenir des résultats très supérieurs à ceux obtenus jadis. Certes, ces opérations ne doivent être faites qu'avec discernement et leurs indications doivent être minutieusement posées; elles seront, par exemple, beaucoup moins souvent utiles chez l'enfant que chez l'adulte. Le procédé opératoire aussi devra être choisi avec soin; il ne sera pas le même lorsqu'il s'agira de traiter une coxalgie en évolution et lorsqu'il s'agira de traiter les séquelles qu'une coxalgie depuis longtemps éteinte a laissées derrière elle. Mais ce sont là des questions de pure technique qui ne doivent préoccuper que les chirurgiens spécialistes qui appliqueront ces traitements, et ce que les médecins praticiens doivent retenir, c'est qu'il existe actuellement des méthodes chirurgicales nouvelles parfaitement précises et bien mises au point, dont une assez longue expérience déjà a montré la valeur, et qui permettent, dans bien des cas, d'améliorer considérablement le pronostic si sévère autrefois des coxalgies.

Tant au point de vue du diagnostic qu'au point de vue du traitement, la question de la coxalgie s'est donc notamment transformée depuis quelques années, et l'on doit s'en féliciter, car c'est une affection malheureusement fréquente et dont le pronostic est grave, si un traitement judicieux n'est pas rapidement appliqué.

Discussion: J.-Calixte FAVREAU (Montréal):

Entre les interventionnistes à outrance et les conservateurs entêtés. M. Favreau donne raison aux interventionnistes mitigés. Il ne faut pas intervenir pendant la période de bacillémie tuberculeuse, ni pratiquer les interventions intrafocales. M. Favreau s'appuie sur l'expérience d'une cinquantaine de cas, en majorité des enfants. En résumé, voici ses conclusions: 1° le traitement local de la coxalgie doit être l'immobilisation en décubitus dorsal pendant environ trois ans; 2° la chirurgie extrafocale conservatrice est une thérapeutique utile pour l'adulte, mais non pour l'enfant de moins de douze ans; 3° l'arthrodèse tardive est une intervention qui trouve son indication chez tout malade guéri, mais souffrant de ces séquelles tenaces des hanches mobiles (antalgie, abcès à répétition, attitudes vicieuses, etc); 4° une chirurgie conservatrice intrafocale peut devenir utile dans certains cas, mais elle ne doit jamais être pratiquée avant la fin de la deuxième année; 5° le traitement général par des moyens climatiques, médicamenteux, alimentaires et disciplinaires ne doit jamais être négligé.

J.-O. ROGER (Québec) : **Discussion sur les coxalgies** (Tuberculose consécutive aux ostéites cotyloïdienne).

M. Roger fait part de trois observations consécutives aux ostéites du toit cotyloïdien. Il croit que si ces malades étaient vus dès les premiers symptômes, ces observations seraient plus fréquentes. Il tire les conclusions suivantes :

1° La longueur et la bénignité apparente de la phase pré-articulaire. Il s'ensuit que le médecin non averti se croit en présence de troubles de croissance et qu'il laisse passer la période pendant laquelle une intervention curative est encore possible dans certains cas ;

2° La brutalité et la gravité des symptômes locaux et généraux lorsque l'infection se communique à l'articulation ;

3° La destruction étendue et particulièrement rapide du cotyle et de la tête fémorale. Dans ces cas d'ostéite cotyloïdienne, M. Roger reste partisan du traitement chirurgical chaque fois que la lésion est accessible.

Deuxième Question-Rapport

Emile SERGENT, Henri DURANT et Raoul KOURILSKY :

Formes anatomo-cliniques et diagnostic des abcès pulmonaires.

Dans ce travail, le professeur Sargent et ses élèves attirent l'attention sur la nécessité d'une collaboration étroite entre médecins et chirurgiens pour le traitement des suppurations broncho-pulmonaires.

L'étude des abcès pulmonaires est inséparable de celle des suppurations bronchiques. Les suppurations broncho-pulmonaires peuvent être réparties en deux grandes catégories : les suppurations diffuses et les suppurations collectées.

Classification générale des abcès pulmonaires. — Il existe deux catégories principales : les abcès simples et les abcès compliqués. Dans les abcès simples, nous retrouvons : a) les abcès amibiens ; b) les abcès à pyogènes et c) les abcès putrides d'emblée.

Les abcès compliqués comprennent les abcès simples passés à l'état chronique et les abcès associés à l'existence concomitante d'une autre affection : tels les abcès à l'évolution de bronchiectasies, à la présence d'un épanchement pleural, à l'éclosion d'une tuberculose.

L'abcès amibien du poumon est rare et disparaît lorsque traité par l'émétine.

Les abcès à pyogènes peuvent guérir spontanément, mais il faut aussi prévoir le passage de l'abcès à l'état chronique ; cette éventualité est possible dans un cinquième des abcès à pyogènes.

Les abcès putrides d'emblée représentent la forme clinique actuellement la plus fréquente. La guérison spontanée de ces abcès survient dans 30% des cas environ.

Une notion capitale est celle du délai de la guérison. Lorsque celle-ci survient spontanément, c'est entre six semaines à deux mois, quel que soit l'agent pathogène qui a déterminé l'abcès. Il est évident que, pour éviter le déroulement progressif d'une évolution chronique, l'intervention chirurgicale

doit avoir lieu à cette date et non plus tard, sous peine d'être de plus en plus difficile et aléatoire.

Toute suppuration pulmonaire qui n'a pas guéri spontanément ou par le traitement médical, dans un délai de six semaines à deux mois à dater du début de la maladie, doit être traitée chirurgicalement par action portée directement sur le foyer.

CHEVALIER JACKSON et CHEVALIER L. JACKSON (de Philadelphie):

La bronchoscopie comme aide dans le diagnostic et le traitement de l'abcès pulmonaire.

Les rapporteurs déplorent le fait qu'au début on ait publié tant de rapports sur les résultats heureux obtenus par le traitement bronchoscopique de l'abcès du poumon.

Ces observations cliniques étaient justes et apportaient une importante contribution à la littérature médicale, mais ces rapports ont créé l'impression que la bronchoscopie était invoquée comme la panacée universelle de la suppuration pulmonaire. Cet état d'esprit était erroné et il importe de le rectifier.

Le bronchoscope est un spéculum et sa relation vis-à-vis de la maladie pulmonaire est la même que celle du spéculum vaginal vis-à-vis de la suppuration pelvienne. Cela signifie que le gynécologue peut trouver: *a*) des conditions qui ne requièrent rien moins qu'une attention et une direction médicales; ou *b*) des conditions qui requièrent une aspiration; ou *c*) une suppuration qui peut être drainée efficacement avec l'aide du spéculum vaginal. Mais il éprouve qu'en toute circonstance l'étude de sa malade est incomplète sans l'examen au spéculum. Le bronchoscope, il est vrai, ne peut pénétrer dans les bronchioles périphériques, mais le gynécologue lui aussi ne peut voir à l'intérieur des annexes. Par ailleurs, le bronchoscope peut, à l'aide du réflexe tussigène comprimant l'éponge pulmonaire, enlever le pus et les sécrétions de la périphérie du poumon. On a affirmé que le lobe supérieur ne pouvait être drainé par un bronchoscope droit et rigide. C'est une erreur. Des tubes aspirateurs vertébrés peuvent être introduits et contourner l'angle jusque dans le lobe supérieur, mais ils ne sont nécessaires que dans les cas d'obstruction des bronches du lobe supérieur. Dans tous les autres cas, la compression tussigène chasse le pus vers le bas, dans les troncs bronchiques, d'où il est aspiré sans délai.

Mais la bronchoscopie ne constitue pas à elle seule une méthode de traitement, c'est simplement un adjuvant dans le diagnostic et le traitement.

Nous croyons qu'il est universellement admis que la bronchoscopie, considération faite de la condition pour laquelle elle est appliquée, ne comporte aucun risque de mortalité.

Tout patient atteint d'une lésion pulmonaire peut mourir d'hémorragie, qu'il ait subi ou non une bronchoscopie; si une hémorragie survient après une bronchoscopie; il serait injuste d'attribuer l'issue fatale à cette intervention. En réalité, dans aucun cas de maladie pulmonaire, nous n'avons encore rencontré une telle issue.

La bronchoscopie pour l'aspiration des abcès du poumon peut être répétée deux fois par semaine, si on le juge nécessaire. On rapporte des cas qui

illustrent l'utilité du bronchoscope comme aide dans le diagnostic et le traitement des abcès pulmonaires.

Un des services importants rendus par le spéculum bronchoscopique est celui de l'étude de la pathologie chez chaque malade en particulier: c'est la pathologie vivante.

Norman BETHUNE, chef de la division de chirurgie thoracique et de bronchoscopie à l'hôpital du Sacré-Coeur, Cartierville;
et Georges DESHAIES, assistant:

Abcès du poulmon. Traitement chirurgical.

Cette affection est d'une extrême fréquence, mais elle se rencontre plus couramment de nos jours qu'au siècle dernier. Les causes invoquées en faveur de cette recrudescence sont le nombre progressif des opérations chirurgicales et en particulier de celles qui portent sur les organes bucco-naso-pharyngés et abdominaux, si souvent compliquées de suppuration pulmonaire, et une meilleure connaissance de cette entité morbide grâce à la radiographie.

C'est une maladie très grave: mortalité, 35 à 50%. On rencontre une issue fatale, d'après René Fontaine, de Strasbourg, dans la proportion de 80%. C'est pour cette raison que les médecins et les chirurgiens ont travaillé sans relâche au perfectionnement des méthodes de diagnostic et de traitement. La radiographie et la radioscopie sont indispensables au diagnostic exact des suppurations pulmonaires. Différents procédés chirurgicaux sont employés dans les abcès pulmonaires et notamment les moyens de drainage interne et externe.

Certaines méthodes (pneumothorax artificiel et décollement intrapleurale) ne donnent pas de bons résultats; les procédés de choix sont ceux du drainage interne et externe. La bronchoscopie permet d'aspirer le pus des bronches. Quant aux procédés de chirurgie, ce sont des interventions très graves et difficiles; cependant, depuis quelques années, une amélioration sensible s'est effectuée au point de vue technique opératoire et il semble que le jour est proche où ces interventions pourront être pratiquées sans faire courir de trop grands risques aux malades.

Discussion: Professeur ARCHIBALD: Abcès du poulmon.

Je crois que le moment est venu de faire un effort vers la simplification. Le terme « abcès du poulmon » comporte encore, pour le praticien, une idée assez confuse en ce qui concerne la pathologie, l'étiologie et le traitement chirurgical. Pratiquement, on peut laisser à part les abcès tuberculeux, actinomycosiques, amibiens et autres, spécifiques ou très rares. Après tout, la grande majorité des abcès du poulmon sont ceux qu'on appelle « non tuberculeux », et ce qui importe pour le praticien, c'est de connaître la pathologie de ces abcès non tuberculeux. Donc, je propose la classification suivante:

- 1° Abcès solitaire, par embolie;
- 2° Abcès broncho-pneumonique, par aspiration.

Il y a deux causes principales des infections purulentes du poulmon:

Embolie pyogène, venant d'un foyer infectieux lointain et aspiration de matières irritantes et infectées par la trachée et par les bronches. Ces matières

LABORATOIRE NATIVELLE

27, Rue de la Procession, PARIS (15^e)

NATIBAÏNE

ASSOCIATION DE

1/3 de DIGITALINE NATIVELLE

ET DE

2/3 d'OUABAÏNE ARNAUD

Draeger

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



ARMAND MERCIER

E.-E. DION

FOURRURES DE HAUTE QUALITÉ

Spécialité :
Fourrures exclusives
pour le médecin et
sa famille.

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

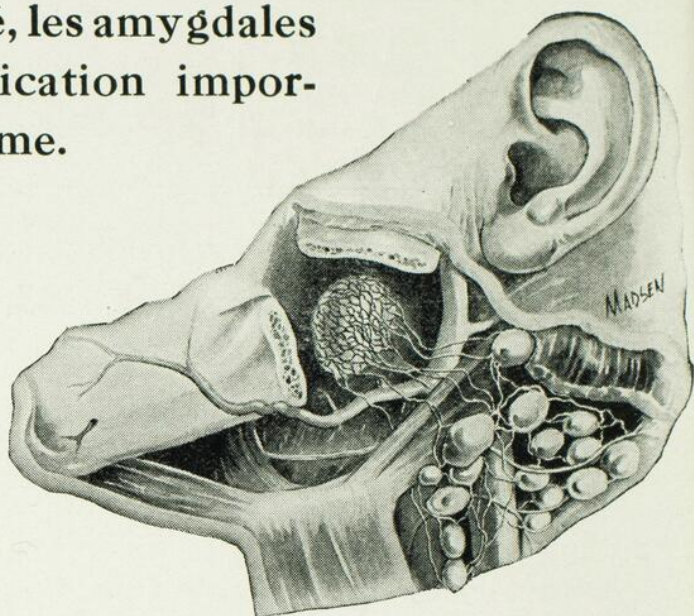
MERCIER & DION

2117 est, Ave Mont-Royal près Delorimier

Tél.: FR. 2711

Dans les Tonsillites

le système lymphatique du pharynx est intéressé, les amygdales étant une ramification importante de ce système.



LA stimulation de ce réseau capillaire au moyen de copieuses applications d'

Antiphlogistine

sur la région cervicale, suffit souvent, à l'exclusion de tout autre traitement local, à *éliminer les toxines* et, de ce fait, à *soulager le malaise et réduire l'inflammation presque instantanément.*

Echantillons et littérature descriptive sur demande.

L'Antiphlogistine est fabriquée au Canada.

THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY
153 OUEST, RUE LAGAUCHETIERE, - MONTREAL

peuvent être des parcelles provenant de vomissements, ou les sécrétions de la bouche ou des sinus infectés, ou un corps étranger, ou des liquides qu'on avale de travers; et l'aspiration peut survenir pendant l'anesthésie générale ou locale, ou par accident, ou même, comme je crois, pendant cette anesthésie générale légère qu'on appelle le sommeil.

Dans la première classe, l'embolie infectée aboutit à un abcès solitaire situé assez souvent vers la périphérie, lequel s'entoure d'une coque plutôt mince, c'est-à-dire sans réaction inflammatoire excessive. Cette sorte d'abcès ressemble aux abcès chauds dans les parties molles, et, par conséquent, il guérit facilement après simple opération et drainage.

Dans la seconde classe, le processus pathologique est tout à fait différent. Je les appelle «abcès broncho-pneumoniques» parce qu'ils se développent toujours dans le terrain du poumon et à la suite de l'inflammation causée dans cet organe par les matières nocives de l'aspiration. Du côté bactériologique, nous trouvons des cocci pyogènes, ou bien des fuso-spirochètes, ou des anaérobies de diverses espèces, ou bien un mélange de ces microbes. Mais les lésions pathologiques sont presque toujours à peu près les mêmes, du moins quelques semaines après le début, c'est-à-dire qu'on trouve un abcès plus ou moins gros, anfractueux, circonscrit par une coque fibreuse très étendue et souvent épaisse, avec, dans le voisinage, des bandes fibreuses irrégulières, entre lesquelles il y a souvent d'autres petits abcès secondaire, de sorte que le total de la région envahie ressemble à un marais, avec une espèce de lac central constitué par l'abcès principal. En outre, dans cette région, même dans les premières semaines de la maladie, une dilatation considérable des bronches se développe, à cause de l'inflammation aiguë de leurs murs et de la toux chronique. Sargent suggère la comparaison avec une éponge purulente.

On voit qu'ici la tâche chirurgicale est beaucoup plus difficile que dans la première classe. La simple incision de l'abcès principal est toujours suivie par des récidives. Il faut absolument, ou bien détruire avec le cautère toute la région affectée, ou bien la réséquer par une lobectomie partielle ou totale. La première méthode — morcellement ou cautère en plusieurs séances, souvent appelée la méthode de Graham — je l'ai abandonnée récemment, excepté pour le cas où la région est de peu d'étendue et périphérique.

Dernièrement, je suis arrivé à la conclusion qu'une lobectomie franche, partielle ou totale selon l'étendue de la lésion, est la méthode de choix. Nous avons fait, dans notre service, plus de 25 lobectomies pour bronchiectasie purulente avec un succès toujours croissant, et une mortalité, dans les dernières années, d'à peu près 15%. Plusieurs de ces cas ressemblaient au diagnostic d'«abcès avec bronchiectasie» autant qu'à celui de «bronchiectasie avec abcès». De sorte que, vu la mortalité de ces abcès chroniques par aspiration, sans opération, ainsi qu'avec l'opération de Graham (dans mes mains), je me propose dès maintenant d'adopter comme règle générale l'opération de lobectomie pour tous les abcès du poumon de l'ordre ici décrit. Les cas des deux dernières années, dans notre service, au Royal Victoria Hospital, au nombre de 11, nous ont donné 5 décès à la suite d'opérations conservatrices (42%). On peut faire mieux, comme mortalité opératoire, avec une lobectomie totale d'emblée; et les résultats, en fait de guérison, seront aussi bien meilleurs.

M. P.-N. CORYLLOS (New-York).

M. Coryllos ne croit pas à l'infection du poumon par voie sanguine, sauf dans un très petit nombre de cas, car elle ne saurait expliquer la production des abcès putrides des idiopathiques, chez lesquels on trouve presque toujours des causes définies: corps étranger, dents infectées, déglutition de matières vomies, etc. La flore microbienne de ces abcès est composée d'anaérobies de la cavité buccale.

On ne peut invoquer la théorie embolique, parce que actuellement et depuis 1929, on peut produire des abcès par voie bronchique si on obstrue la bronche en amont des matières infectées.

Les abcès pulmonaires se développent par des matières qui viennent de la bouche, ces matières peuvent aller jusque dans les petites bronches; sous l'action des bactéries pyogènes, une inflammation de la muqueuse s'établit, la lumière de la bronche se ferme, les phénomènes d'atélectasie se produisent, l'oxygène disparaît et les anaérobies se développent à leur tour. Peu à peu, une nécrose anaérobie s'établira dans une bronche libre et l'évolution dépendra de la largeur de la communication entre le foyer de nécrose et de la voie bronchique. Avec une communication large, le foyer de nécrose guérira; si elle est petite, le foyer pourra se transformer en gangrène gazeuse.

Le rapporteur conclut que les abcès putrides sont toujours périphériques; pour lui, il n'y a pas d'abcès putrides centraux, et les réactions pleurales sont précoces, ainsi que les adhérences. Le traitement idéal des abcès pulmonaires est la pneumonostomie large, pratiquée entre la cinquième et la sixième semaine.

M. Roland DESMEULES: (Québec) *Abcès et tuberculose pulmonaire.*

L'auteur, après avoir fait un rapide historique de la question, présente quatre observations recueillies depuis huit ans dans son service de l'hôpital Laval et il arrive aux conclusions suivantes: l'association de la tuberculose et de l'abcès pulmonaire peut se présenter sous trois formes:

1° La tuberculose peut précéder l'abcès; il s'agit alors, le plus souvent, de tuberculose fibreuse ou ulcéro-fibreuse avec cavernes. L'abcès prend son origine au niveau des parois d'une caverne ou dans des broncheectasies secondaires à la bacillose. L'évolution est absolument celle de l'abcès gangreneux à évolution torpide ou à caractère grave.

2° La tuberculose et l'abcès peuvent évoluer d'une façon tellement bizarre qu'il est impossible de savoir quel phénomène morbide est apparu le premier. De tels faits sont assez fréquents et, en ces cas, l'évolution simultanée des deux maladies, qui influent défavorablement l'une sur l'autre, rend le pronostic très grave.

3° L'abcès peut manifestement précéder la tuberculose. En ces dernières années, de nombreuses et belles observations sont venues, fort à propos, illustrer la possibilité de complications tuberculeuses dans le cours de l'évolution de l'abcès pulmonaire et indiquer aux cliniciens avertis les lignes de conduite à suivre: rechercher souvent les bacilles de Koch dans les expectorations des malades porteurs d'abcès pulmonaires à évolution subaiguë ou très lente.

SEDOL

remplace la Morphine

*Scopolamine
Morphine*

*plus Actif
à dose moindre*

Société Générale d'Applications Thérapeutiques
98, rue de Sèvres, Paris (VI^e)

Distributeurs: ROUGIER FRÈRES MONTRÉAL

UROPRAZINE

ÉLIMINE L'ACIDE URIQUE



Pipérazine
Héxaméthylentétramine
Soufre colloïdal
Formiate de lithine
Goutte, rhumatisme, sciatique

Une cuillerée à thé 2 à 4 fois par jour dans un demi-verre
d'eau tiède, selon l'avis du médecin.

BOUTEILLES DE 150 et 270 GRAMMES

LABORATOIRE SPARTOL
PARIS, FRANCE

HERDT & CHARTON INC.
2027, Ave McGill College, Montréal, Canada.



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.

Les facteurs qui paraissent jouer le plus grand rôle dans le développement de la tuberculose secondaire à l'abcès sont: la diminution de la résistance du terrain, le milieu favorable de culture pour le bacille de Koch créé par la suppuration anaérobie, et enfin l'ouverture d'anciens foyers tuberculeux par l'extension d'un abcès pulmonaire.

M. Albert JOANNETTE: Abcès pulmonaires en milieu sanatorial.

A. Un ouvrier dans la quarantaine entre, pour une lobite supérieure droite fébrile, excavée, avec niveau liquide. Une erreur de laboratoire fait croire à la présence de bacilles de Koch. Un pneumothorax élastique d'emblée amorce une régression rapide et complète de la lésion identifiée de suite après la première insufflation; relâchement du pneumothorax après dix mois; guérison maintenue après trois ans.

B. Un abcès étendu du lobe moyen droit chez un monsieur de trente-deux ans est drainé par costotomie suivie d'une cure de repos de deux mois, reprise de travail ininterrompu pendant trois ans. Il survient alors une récurrence *in situ* et vomique la veille d'une bronchoscopie projetée, avec des suites similaires à celles du premier épisode. Le pronostic est beaucoup plus réservé.

Commentaires. — Le diagnostic de l'abcès pulmonaire reste difficile sans la radiologie et sans la fétidité de l'expectoration. Cette fétidité n'apparaît souvent que tardivement, quand l'abcès s'ouvre dans une bronche, chez des malades ayant déjà une expectoration banale. L'abcès «solitaire» d'Archibald peut être susceptible d'un traitement par pneumothorax; l'abcès à foyers multiples et récidivant relève de la lobectomie.

Troisième question

Rapports

M. J.-Alf. MOUSSEAU (Montréal): Diagnostic clinique et topographique des ulcères gastro-pyloro-duodénaux d'après l'horaire de la sécrétion maximale gastrique (épreuve par l'histamine).

Dans son exposé, M. Mousseau a voulu parler d'une nouvelle méthode dont l'application est évidemment difficile en clientèle de ville, mais facile dans les hôpitaux. Il croit qu'elle est susceptible de rendre de grands services dans l'orientation du diagnostic des affections gastro-entérologiques, qui sont toujours si difficiles à interpréter.

Dans le but de donner à l'interprétation clinique un sens encore plus précis, il a effectué ses recherches en utilisant un *modus operandi* nouveau, dont l'objectif consiste à interpréter plutôt les modalités de la sécrétion gastrique, c'est-à-dire son horaire et ses différentes modalités, qui fournissent trois grands types de courbes:

Type précoce tachy-sécrétoire;

Type en plateau;

Type tardif brady-sécrétoire.

Il les applique à différentes catégories de malades, des ulcéreux, des hépatiques, etc., examinés au point de vue du diagnostic différentiel de leurs affections respectives.

D'après l'horaire des courbes, ascendantes et descendantes, qu'affecte la sécrétion gastrique après l'injection à l'histamine, on peut déterminer la nature des affections en cause; c'est ainsi que, d'après ces courbes, les affections ulcéreuses, gastriques et duodénales, les affections hépatiques et même les affections extradigestives revêtent des allures de courbe qui les font se différencier les unes des autres.

Est-ce à dire que cette méthode d'interroger par le chimisme gastrique fractionné à l'histamine la physiologie normale et pathologique de l'estomac, réponde toujours à l'exacte réalité des troubles fonctionnels ou organiques et que l'orientation thérapeutique doive toujours s'en inspirer? Nous pouvons dire que des affections de toutes sortes, organiques ou fonctionnelles, gastriques ou non, digestives ou extradigestives, et même des estomacs «normaux» peuvent donner des tracés absolument identiques, mais que lorsqu'il s'agit d'examiner la fonction sécrétoire de l'estomac ou du duodénum dans un but de diagnostic, il ne faudrait plus tenir compte ni de la quantité de sue sécrété, ni du degré de l'acidité, mais considérer plutôt la modalité sécrétoire, c'est-à-dire son horaire.

Cette étude a été illustrée par la projection de films cinématographiques qui en démontrent le bien fondé.

Jean LESAGE (Montréal): Ulcères duodénaux, pyloriques et gastriques.

Il s'agit d'une étude critique de 165 cas, traités à l'hôpital Saint-Luc depuis cinq ans.

L'auteur insiste sur les causes multiples susceptibles d'expliquer l'évolution d'un ulcère. Les ulcères du duodénum sont beaucoup plus fréquents que les ulcères gastriques (soit 74 ulcères duodénaux pour 20 ulcères gastriques). La proportion des ulcères duodénaux, par rapport aux ulcères gastriques, est donc de 4 pour 1. Les chômeurs sont les malades les plus atteints, sans doute à cause de leur alimentation défectueuse. Le surmenage de toute nature est une deuxième cause. Le printemps et l'automne sont les mauvaises saisons.

L'appendicite chronique et les maladies de la vésicule sont souvent associées à l'ulcère. Les signes principaux de l'ulcère duodénal sont: la douleur qui se présente tardivement et se calme par le repas ou les poudres alcalines. Il ne faut pas croire que l'ulcère guérit parce que la douleur cesse au bout de quatre ou six semaines, car l'ulcère est une maladie cyclique, c'est-à-dire une maladie qui peut se réveiller au bout de six mois et quelquefois au bout de plusieurs années.

Les malades vus par l'auteur sont ceux présentés trop tard, qui souffraient d'un ulcère depuis nombre d'années, et s'étaient malheureusement traités seuls. Les dangers d'un ulcère mal traité peuvent être la perforation ou les adhérences qui se forment en second lieu.

L'ulcère de l'estomac doit être opéré plus souvent que l'ulcère du duodénum, parce qu'il y a danger qu'il se transforme en cancer. Après l'interrogatoire, les rayons X sont le deuxième moyen le plus important à notre disposition pour poser un diagnostic d'ulcère.

L'auteur a énuméré tous les signes importants au moyen de projections.

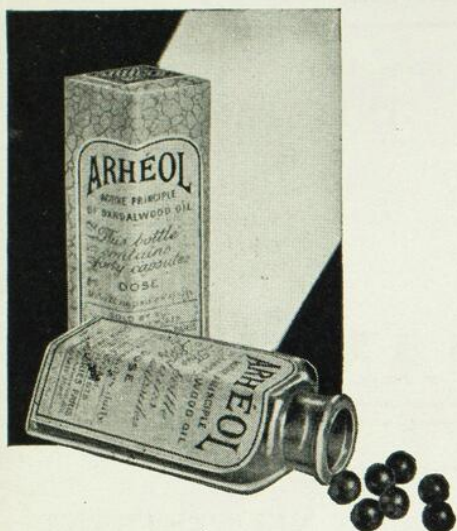
ACTION ANTISEPTIQUE

prolongée

sur

L'APPAREIL

URINAIRE



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

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

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

ARHÉOL (Astier)

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

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

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

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

LABORATOIRES DU Dr P. ASTIER

350, rue Le Moyne
Montréal.

36-48 Caledonia Road
Toronto.

SEDLITZ CHANTEAUD

Granulé et Déshydraté

Laxatif — Purgatif

FOIE — INTESTIN

*Sulfate de Magnésie pur.**Tartrate de Soude.**Dose laxative: 1 cuillerée à café**Dose purgative: 1 à 3 cuil. à soupe
le matin à jeun.***STÉNOL CHANTEAUD**

Tonique — Diurétique

FAIBLESSE — SURMENAGE — NEURASTHÉNIE

Par cuillerée
à café

<i>Caféine</i>	0 gr. 10
<i>Théobromine</i>	0 gr. 10

*Dose: 1 à 2 cuillerées à café
par jour.*Dépôt général pour le Canada: **ROUGIER Frères, 350, rue Le Moyne, MONTRÉAL**

TOUTES LES TOUX
SIROP ET GOUTTES
RAMI
au bromoforme

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

Traitement. — Il n'y a pas qu'un traitement des ulcères: il y a plusieurs traitements médicaux et plusieurs sortes d'opérations. C'est au médecin à choisir le genre de traitement qui conviendra au malade. Il existe des nouveaux traitements de l'ulcère par injection, lesquels donnent des résultats excellents, inattendus, mais il reste des cas anciens ou graves où il faudra une opération, et c'est au chirurgien à choisir la meilleure technique.

Sachons que l'ulcère, à Montréal, est pénétrant et a une tendance à devenir chronique assez rapidement. La mortalité, dans notre statistique, s'est élevée à 9%, en comptant les ulcères perforés, et à 4% comme mortalité générale.

M. Maurice CHIRAY (Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'hôpital Bichat) et M. BERGERET: **Ulcères duodénaux chirurgicalement méconnus.**

Ils rapportent diverses observations dans lesquelles, malgré une étude clinique et radiologique soignée, affirmant l'existence d'un ulcère, la lésion n'a pas été trouvée à l'opération par le chirurgien. Mais, dans les mois qui suivent, une nouvelle intervention a démontré l'existence de l'ulcère, qui s'était développé entre temps. Dans les cas difficiles, il peut donc être utile de compléter l'exploration chirurgicale par une gastrotomie ou une duodotomie. (*voir rapport.*)

MM. Chiray, A. Lomon et R. Le Canuet montrent les deux types radiologique des ulcères chroniques gastro-duodénaux; le type de repos dans lequel la lésion apparaît telle qu'elle est sans rien qui la masque ou la déforme, et le type œdémato-congestif dans lequel l'aspect radiologique se transforme complètement et peut, soit masquer les lésions existantes, soit les déformer, soit les exagérer.

MM. J.-E. GENDREAU, Albert JUTRAS et O. DUFRESNE: **Possibilités actuelles du radiodiagnostic des ulcères gastriques, pyloriques et post-pyloriques.**

La mise en évidence et la localisation d'un cratère ulcéreux ne sont pas, contrairement à ce que pense la majorité des médecins, les seuls renseignements que les rayons X peuvent fournir.

La connaissance des travaux modernes sur l'anatomie et la physiologie normales et pathologiques de l'estomac, du pylore et du duodénum permet au radiologiste de reconstituer les lésions à peu près telles que l'anatomopathologiste les observerait sous le microscope.

Ceci suppose des règles techniques rigoureuses et une discipline d'observation. Selon les quatre grands principes de l'exploration des muqueuses digestives énoncés par Cole, l'analyse doit porter sur les contours, les plis observés en image de réplétion, les mouvements péristaltiques et le relief en couche mince avant et après insufflation. Ces quatre fondements exigent pour ainsi dire la radiocinématographie; mais, comme celle-ci reste difficilement réalisable, dans la pratique journalière, on se contente des radiographies en série telles que celles préconisées par Cole, c'est-à-dire au moins une dizaine de clichés dans chaque position et sous diverses incidences et obtenus à des

intervalles réguliers de trois ou quatre secondes. Les quelques cinquante radiographies ainsi obtenues illustrent chaque stade des phénomènes moteurs gastro-pyloro-duodénaux. Le péristaltisme stomacal étant fonction de la *muscularis mucosa*, toute interruption des ondes indique un processus qui fixe la muqueuse à la musculature propre. En ce qui a trait à l'ulcère, on peut, grâce à cette notion, dire si la lésion est superficielle d'emblée ou si elle est devenue superficielle par la cicatrisation; dans ce dernier cas, la vague péristaltique ne la ballote point. On apprécie aussi, par l'interception du péristaltisme, la quantité de tissu cicatriciel, ce qui renseigne sur l'âge et l'évolution de la maladie et montre l'efficacité des traitements médicaux.

Si, connaissant l'épaisseur des diverses couches gastriques, on reconstitue par le dessin la paroi autour de la niche vue de profil, on saura exactement jusqu'à quelle profondeur la perte de substance affecte l'organe.

Le *pli angulaire*, qui se constitue uniquement de deux épaisseurs de muqueuse doublée de la *muscularis mucosa* et d'une mince languette de sous-muqueuse, mesure rigoureusement 5 millimètres. En conséquence, il sera facile d'évaluer la quantité de tissus réactionnels dans cette région.

La convergence radiée des plis muqueux doit s'interpréter comme le résultat d'une rétraction cicatricielle ou spasmodique. C'est un bon signe indirect d'ulcus; mais, pour être générale, cette règle n'a rien d'absolu, car le cancer produit souvent le même effet.

Au pylore, il faut distinguer entre valvule et canal pylorique. La valvule s'objective radiologiquement par l'espace clair qui sépare la base du bulbe et le sommet de l'autre en pleine dilatation. Le canal pylorique n'apparaît que sous l'influence de la contraction du *muscle en éventail* de Cole, qui est un renflement périodique de la *musculature propre* à la portion terminale de l'estomac. Cette distinction a un gros intérêt pratique. A la valvule, l'ulcère se reconnaît aisément, car, là encore, l'épaisseur de 5 millimètres se retrouve avec les mêmes éléments constituants qu'au pli angulaire. Le tissu inflammatoire aura pour effet d'augmenter l'espace clair radiologique, de soulever la base du bulbe et de décentrer l'orifice valvulaire. Si l'ulcère siège sur le segment proximal du canal pylorique, l'excitation du *muscle en éventail* tout proche provoque la sténose spasmodique, puis, plus tard, la sténose organique. La connaissance du muscle en éventail empêche de confondre le simple spasme, le cancer annulaire si fréquent en cette région et des plissements muqueux plus ou moins transitoires.

Au bulbe duodéal, les difficultés se trouvent réduites du fait que la cavité est toute petite et qu'il y n'y a pas de sous-muqueuse. Toujours gros relativement au volume de l'organe, un ulcère de cet organe n'échappera guère aux clichés en série rythmée, qu'il siège sur l'un des bords ou l'une des faces. Dans cette dernière occurrence, la couronne transparente autour du cratère témoigne de l'activité de l'affection. Dans les stades cicatriciels, même si l'ulcère était peu profond, le bulbe donne une image déformée à cause du contact immédiat de la muqueuse et de la musculature propre.

Ce court résumé montre suffisamment que l'analyse radiologique conduite selon des techniques minutieuses et à la lumière de l'anatomie et de la physiologie, donne des informations beaucoup plus utiles que celles qu'on reçoit par les examens sommaires de pratique courante. Il prouve aussi, s'il en est encore besoin, que le radio-diagnostic n'a pas une moindre valeur pour le tube digestif que pour les os, les poumons, le cœur et les voies urinaires.

Hémostyl

Anémies

Du Dr.
ROUSSEL

Hémorragies

SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL

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

A) *Sérothérapie spécifique*
des ANÉMIES (Carnot)

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

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 BEUCHEMIN Limitée,
 430, rue Saint-Gabriel,
 Montréal

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

Nom.....

Adresse.....

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

Quelle langue vous intéresse?.....

M. MERCIER-FAUTEUX: Les indications opératoires dans les ulcères gastro-duodénaux.

Le rapporteur, au début de son travail, rappelle que les indications opératoires ne se posent que lorsque le traitement médical a échoué. Nous n'avons aucune raison valable, dit-il, nous autorisant à pratiquer une intervention gastrique ou duodénale, même la plus simple et la plus conservatrice, avant que le traitement médical se soit montré nettement insuffisant, car aucune intervention n'est pas sans présenter certains éléments de danger.

Tout malade demande d'être guéri avec le minimum d'ennuis et de risques; c'est pourquoi l'on doit donner la préséance au traitement médical.

Lorsque ce dernier n'a pas donné les résultats espérés après un temps d'épreuve raisonnable, il y a lieu de discuter les avantages d'une opération chirurgicale. Dans l'ulcère duodénal, il donne la préférence aux interventions réalisant l'exérèse de l'ulcère et le rétablissement du transit gastro-duodénal. Si l'ulcère siège sur la face antérieure du duodénum, il pratique la duodéno-sphinctérectomie de Judd, chaque fois que les conditions locales le permettent; si les ulcères sont multiples, siégeant à la fois sur la face antérieure et la face postérieure, il fait la duodénectomie partielle. En somme, la gastro-entérostomie, d'après le rapporteur, est une opération à n'utiliser que lorsque les autres ne sont pas possibles; il l'a abandonnée parce qu'elle laisse l'ulcère en place et expose à des ulcères peptiques de la bouche dans des proportions beaucoup plus élevées que semblent le croire certains auteurs.

Dans l'ulcère gastrique, il considère que le traitement médical ne doit pas être continué plus que quelques semaines s'il ne donne pas de résultats, vu la difficulté où nous sommes de différencier au stade de début une ulcération bénigne d'une ulcération maligne. Une fois l'indication opératoire posée, la gastrectomie partielle, chaque fois qu'elle peut être réalisée, lui apparaît comme l'intervention de choix, donnant des résultats immédiats et éloignés beaucoup plus satisfaisants que la simple gastro-entérostomie. A la suite de beaucoup d'autres chirurgiens, il ne croit pas que cette opération soit aussi grave qu'on la présente dans certains milieux, si le chirurgien choisit bien ses cas, les prépare adéquatement et possède une technique irréprochable.

Assemblées du Conseil de l'A. M. L. F. A. N. —

Ces assemblées eurent lieu les 7 et 9 septembre, sous la présidence du directeur général, M. Valin. Différentes résolutions furent votées et on procéda à la nomination des membres de nouveaux comités: le Comité d'hygiène, le Comité de la lutte antituberculeuse et le Comité des hôpitaux. Ces comités renseigneront les autorités gouvernementales à propos des questions qui touchent à la santé publique.

Congrès de 1938. — A la dernière assemblée, le Conseil a décidé que le prochain congrès aurait lieu à Ottawa-Hull, en septembre 1938, sous la présidence de M. J.-H. Lapointe.

Soirées médico-sociales. — Deux soirées auxquelles le public était invité furent données au cours du XIVe Congrès. La première eut lieu le 7 septembre. MM. Baudouin, Frappier, Guilbeault et Lasalle-Laberge étudièrent la question du BCG et du Placement familial.

La seconde soirée fut consacrée à l'enseignement pratique de l'hygiène. De gracieuses jeunes filles interprétèrent des saynètes et des sketches tirés de l'œuvre de propagande de M. Adrien Plouffe, médecin hygiéniste.

Réceptions et banquets. — Plusieurs réceptions accompagnèrent le Congrès. Le président, M. Jarry, et les officiers du XIV^e Congrès reçurent les congressistes, le 9 septembre. Soirée de gala au Cinéma de Paris. Déjeuner d'honneur, les 7, 8 et 9 septembre. Le banquet officiel eut lieu jeudi soir, le 10 septembre. MM. Jarry, Valin, Lapointe, Maurault (recteur de l'Université de Montréal), Sorrel et Vidal portèrent des toasts. Ce banquet fut suivi d'un bal dans le «Rose Room» de l'hôtel Windsor.

Bref, splendide succès au point de vue scientifique et social.

IV^e CONGRÈS DE LA PRESSE MÉDICALE LATINE

Venise, septembre-octobre 1936

Présidence du Professeur-Sénateur GIORDANO

Le second a été le Congrès de la «Fédération de la Presse Médicale Latine», à Venise, du 29 septembre au 3 octobre. Deux médecins canadiens-français avaient été chargés de rédiger des rapports: le premier l'«Histoire de la Presse Médicale Canadienne-Française de l'Amérique du Nord», par le Dr Jean Saucier; le second l'«Influence Sociale de la Presse Médicale», par nous-même. Ces deux rapports ont paru en Europe dans le compte-rendu officiel du Congrès et dans l'«Union Médicale du Canada», le premier dans le numéro de novembre et le second dans le numéro actuel.

Nous avons l'honneur d'y représenter officiellement le Canada, l'Université de Montréal, la Faculté de Médecine, l'Association des Médecins de Langue Française.

Une deuxième question avait été mise à l'étude: «*l'enseignement médical et la pratique médicale dans les pays latins*».

Nous avons été très heureux d'entendre, sur ces questions importantes, des maîtres européens autorisés tels que: Tricot-Royer (de Louvain), Presno (de la Havane), Juan Noguera (de Madrid), Hartmann, Laignel-Lavastine et Levy-Valensi (de Paris) Rondopoulos (d'Athènes), Pazzini et Perez (de Rome), Oliaro (de Turin), Da Silva Carvalho (de Lisbonne), Danielopolu (de Bucarest), Bologa (de Cluj), Henri Tecon (de Lausanne).

La séance inaugurale du Congrès eut lieu dans un de ces palais immenses groupés autour de la place St-Marc, dans la salle Napoléon. Nous avons remarqué parmi les principaux invités d'honneur: S.A.R. et I. le Prince Ferdinand de Savoie, le duc de Gênes, son Eminence Mgr Piazza, Cardinal patriarche de Venise, S. E. le Comte de Vecchi di Val Cismon, le Sénateur Prof. Giordano, l'éminent président du Congrès; le Sénateur Prof. Pende, l'Hon. Prof. Morelli, le Prof. Umberto Saraval, l'actif et distingué Secrétaire-Général et l'animateur infatigable de ce Congrès; le Secrétaire-Général de la Fédération de la Presse Médicale, le Dr Pierra, un polyglotte d'une distinction parfaite, et le Prof. Loeper, de Paris, un érudit. Presque tous les Italiens officiels ont revêtu l'uniforme fasciste et leurs «chemises noires mettent une note grave et un peu austère parmi les claires toilettes féminines... et nos pauvres vestons démocratiques».



Opothérapie

Hématique

TotaleSIROP de
DESCHIENS

à l'Hémoglobine vivante

Renferme intactes les Substances
Minimales du Sang totalMédication rationnelle des
SYNDROMES ANÉMIQUES
et des
DÉCHÉANCES ORGANIQUES

Une cuillerée à potage à chaque repas.

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

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

Elixir-Dugro

TONIQUE RECONSTITUTIF PAR EXCELLENCE

L'ELIXIR DUCRO s'adresse particulièrement aux malades affaiblis et sans appétit.

Son goût très agréable (dû aux écorces d'oranges amères) le fait toujours accepter, quelle que soit la répugnance pour les aliments. Il est facilement digéré par les estomacs les plus rebelles. Il procure, dès l'absorption, une sensation de bien-être qui redonne courage et confiance au malade.

IL EST PRESCRIT:

Dans l'ASTHENIE, l'anorexie, les convalescences, à la dose d'une cuillerée à soupe avant ou après les repas, selon les cas;

Dans la GRIPPE et la PNEUMONIE, où il remplace avantageusement la potion de Todd.

Son emploi peut accompagner le traitement médical institué pour chaque cas.

DURIEZ, Successeur de Ducro & Cie

Dépôt Général pour le Canada: ROUGIER FRERES, à MONTREAL.

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

MONTRÉAL

BISMUTHOÏDOL

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

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

COMPLÈTEMENT INDOLORE

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

R.C. 221839

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

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

Le Prof. Sénateur Giordano ouvre le Congrès en un magnifique discours où il exalte la fraternité qui réunit tous ceux qui croient dans la grande idée et la réalité de la latinité. Il exprime l'opinion et il formule l'espoir que la Presse Médicale Latine continuera, comme dans le passé, d'exprimer sa confiance dans la science et les arts afin d'élever le ton des revues médicales latines à côté de celles qui sont inutiles ou même nuisibles. En un langage sévère il fustige les revues para-médicales qui répandent des idées fausses ou subversives, et il s'élève avec conviction contre certaines recherches expérimentales exécutées sur des moribonds ou sur des animaux sans nécessité. Il formule aussi le vœu que les chaires d'enseignement soient occupées par des hommes intègres dont il cite quelques exemples dans l'histoire de la Presse Médicale.

Après le Prof. Giordano, le Prof. Loeper, de Paris, président du dernier Congrès International de la Thérapeutique, fit la conférence sur l'« *Art dans l'édition médicale du 16e siècle* ». Jamais nous n'avons entendu une conférence où l'érudition le dispute autant à la magie du style. Nous savons que le Prof. Loeper, pour écrire sa conférence, a passé des heures, des jours et des semaines dans les bibliothèques où il a consulté les Bibles, les Livres d'Heures, les vieux Missels, en un mot toutes les merveilles de ce 16e siècle où Rome rivalisait avec Venise, et Florence avec Padoue resplendissaient de charme et de fraîcheur. « Le Livre Médical, ajoute le Prof. Loeper, pour moins soigné et moins richement illustré qu'il soit souvent sait allier, lui aussi, la perfection et la grâce, la noblesse et l'harmonie ». En terminant il compare l'époque actuelle et l'époque ancienne, et il ajoute: « Nous avons laissé la fantaisie pour l'exactitude, le rêve pour la réalité, le surplus, qui est pourtant si charmant, pour le nécessaire qui est parfois plus aride. L'Art y a sans doute perdu, mais la science y a gagné, et c'est l'essentiel ».

Quant à la partie scientifique du Congrès nous sommes heureux de nous inspirer du « Paris Médical » du 31 octobre 1936.

Présidence du Professeur-Sénateur GIORDANO,

Trois questions étaient à l'ordre du jour: *L'Histoire de la Presse médicale dans les pays latins.* — *L'Influence sociale de la Presse médicale.* — *L'Enseignement médical dans les pays latins.*

Première question.

Belgique. — M. TRICOT-ROYER (Anvers) présente son rapport sous la forme d'un index en quatre parties.

1° Le répertoire des 353 périodiques médicaux belges nés depuis 1756;

2° Un exposé analytique;

3° Un tableau des lieux d'origine qui montre que 138 périodiques ont vu le jour dans 28 communes du dehors de la capitale;

4° Enfin la chronologie des périodiques antérieurs à l'ère pastorienne, soit 107 organes échelonnés de 1756 à 1868.

Portugal. — M. A. Da SILVA CARVALHO (Lisbonne): Le premier journal portugais d'information est de 1635, mais le premier journal médical date de 1749.

L'évolution du journalisme médical portugais s'est faite en trois étapes successives. Dans les premiers temps, les journaux s'occupaient exclusivement d'enregistrer les cas cliniques remarquables par leur rareté ou par leur gravité, en faisant suivre les observations de commentaires.

Dans une seconde période, les revues sont les organes des Sociétés médicales. Enfin, depuis quarante ans, le développement des revues et archives de spécialités a été très important.

Italie. — M. le professeur A. PAZZINI (Rome) : Après un aperçu d'ensemble sur la question, le rapporteur relate l'état actuel des études historiques italiennes sur le journalisme médical. Ces études ont été poussées fort loin.

On voit que dans une première période, de 1668 à 1763, il y eut un mélange entre les publications littéraires et scientifiques. En 1763, le premier journal vraiment médical est publié à Venise, par Orteschi: *Giornale di Medicina*; le premier organe de spécialité *Arte ostetrica* parut en 1787.

Le rapporteur a dressé, par ordre chronologique, de 1668 à nos jours, un répertoire des 1,400 publications médicales qui ont vu le jour en Italie; 360 vivent toujours.

Dans ce très remarquable rapport, dont nous ne pouvons malheureusement indiquer que les grandes lignes, le professeur Pazzini a parfaitement montré la grande vitalité de la presse médicale italienne.

Cette vitalité est due très certainement à l'activité des illustres universités italiennes dont cette presse est le reflet. Elle est très développée dans son ensemble.

France. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et LEVY-VALENSI apportent une très belle étude de la presse médicale française avant et après Nicolas de Bléguy, au XVIIIe siècle, puis MM. LAIGNEL-LAVASTINE et FOSSE-YEUX étudient le *Journalisme médical en France aux XIXe et XXe siècles.*

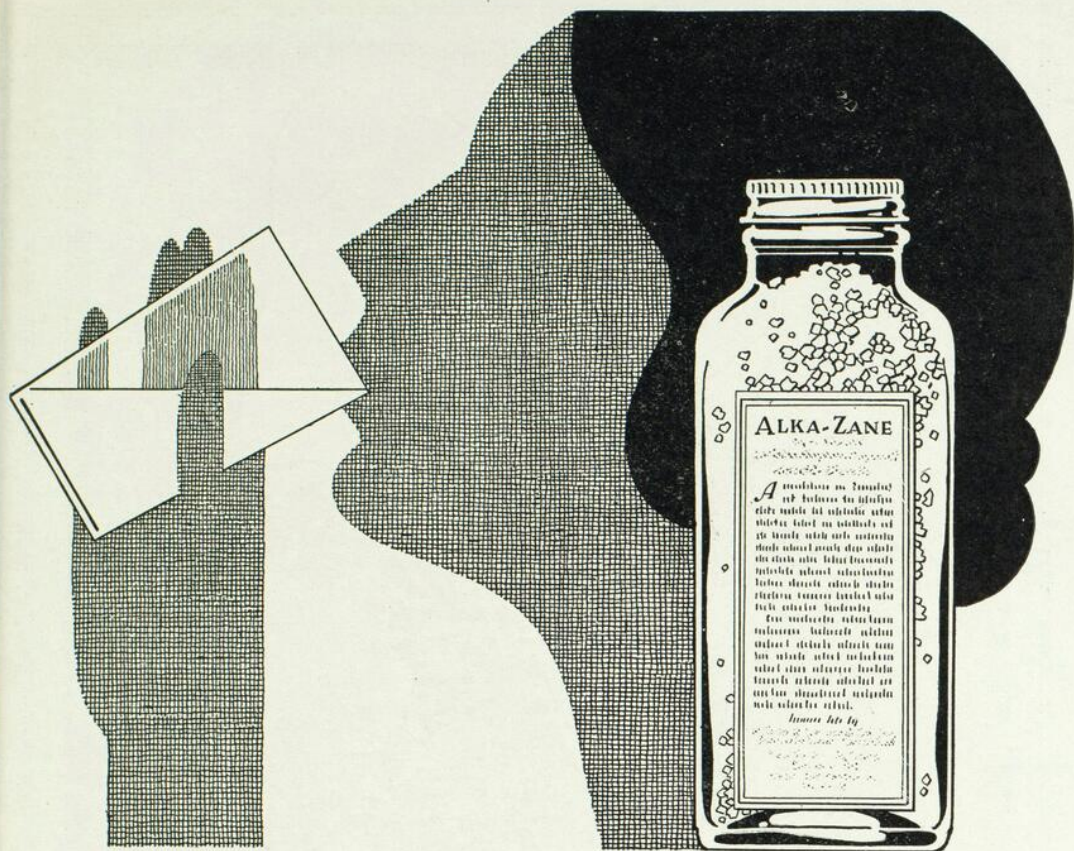
Espagne. — Le Dr ENRIQUE NOGUERA (de Madrid) a pu, avant les événements de cet été, adresser au Dr Pierra son rapport. Celui-ci, dans une inspiration pleine de générosité, a tenu à en donner lecture en espagnol, « afin que la noble langue espagnole ne fût pas absente d'un congrès latin ».

Grèce. — M. PIERRE RONDOPOULOS (d'Athènes) fait l'histoire de la presse depuis 1811 jusqu'à 1836 (période pré-révolutionnaire), puis de 1836 à 1936.

La première revue scientifique et médicale est *l'Aurore*, puis les revues médicales se succèdent, on en compte 36 actuellement, plus les périodiques spéciaux. Depuis 1898, la *Grèce médicale* paraît en français, ainsi que *l'Orient médical*, la *Revue des Sciences médicales hellènes* dirigée par Phocas. Notons que *l'Iatriki Proodos*, le plus répandu, paraît depuis quarante et un ans.

Roumanie. — M. VALERE, L. BOLOGA (de Cluj) : Le premier journal, avant l'arrivée de Charles Davila, fut le *Povățuitorul Sănătății*. Davila inspire la création de *Monitorul Medical*, en 1862, puis, après 1870, nous voyons apparaître la *Revue médicale de Bucarest*, la *Revue médicale roumaine*, *Romania Medicală*; la *Gazeta Spitalelor* (Gazette des hôpitaux) date de 1867.

Les Revues de spécialités font leur apparition avec Babès, puis avec Th. Jonnesco-Babès et Kalendere. En 1903, Jean Cantacuzène publie la *Revista Stiintelor medica*, qui est continuée par Ciuca, Danielopolu, Jonescu-Mihasti.



Quand la maladie se complique d'acidose

Il est devenu d'usage courant, dans les maladies caractérisées par l'acidose, de soutenir la réserve d'alcalins. Et pour cette fin, on a largement recours à l'Alka-Zane, parce qu'il apporte les quatre éléments basiques dont cette réserve se compose essentiellement: sodium, potassium, calcium et magnésium. Ceux-ci sont fournis à l'organisme sous forme de carbonates, citrates et phosphates. L'Alka-Zane ne contient pas de tartrate, de lactate, de sulfate ou de chlorure de sodium. Il permet de prescrire, sous une forme commode et efficace, un médicament alcalisant ayant un goût agréable et se prenant très facilement.

*L'Alka-Zane s'obtient en bouteilles de 4 onces. Échantillon
envoyé sur demande.*

ALKA-ZANE

WILLIAM R. WARNER & CO., Ltd., 727 King St., West, Toronto, Ont.



PEPTONE IODÉE SPÉCIALE

LA PLUS RICHE EN IODE ORGANIQUE, ASSIMILABLE, UTILISABLE

Iodogénol Pépin

GOÛT
AGRÉABLE

TOUTES LES INDICATIONS DE L'IODE
ET DES IODURES MÉTALLIQUES

TOLÉRANCE
PARFAITE

Bien supérieur aux Sirops et Vins Iodés ou Iodotanniques.

PRESCRIRE

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

Échantillons sur demande
à MM. les Docteurs.

Laboratoires PÉPIN & LÉBOUCQ,
COURBEVOIE — PARIS

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

Depuis la guerre, la presse médicale s'est particulièrement développée avec *Spitalul*, *Clujul medical*, les Bulletins, les Revues, parmi lesquels nous citerons au premier rang le *Bulletin de l'Académie royale de médecine*, qui paraît en français et dans lequel nous reconnaissons la magnifique impulsion donnée par Danielopolu.

Le Canada: Jean SAUCIER: « Petite Histoire du journalisme canadien-français »(1)

Deuxième question.

Influence sociale de la presse médicale.

Canada. — Le Professeur Albert LeSAGE (Montréal): *Influence sociale de la Presse médicale au Canada* (2).

Italie. — Le Dr T. OLIARO, le très distingué et aimable directeur de *Minerva Medica* à Turin, montre que le régime fasciste a transformé radicalement la presse médicale italienne. Le Duce l'a considérée comme un instrument capital de la Révolution. Elle a une immense fonction sociale à remplir en formant, en instruisant, en perfectionnant le médecin praticien, en lui faisant sentir la nécessité d'inculquer les notions d'hygiène à la population.

La presse médicale a donc un devoir d'éducation professionnelle, elle doit aussi étudier toutes les questions d'hygiène, de prophylaxie, de natalité.

M. Oliaro estime que l'action de la presse médicale serait renforcée et facilitée par la constitution d'une association sévère dans ses admissions et dont l'autorité jouerait à coup sûr un rôle très bienfaisant.

Troisième question.

L'enseignement médical dans les pays latins.

Cette troisième question a donné lieu à trois remarquables conférences: le professeur Hartmann (Paris), le professeur Giovanni Perez (Rome), et le professeur D. Danielopolu (Bucarest).

Il est impossible d'analyser ces conférences. M. Hartmann a fait un exposé très brillant et très clair de l'enseignement actuel dans les Facultés de Médecin en France (ce travail a été publié dans le dernier Bulletin de A. D. R. M.)

M. Danielopolu a développé avec son grand talent habituel une conférence, non seulement sur l'enseignement, mais aussi sur la situation médicale en Roumanie.

Le rapport de M. G. Perez est une étude très complète de l'enseignement médical, des programmes, des examens de l'enseignement des spécialités. Il consacre un important chapitre à l'exercice de la profession, aux questions corporatives, aux syndicats, aux hôpitaux, à l'exercice des spécialités. Citons l'effort considérable fait en phthisiologie par le régime fasciste, effort auquel Léon Bernard a rendu il y a quelques années, un éclatant hommage. Citons encore la préparation impeccable de l'expédition d'Afrique orientale par le grand Castellani.

(1) Ce rapport a paru dans l'*Union Médicale* de novembre.

(2) Voir *Union Médicale du Canada*, janvier 1937.

Le rapport du professeur Perez fut très instructif à bien des égards et nous fûmes heureux d'entendre le professeur Morelli, l'animateur de la lutte contre la tuberculose, apporter de nouvelles précisions à propos de ce rapport.

Pour conclure pratiquement ces travaux, le Congrès émit deux vœux importants: 1^o que soit rendue obligatoire l'étude du latin et du grec pour ceux qui entendent se consacrer à la médecine; 2^o que soient rendus obligatoires, pour les docteurs en médecine qui veulent assumer une fonction officielle de spécialistes, des cours de perfectionnement sanctionnés par un diplôme.

Le professeur N. Pende demanda l'adjonction d'un troisième vœu, à savoir: la nécessité de créer de grands centres orthogénétiques où les médecins travailleraient en synthèse pour l'amélioration de la race humaine.

Les réceptions et les visites. — Le professeur Giordano et ses collègues se sont multipliés pour recevoir et guider les congressistes avec la plus charmante des amabilités. Le premier jour, le président, assisté de sa fille, Mlle Giordano, de son fils, le médecin colonel Giordano, et de Mme Giordano, a offert à Danieli une fort belle soirée où nous eûmes le plaisir délicat d'entendre la grande artiste Mme Rola interpréter de la musique vénitienne.

Le lendemain, ce fut un somptueux déjeuner en l'honneur des autorités, puis l'inoubliable excursion à Murano, Burano et Torcello. Le soir, un concert sur la place Saint-Marc et les illuminations, un film sur la guerre en Ethiopie, retinrent les congressistes dehors tard dans la nuit.

Enfin le dernier jour, notre cher et infatigable président, après nous avoir fait les honneurs de Querini Stampalia, nous emmena au Lido visiter l'Hôpital maritime, le Berck italien — dont Giordano, Putti del Itala sont les consultants, et c'est tout dire.

Le professeur Pende (de Rome) fit une conférence dans la salle des fêtes de l'Hôpital. Il nous parla, en un excellent français, de *la crise de la pensée médicale qui s'égare pour avoir perdu le sens des traditions gréco-latines, où tout est harmonie, synthèse et art.*

Le Maître nous montre la nécessité de revenir à l'étude de l'homme, comme l'a demandé Danielopolu comme le demande Georges Duhamel. L'anatomie moderne doit être vivante, et si nous parlons physiologie, il est clair que celle du chien n'est pas celle de l'homme. Aussi M. Pende fait-il un plaidoyer en faveur de l'examen complet de l'individu. Il faut habituer les étudiants à chercher les moindres détails dans leurs examens cliniques, à faire un véritable inventaire.

En terminant sa brillante conférence, le professeur Pende expose des vues nouvelles sur la collaboration médico-chirurgicale.

Le *banquet de clôture* eut lieu le 1er octobre au Royal Danieli. A l'Asti Spumante, des discours furent prononcés par le vénéré président, le sénateur Giordano, par MM. Léopold Mayer (de Bruxelles), Henri Hartmann (de Paris), LeSage (de Montréal), Danielopolu (de Bucarest), Pierra (de Paris), le fondateur de la Fédération latine; Tecon (de Lausanne), enfin Saraval (de Venise). Les applaudissements et les acclamations montèrent vers les professeurs Giordano, Saraval et vers Pierra, organisateurs de cette magnifique démonstration de fraternité latine.

L'excursion à Postumia et aux champs de bataille. — Le lendemain, plusieurs autocars emmenèrent les congressistes à Aquileia, puis à Trieste où

eurent lieu le déjeuner et la réception du Podestat. A Abbazia où était le gîte d'étape, un discours fut prononcé par le professeur Castiglioni (de Padoue).

Le samedi eut lieu la visite des célèbres et admirables grottes de Postumia, et la visite de Gorizia, S. Martino, S. Michele, du front de l'Isonzo, du cimetière de Redipuglia...

La pensée des Français en visitant les tombes de l'Isonzo se reportait invinciblement vers cette nécropole de Bligny, près de Reims, où reposent des milliers d'Italiens, héros de la grande guerre, tombés en défendant le sol de France.

En terminant je désire exprimer tous nos remerciements et nos félicitations au Prof. Sénateur Giordano qui a présidé avec maîtrise ce magnifique Congrès. Il a su exprimer en français les idées les plus subtiles en maintes circonstances avec beaucoup d'esprit et une érudition jamais prise en défaut. Nous conserverons un souvenir impérissable de la réception qu'il nous a faite, de la simplicité de son accueil et du charme de son hospitalité. Nous adressons aussi nos félicitations au Secrétaire, le Prof. Umberto Saraval, dont l'activité se dépensait incessamment auprès de tous les membres du Congrès sans distinction. Enfin, nous adressons un hommage sincère au Prof. Pierra, le fondateur et le Secrétaire de la Fédération, d'avoir bien voulu associer le Canada à cette grande démonstration internationale dont les activités embrassent plusieurs continents tandis que ses étreintes spirituelles ramènent à leur berceau des races qui précipitent leur évolution au détriment de leurs origines.

Nous affirmons, de nouveau, après tant d'autres, que notre pays devrait être représenté officiellement dans toutes ces manifestations scientifiques et intellectuelles, car le Canada mérite d'être connu à l'étranger, surtout par ses Universités et ses Sociétés Savantes dont la Presse Médicale reflète toujours fidèlement la pensée.

Albert LESAGE.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE XXIV^e CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

Paris, 12-14 octobre.

Présidence: Professeur LABBÉ.

La séance solennelle du Congrès de Paris, présidée par le Ministre de l'Instruction Publique de France, a eu lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris, avec le cérémonial ordinaire comprenant tous les personnages officiels de l'Université de Paris. Nous avons l'honneur d'y représenter le Canada.

Première question: Les méningites aiguës bénignes de l'adulte, par le Prof. Roch, de Genève, le Prof. Lesné, et M. Bosquien, de Paris.

Les rapporteurs distinguent deux groupes de méningites aiguës bénignes: 1^o les méningites d'origine connue ou Phanérogénétiques; 2^o les méningites cryptogénétiques. Nous ferons, cependant, l'énumération des différents titres: Méningites par la ponction lombaire; par introduction de substances hétérogènes dans le canal rachidien; par un traumatisme; par l'insolation; par un

foyer infectieux de voisinage; infectieuses; tuberculeuses; syphilitiques; spirochétoses; des jeunes porchers; ourlienne; zostérienne; herpétique; du système nerveux central; poliomyélites; de l'encéphalite léthargique.

Les rapporteurs ont traité cette question d'une façon très complète et ils se sont efforcés de distinguer ces méningites de la méningite tuberculeuse qui se confond quelquefois, surtout au début, avec ces méningites infectieuses et dont le pronostic est très différent.

2^o Les méningites cryptogénétiques. Le rapporteur, le Prof. Roch, après une enquête mondiale, pense que ces méningites forment une véritable entité nosologique malgré les recherches étiologiques négatives après des expériences nombreuses dans tous les pays. Les signes cliniques sont ceux que l'on constate dans toutes les affections du système cérébro-spinal avec une ponction lombaire élevée et prédominance de polynucléaires. L'auteur conclut que dans ces cas il peut s'agir d'une affection due à un virus non isolé ou à une forme normale d'encéphalite épidémique.

Les autres rapporteurs sur la même question sont MM. Lesné, de Paris, et Bosquien, de Nantes. Ces messieurs font une étude très documentée et savamment présentée de la méningite leucocytaire chez l'enfant et ils étudient avec soin quels sont les signes qui les distinguent de la méningite tuberculeuse. Ils arrivent à la même conclusion que le rapporteur précédent, à savoir que c'est une maladie autonome et ils concluent, que la ponction lombaire constitue le moyen thérapeutique le plus efficace.

Un dernier rapport intitulé: « La méningite tuberculeuse est-elle curable? » avait été confié au Prof. René Cruchet, de Bordeaux, que nous avons eu le plaisir de rencontrer à Montréal, puis à Paris. Son enquête très complète et savamment commentée démontre que la guérison est tout à fait exceptionnelle et il rapporte des succès étonnants avec l'alergine et le sérum de Jousset.

Deuxième question: Les syndromes parathyroïdiens. Il s'agit, dans ce cas, d'une question neuve, car les glandes parathyroïdes sont encore peu connues. Nous savons que leur suppression s'accompagne d'une diminution de calcium dans le sang, suivie d'un état convulsif dangereux que l'on désigne sous le nom de tétanie. Lorsqu'elles augmentent de volume et qu'elles prennent la forme d'un adénome, nous constatons une décalcification générale du squelette produisant un syndrome que l'on désigne sous le nom de *maladie de Recklinghausen*. Les rapports sur cette question ont été rédigés par MM. Léon Bérard et Maurice Henry, de Lyon, et constituent l'étude la plus complète que nous connaissons aujourd'hui sur cette importante question. Nous avons entendu, en même temps, une étude magistrale du rôle des glandes endocrines dans la pathologie des os, par M. Coryn, de Belgique. Après avoir étudié le métabolisme du calcium et rappelé le rôle du phosphore et du soufre, l'auteur recherche les influences fonctionnelles qu'ont les diverses glandes endocrines les unes sur les autres et leurs rapports avec la vitalité du tissu osseux. C'est un travail qu'il faut lire et consulter.

Un troisième rapport, enfin, est consacré à la médication du sympathique. Ont collaboré à ces différents rapports: le Prof. Laignel-Lavestine, de Paris, M. Bonnard, Mlle Jeanne Levy et M. Justin Bésançon, agrégés, MM. Etienne May et Gallot.

PHOSPHORE

POTASSIUM

MANGANÈSE

Une aide précieuse
dans la lutte contre
les infections
chroniques

La cholécystite chronique, la prostatite chronique, la colite chronique sont quelques-uns de ces états si fréquents qui déterminent une septicémie chronique.

Le Sirop Fellows apporte dans les états de ce genre les éléments minéraux indispensables.

La dose conseillée est d'une cuillerée à café quatre fois par jour, dans de l'eau.

ECHANTILLONS SUR DEMANDE

FELLOWS MEDICAL MFG. CO., LTD.,
286 RUE ST. PAUL, OUEST, MONTREAL

CALCIUM

SODIUM

FER

**SIROP
FELLOWS**

Tout Déprimé
» Surmené

Tout Cérébral
» Intellectuel

Tout Convalescent
» Neurasthénique



est justiciable
de la :

NEVROSTHENINE FREYSSINGE

6, Rue Abel
PARIS (12^e)

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

CHLORAMINE FREYSSINGE

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

CAPSULES DARTOIS

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

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

Une formule nouvelle

PHOSPHO-STRYCHNAL

groupe en un seul produit

La médication strychnique

La médication phosphorée

La médication polyphosphatée

Gouttes 20 à 40 par jour.

Asthénie - Anorexie - Convalescence

Laboratoires Longuet
Paris

J. Eddé Limitée, Agent Général
Montréal

Une Médication fidèle

OCREINE GREMY

Principe actif du Corps jaune de l'ovaire

Traitement des troubles menstruels par insuffisance ovarienne

2 à 5 Pilules

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

Laboratoires Gremy
Paris

J. Eddé Limitée, Agent Général
Montréal

IODONE ROBIN

GOUTTES

INJECTABLE

R.C. 221839

ARTHRITISME - ARTÉRIO-SCLÉROSE

ASTHME, EMPHYSÈME, RHUMATISME, GOUTTE

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

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

Ces auteurs se sont partagé la besogne: les uns ont cherché parmi les médicaments ceux qui empêchent l'excitation d'un nerf sympathique de se manifester. Enumérons: l'adrénaline, l'ergot de seigle et ses dérivés, la yohimbine, la corynantine et autres produits de synthèse.

MM. Gouin et Bienvenue (de Brest) ont fait un exposé complet de l'action de la radiothérapie du sympathique.

Le Prof. Laignel-Lavestine a étudié avec soin les sympathalgies abdominales et les syndromes solaires parmi lesquels figurent les crises gastriques du tabès et la colique de plomb. On propose de les traiter les premières par les injections intraveineuses de sulfate d'atropine et les secondes par l'acécoline à hautes doses selon les conseils de Justin-Besançon et Gutman.

Les sympathalgies liées à la péritonite ou la pancréatite sont justiciables de la glace, de la morphine, des injections intradermiques ou paravertébrales de novocaïne. Pour les sympathalgies chroniques on conseille la morphine, les injections de venin de cobra à petites doses, puis la valériane, les bromures, etc. Contre les sympathoses non endocriniennes on doit rechercher les épines qui les provoquent et y remédier par les traitements bien connus.

La discussion a permis, aussi, de mettre en valeur certains points, mais il nous est impossible de rapporter tout ce qui s'est dit dans un rapport aussi succinct que celui-ci, et nous renvoyons nos lecteurs aux rapports généraux très importants sur ces questions.

Ajoutons, pour terminer, que les réceptions à l'Hôtel-de-Ville et le banquet de clôture ont eu lieu en présence d'une assistance nombreuse. Le délégué officiel du Canada a partout occupé une des premières places à cause des rapports très intimes qui existent entre les deux Associations. Le Prof. Labbé, dans un discours d'ouverture d'une belle érudition a fait une revue complète de l'évolution de la médecine durant ces dernières années, et surtout depuis le dernier Congrès. Partout, il a dirigé avec maîtrise les différentes séances du Congrès. Enfin, au banquet de clôture, il a exprimé ses remerciements à tous les délégués étrangers, ainsi qu'aux organisateurs. Il a été admirablement secondé dans sa tâche par le Prof. Clere, vice-président du Congrès de Paris.⁽¹⁾

Albert LeSAGE.

UNION INTERNATIONALE ET SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Présidence du professeur LEOPER,
Paris, 14 octobre 1936.

Ce Congrès s'est réuni à Paris, le 14 octobre, dans la salle du Conseil de la Faculté de Médecine. 34 Nations sont inscrites à l'Union. Par un heureux hasard, le Canada était représenté par le docteur Albert LeSAGE, délégué au Congrès de Médecine de Paris.

On a mis à l'étude quelques questions qui intéressent les médecins du monde entier.

1^o Professeur DAUTREBANDE (Liège) — *L'Organisation du Contrôle des Médicaments.*

(1) On peut se procurer ces rapports en s'adressant à Montréal, à MM. Eddé et Cie, et chez Masson et Cie, éditeurs, à Paris.

Le rapporteur étudie les règles de la réglementation des spécialités pharmaceutiques dans différents pays, en insistant sur les méthodes chimiques et biologiques, les seules qui puissent exercer un contrôle efficace, tout en sauvegardant les prérogatives de la profession pharmaceutique.

2^o Professeur ZOJA (Milan) — *Thérapeutique diétético-insuline du diabète.*

L'auteur exprime l'opinion qu'on doit employer l'insuline chez les malades soumis à une diète appropriée, et chez qui on constate quand même du sucre dans les urines. Selon lui, on ne doit pas réduire les glucides, surtout chez les personnes âgées, les rénaux, les cardiaques, les hypertendus et les artérioscléreux.

La quantité d'insuline est proportionnelle à la quantité des glucides utiles en pareils cas.

Cette diète devrait avoir le minimum de protides (0.8-0.9), le maximum de glucides (3 grammes et au-dessus), et le minimum de calories, en tenant compte des besoins du malade et de son poids.

3^o MM. MOURIQUAND et P. VIENNOIS — *L'acide ascorbique. Bases biologiques et cliniques de ses indications thérapeutiques.*

La découverte de l'acide ascorbique, synthétique, a révélé des résultats rapides à la suite de son emploi dans les maladies où il y a carence de la vitamine C (alimentaire, digestive ou nutritive). Son action est prophylactique au stade de début, et curative jusqu'à une certaine période de l'évolution de la maladie, pour devenir négative à une période avancée.

L'acide ascorbique est, aussi, utile dans les hémorragies d'origine capillaire, dans certaines toxi-infections, telle que la diphtérie, dont la toxine neutralise l'acide ascorbique contenu dans la cortico-surrénale. Il agirait aussi favorablement dans certaines anémies secondaires.

Les auteurs continuent leurs recherches.

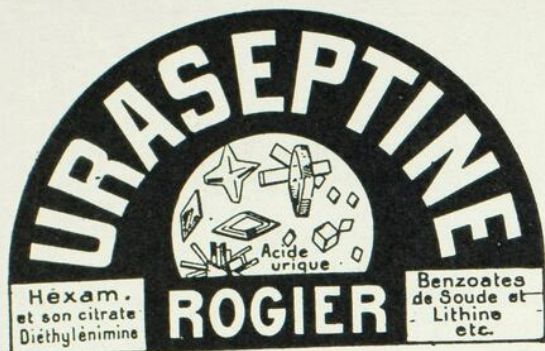
4^o M. CORDIER (Alfort) — *Méthodes de ranimation.*

Le rapporteur fait un exposé des méthodes manuelles de respiration artificielle, en indiquant « la raison d'un choix » parmi les méthodes classiques de respiration artificielle, et les améliorations qu'on peut y apporter à la lumière des travaux les plus récents. Il étudie, entre autres, la méthode de SILVESTER, où l'on pratique la respiration artificielle dans la position dorsale; puis, la méthode de SCHAFER, où l'on exécute le mouvement de ventilation pulmonaire dans la position ventrale. Il associe à ces deux méthodes celle de NIELSEN, où l'on associe le mouvement de l'élévation des bras aux deux méthodes précédentes.

Dans l'application de ces méthodes, le rapporteur envisage deux éventualités: a) celle où les voies respiratoires sont encombrées de liquide (submersion); b) celle où les voies respiratoires sont libres (intoxication par poison volatil, syncope).

Dans le premier cas, il conseille la méthode SCHAFER-NIELSEN, s'il y a deux sauveteurs. Dans le second cas, on emploiera la méthode SILVESTER, ou la méthode précédente, s'il y a deux sauveteurs, associée au message indirect du coeur.

Ce rapport est complété par l'exposé des manœuvres manuelles pouvant aider à la ranimation, avec quelques remarques sur la nécessité d'une éducation parfaite des sauveteurs.

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 — Abscess urineux — 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.

LACTOLAXINE FYDAU

COMPRIMÉS LAXATIFS DÉCONGESTIFS, CHOLAGOGUES
à base de Lactose, Sels biliaires, Phénol-phthaléine, Agar-agar.

Traitement Biologique


**DE LA CONSTIPATION, DE L'ENTÉRITE
DES AFFECTIONS DU FOIE
ANTISEPSIE GASTRO-INTESTINALE**

DOSE : 1 à 3 Comprimés le soir au Coucher.

LABORATOIRES BIOLOGIQUES ANDRÉ PÂRIS

Pharmacien de 1^{re} Classe, Ancien Interne et Chef de Laboratoire des Hôpitaux de Paris.
Membre de la Société chimique de France.

4, Rue de La Motte-Picquet, PARIS (France).
Echantillons et Dépôt Général : ROUGIER Frères, Montréal.




Épilepsie

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

5^o MM. RICHET et FACQUET (Paris). — *La pyrétothérapie dans les complications médicales de la blennorragie.*

Les rapporteurs ont étudié les résultats de la pyrétothérapie dans les complications de la blennorragie, à l'aide de substances chimiques (huile soufrée, etc...), ou bactériennes (Dmelcos, etc...), ou de procédés physiques (ondes courtes), associées ou non au traitement local.

Leurs statistiques révèlent 54% de guérison par les procédés physiques, 36% d'amélioration, et 78% de guérison dans les arthrites soignées par les substances bactériennes.

Ce traitement se caractérise par une sédation et une disparition rapide de tous les signes cliniques, qu'il s'agisse d'orchites, de métrites, de salpingites, de conjonctivites gonococciques, etc. Ces auteurs en étudient la pathogénie, et ils attribuent la guérison au fait que le gonocoque est le plus thermo-sensible des microbes pathogènes. Ils concluent que la « pyrétothérapie » permet de guérir, mieux et plus vite que les autres méthodes, les complications blennorragiques.

6^o MM. DESJARDINS et KRUSEN — *L'hyperpyrexie dans les infections gonococciques* (Mayo clinique).

Ces auteurs utilisent presque exclusivement la physiothérapie, c'est-à-dire le bain chaud, peu employé, et la diathermie ordinaire. Ils étudient les radiations à ondes courtes émises par un appareil spécial construit en Amérique: le Kettering Hypertherm avec lequel on peut obtenir une température centrale comprise entre 41.2° et 41.7°. Ils rapportent des faits d'observation qui démontrent que 99% des gonocoques sont détruits par la chaleur à 41° en cinq heures, ou à 42° en deux heures.

Leur méthode consiste à maintenir la température rectale entre 41.2° et 41.7°, pendant cinq ou six heures, et répétée de 1 à 5 fois, à intervalles de 2 à 3 jours. Ils ont obtenu ainsi des guérisons dans 92% des cas, surtout dans l'arthrite gonococcique.

7^o MM. WELTI, GAQUIERES et LEVEN — *Traitement chirurgical de l'hyperthyroïdie avec accidents cardiaques.*

Ces auteurs cherchent comment il convient de combattre la thyrotoxicose et les accidents cardiaques qui en sont la conséquence.

Ils donnent la préférence au traitement chirurgical; voici comment on peut résumer leur opinion:

«L'action du traitement chirurgical se fait sentir:

1^o Sur l'hyperthyroïdie qu'il guérit;

2^o Sur la fibrillation auriculaire; la régularisation du rythme s'observe dans un grand nombre de cas;

3^o Sur l'insuffisance cardiaque: la thyroïdectomie subtotale est susceptible de guérir complètement les asystolies les plus graves.

La thyroïdectomie subtotale est l'opération de choix: elle est la plus sûre et la plus logique. Dans la série opératoire de 59 cas qui fait l'objet de ce travail, la mortalité a été nulle.

La thyroïdectomie totale comporte des risques pour les parathyroïdes et le récurrent: elle est très exceptionnellement indiquée.

L'opération peut être effectuée en un ou plusieurs temps. Le choix de la graduation est fonction :

- 1° Des symptômes thyrotoïdiques;
- 2° Des symptômes cardiaques;
- 3° De la nature du goître.

Le traitement médical pré- et post-opératoire diminue le risque chirurgical, et permet d'intervenir dans les conditions les meilleures.

Les auteurs insistent pour terminer sur la nécessité d'opérer précocement pour obtenir un maximum de résultats. En effet, pour les malades opérés au stade initial de l'insuffisance cardiaque, la guérison complète et définitive est la règle.

Cette notion apporte également un argument en faveur des interventions précoces au cours de la maladie de BASEDOW, interventions qui permettront d'éviter un grand nombre de cardiomyosites. » (P. M.)

8° Professeur MARANON (Madrid) (1) — *Le traitement endocrinien de la migraine.*

L'auteur étudie la migraine au point de vue névro-végétatif. Il fait un rapprochement entre la prédisposition à la migraine et la prédisposition à l'épilepsie et à l'asthme. Il discute les relations qui existent entre la dysfonction de certaines glandes endocrines et ses retentissements sur l'équilibre névro-végétatif, et il affirme que c'est le déséquilibre, quel qu'il soit, qui est propice à l'accès de la migraine. On peut prescrire un traitement hormonal, mais il ne suffit pas toujours pour faire disparaître la prédisposition à la migraine; et il semble, en définitive, admettre que « tout en reconnaissant la réalité clinique de ce que nous venons de dire, et, par conséquent, qu'une opothérapie déterminée, ou ayant une action antiglandulaire déterminée, peut être utile dans certains cas de migraine, je ne crois pas que nous soyons autorisés à parler de « migraines endocriniennes », ni de « guérisons endocrines » de la migraine. »

Au point de vue traitement, il importe donc de soumettre ces malades à un régime pauvre en protéines d'origine animale, en leur prescrivant simultanément une médication cholagogue, cholérétique et opothérapique.

Cette question est encore à l'étude.

« En présence d'un migraineux, ajoute l'auteur, il faut être éclectique et non systématique ».

Mais pour conclure, on doit imposer au malade une cure prolongée de désintoxication hygiéno-diététique.

Le soir, un banquet réunit un grand nombre de personnalités étrangères et parisiennes, sous la présidence de son Excellence l'honorable ROY, ministre du Canada à Paris (2)

Albert LeSAGE

(1) Absent, en prison probablement, disait-on, en Italie.

(2) Ces rapports sont succincts, mais je réfère les lecteurs aux comptes rendus officiels que l'on pourra se procurer à Paris, à la Librairie MASSON, ou à Montréal, à la Maison Eddé & Cie.

NEUROTROPHOL BYLA

Tonique Nervin à base

d'acide nucléinique, d'hormones orchitiques et
de glycéro-phospharsinate disodique

SURMENAGE — EPUISEMENT — NEURASTHENIE

Le NEUROTROPHOL se révèle un merveilleux agent d'équilibration
du système génital **Neuro-Endocrinien**.

SPLENARMONE BYLA

Reconstituant général, à base

d'hormones hépatique et splénique, d'extrait de
muqueuse gastrique et d'extrait surrénal.

ANEMIES — CONVALESCENCE

(AMPOULES et SIROP)

TENEBRYL GUERBET

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

Moyen de contraste pour Urographie Intraveineuse

THERAPEUTIQUE ANTALGIQUE
TRAITEMENT IODÉ
RADIODIAGNOSTIC

LIPIODOL

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

AMPOULES
CAPSULES
EMULSION
COMPRIMÉS

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

LAFAY

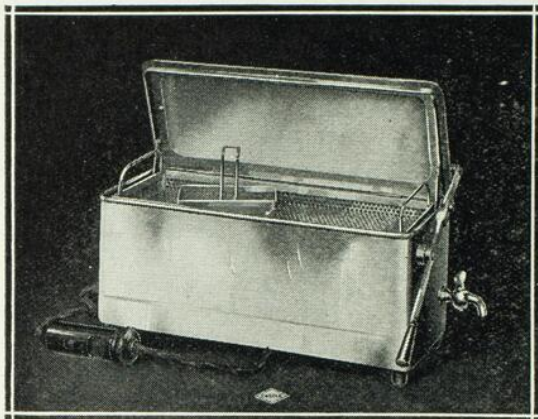
LES ÉTABLISSEMENTS BYLA, - - PARIS

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 Milliampéragé)

Générateur à Diagnostique (Condensateurs)

Générateurs à Diagnostique pour Praticien

Tables à Rayons-X (modèles de tous genres)

Fluoroscopes verticaux. Stéréoscope

Civière Radiographique Spéciale

Appareils à Haute-Fréquence

Escamoteurs de Cassettes

Ampoules à Rayons-X

Electro-Cardiographe

Accessoires.



Littérature descriptive gracieusement fournie

CASGRAIN & CHARBONNEAU
 Limitée

Représentants Exclusifs

Lancaster 3292

MONTREAL

30 est, rue St-Paul

REVUE DES LIVRES

La vésicule biliaire et ses voies d'excrétion, par M. CHIRAY, I. PAVEL, A. LOMON. (Chez Masson & Cie. Deuxième édition, Paris, 1936; 120 francs.)

Différente du premier volume par son format légèrement plus petit, cette magnifique contribution, consacrée à la vésicule biliaire et à ses voies d'excrétion, la dépasse aussi de toutes les recherches acquises depuis 1926, — ce qui porte la pagination à 862.

Le titre lui-même fait ressortir les conceptions relativement nouvelles qui marquent les étapes parcourues, conceptions dualistes, annonçant déjà MM. Chiray et Pavel dès 1930, c'est-à-dire nécessité clinique de dissocier l'étude du cholécyste proprement dit des voies d'excrétion, chacun possédant en quelque sorte son autonomie et ses fonctions particulières, nécessité aussi de ne pas limiter cette étude (1936) à la vésicule seule, si solidaire des organes d'excrétion, et de l'étendre à tout l'arbre biliaire. Le cholécyste n'est pas une « voie », mais un organe à fonction spécialisée; les voies biliaires extra-hépatiques n'ont par ailleurs « qu'une physiologie et une pathologie d'emprunt. »

Les auteurs ont voulu, cette fois, non seulement introduire le résultat de leurs recherches personnelles, mais encore, et surtout, « faire place aux diverses acquisitions faites à cet égard par les observateurs des deux mondes. »

Les chapitres concernant les questions que l'on peut considérer, à l'heure actuelle, mises au point y sont écourtés (v. g., ceux de la cholécystite chronique non lithiasique, de l'atonie vésiculaire, des cholécystites infectieuses, etc.); d'autres ont reçu un développement plus considérable, tels ceux s'adressant à la pathologie et aux indications opératoires ou médicales des cholécystites lithiasiques, des lithiases cholédociennes ou intra-hépatiques, des syndromes touchant les troubles du sphincter d'Oddi, des cholécystites suppurées, enfin des cholédocietes.

« Les progrès immenses réalisés dans la connaissance de la pathologie vésiculaire ont eu leur répercussion dans celle de sa thérapeutique. » Depuis 10 ans, on a appris exactement à quoi s'en tenir sur la valeur respective des régimes, des médications et des traitements post-opératoires. Là-dessus, les chapitres, pour le plus grand intérêt des médecins en général, se sont généreusement allongés. Les A. ont rendu justice à toutes les méthodes en les passant par le crible d'une critique impartiale, mais sans fard.

Le Dr Lomon, radiologiste, a suivi le mouvement, corrigé d'anciennes techniques, démontré, par de longues séries de clichés, la valeur des techniques récentes, mis en évidence l'aspect des canaux excréteurs autant que des ombres vésiculaires et des tumeurs moins fréquentes de ce réservoir, puis l'exploration radiologique des fistules biliaires spontanées. L'angiocholographie

possède un chapitre spécial. Les cholécystogastrotomies y font suite.

La valeur relative de l'épreuve de l'excrétion vésiculaire provoquée (par tubage duodénal) et de la cholécystographie y reçoivent une étude serrée.

Il n'est pas nécessaire de chercher dans plusieurs chapitres séparés la séméiologie, les complications, le pronostic, le radiodiagnostic et la thérapeutique de chaque entité ou syndrome.

On parcourra un exposé de chacune de ces parties *dans un même chapitre*. Sous la rubrique: cholécystite lithiasique, on lira successivement la séméiologie, le pronostic, le radiodiagnostic, les complications, le traitement, et cela sera plus vite fait. *Dans 150 pages environ on possédera toute la question*. On négligera les autres points, à loisir. Economie de temps. La table des matières est d'ailleurs sur ce point d'une aide précieuse.

A la fin de chaque chapitre, s'inscrit l'index bibliographique de tous les travaux mondiaux d'importance sur le syndrome exposé, — mais depuis 1926. Il a fallu reporter les lecteurs à la première édition pour les travaux antérieurs à cette période: ils sont trop nombreux.

Nous félicitons les A. de leur excellent index alphabétique des matières. D'un geste, on trouve le paragraphe d'intérêt immédiat.

Il est un troisième index qui flattera les auteurs internationaux: 14 pages sur trois colonnes.

Le lecteur aura tout avantage à s'inspirer des chapitres du début exposant la physiologie du cholécyste et des voies biliaires s'il doit mieux saisir ensuite le sens des chapitres sur la colique hépatique, les relations de l'intestin et des côlons par voie portale ou lymphatique, avec l'arbre biliaire, les phénomènes d'imprégnation radiologique et leur interprétation, l'épreuve de l'excrétion provoquée, enfin les diverses médications activantes.

Il y verra, bien prouvé, que la vésicule biliaire n'est pas seulement un réservoir contractile agissant en synergie avec le sphincter d'Oddi ou le pylore (dyspepsies vagues, dyspepsies dites vésiculaires, coliques hépatiques), mais aussi un organe à fonctions de concentration et d'absorption (des graisses, de la cholestérine, du mucus, des colorants, etc.), un organe sécrétoire défini (de bile, de mucus, de cholestérine, de pigments biliaires, etc.), voire un organe muni de réflexes lointains, influençant le pylore, le cardia, le duodénum, la sécrétion pancréatique, les réflexes coliques, bref, toute l'économie. Il y verra les relations entre la cholestérine du sang et du cholécyste, leurs relations directes et intimes, les effets de transformation subis par les éléments biliaires venus du foie avant d'atteindre le duodénum.

Plus loin, à propos du traitement médicamenteux de la lithiase biliaire, il retrouvera les médications susceptibles d'exercer leurs effets sur les diverses fonctions cholécystiques. Il faut lire ces quelques points, pour se convaincre de la complexité des traitements en pathologie vésiculaire, et de la nécessité d'une fine discrimination permettant de choisir dans chaque cas le produit quasi spécifique. Lisez: 1° la médication cholécystokinétique; 2° la médication cholérétique; 3° la médication relâchante; 4° la médication décholestérnissante; 5° la médication inhibitrice de la sécrétion; 6° la médication anti-septique, etc.

Il faut savoir que dans cette pathologie plus qu'ailleurs, selon la formule de Loeper, les aliments sont spécifiquement *médicaments*. Il faut

LES TOUX REBELLES

sont vaincues par le

CODOFORME

— BOTTU —



Véritable potion sèche et économique.

Tandis que sirops et potions représentent souvent, pour un prix similaire, 2 jours de traitement, l'étui de Codoforme en assure le double au minimum.



Aucune intolérance gastrique.

Les comprimés de Codoforme étant enrobés, ne sont dissous que dans le milieu intestinal; c'est là un avantage précieux pour de nombreux malades.



Agents généraux pour le Canada

Millet, Roux & Cie, Limitée

1215, rue Saint-Denis, - - Montréal



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

ELIXIR GABAIL

VALÉRO-BROMURÉ

Littérature et échantillon de:

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

savoir qu'il existe — pour le sceptique — des médications efficaces. Il faut apprendre comment doser, limiter la durée de ces médications, les alterner, souvent se prévenir de les administrer.

Le chirurgien se fera redire que la pathologie des voies biliaires est avant tout médicale, qu'avec la collaboration d'un médecin averti, il interviendra, mais qu'il devra choisir la technique la plus délicate et confier ensuite son sujet à une surveillance médicale attentive.

Chacun de nous y trouvera des directives. Que faire dans tel ou tel cas...

Le texte est, en outre, abondamment illustré de dessins, de schémas, de photographies, de planches en couleurs (en particulier sur l'interprétation des biles, par tubage, ou des vrais et des faux calculs).

Je ne crois pas que le praticien s'y perde à aucun moment. Aucune discussion superflue, oiseuse; les considérations théoriques — et encore! — s'inscrivent au début.

Ce livre vaut d'être lu et conservé pour références, par suite de son abondance, de sa clarté, de sa simplicité, et peut-être parce que cette pathologie embrasse plus du quart de cette médecine abdominale, où les troubles et maladies dites gastriques et intestinales, si souvent trompeuses, subissent en réalité les actions réflexes venues de cet étroit carrefour.

A coup sûr, *un livre*, à l'opposé de tous ces chers petits manuels, qui à mon avis répondent médiocrement aux cas précis qui posent pour nous chaque jour de nouveaux problèmes angoissants; un livre qui peut donner sur la question les tuyaux d'une consultation savante et amicale dans les moments embarrassants...

Jean LeSAGE.

INSTITUT SCIENTIFIQUE FRANCO-CANADIEN
1430, rue Saint-Denis, Montréal

Conférences publiques par le Professeur Chiray ⁽¹⁾

Mercredi, 16 sept. 1936: Formes et traitement de la cholécystite calculeuse.

Vendredi, 18 sept. 1936: Lithiase du cholédoque. Formes cliniques et traitement.

Lundi, 21 sept. 1936: La cholécystite chronique non lithiasique.

Mercredi, 23 sept. 1936: Les ictères catarrhaux. Conception actuelle et traitement.

Vendredi, 25 sept. 1936: La cholécystotonie et les biles noires.

Lundi, 28 sept. 1936: Les dyspepsies gastriques d'origine extra-gastrique.

Mercredi, 30 septembre 1936: Les stases cœcales et iléales. Les erreurs qu'elles entraînent.

Vendredi, 2 oct. 1936: Les mirages et les réalités de l'insuffisance hépatique.

Ces leçons auront lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.

(1) Nous publions ce sommaire comme référence pour l'année 1936.

SOCIÉTÉS

ASSEMBLEE SCIENTIFIQUE DU BUREAU MEDICAL DE L'HOPITAL NOTRE-DAME

22 octobre 1938.

Malformation génitale — Dr H. AUBRY.

Histoire du malade: Mlle Lucienne B..., 21 ans, domiciliée à Montréal depuis sa naissance, traitée en «dermato» pour acné pustuleuse, est admise en gynécologie pour douleurs abdominales et aménorrhée totale.

Histoire de famille: Père et mère vivants en bonne santé et normalement constitués. Quatre frères vivants en bonne santé. Un frère et une sœur morts de cause inconnue.

Examen: Cette jeune fille n'a jamais eu de menstruations ni de troubles cycliques. Elle est de taille moyenne, assez bien conformée. Le faciès est grossier avec acné pustuleuse. Les seins sont bien développés, les mamelons assez prononcés. Système pileux axillaire normal. Cœur et poumons, rien de spécial. P.A. 125/85. Abdomen: ombilic irrégulier.

L'examen gynécologique révèle: système pileux au pubis abondant. Mont de Venus bien conformé. Grandes et petites lèvres de dimensions normales. Clitoris normal. Méat urinaire bas situé entouré des franges de l'hymen. Toucher vaginal: impossible. Un infundibulum permet à peine l'introduction de l'index. Toucher rectal: nous ne sentons pas d'organes génitaux, internes, sauf un cordon fibreux s'étendant de gauche à droite interrompu par un nodule.

Laboratoire et Rayons X: Azotémie: 0.30 Glycémie: 1.30.

Diagnostic: Malformation génitale.

Considérations: La patiente avoue n'avoir aucun appétit sexuel. Nous croyons qu'il doit exister des petits ovaires situés quelque part étant donné son état général.

Nous avons proposé une intervention chirurgicale à la jeune fille et aux parents mais malheureusement le père a refusé carrément.

Discussion:

Dr Paul GABOURY: Mise à part la question d'intérêt scientifique, une laparotomie pourrait-elle apporter des avantages au point de vue de la santé de la malade?

Dr J. BRAULT: Ces cas se rencontrent-ils fréquemment?

Dr C.-E. GRIGNON: Comment classez-vous ce cas-ci? Androgynoïde ou Gynandroïde?

Dr Paul BOURGEOIS: Ces cas semblent être beaucoup plus fréquents depuis que la presse tabloïde voisine met à jour des histoires méconnues jusqu'à ce jour. Scientifiquement on peut douter de la véracité de ces journaux. Une fois par semaine, on entend parler de la transformation d'une femme

HISTIDIN - IFAH

Au point de vue thérapeutique les propriétés caractéristiques sont:

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

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

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

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

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

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

PRESENTATION: 5 et 20 ampoules à 5 cm³.

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

Renseignements fournis sur demande:

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

MArquette 9824

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

Les Lithinés du Dr Gustin

Procurent économiquement une
très bonne Eau de table
et de régime

Alcaline - Lithinée - Pétillante - Digestive

Indications:

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

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

Magnésie du Dr Gustin

MAGNÉSIE LOURDE, ASSIMILABLE

Magnésie active calcinée.

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

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

PRODUITS FRANÇAIS

LA CIE CANADIENNE DES AGENCES MODERNES

6614, DeLORIMIER

DOLLARD 1355

MONTREAL

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

en homme par une délicate opération. Je me permets de signaler que ces prétendues femmes ne devaient être ni plus ni moins que des hypospades complets méconnus. Ces sujets doivent être examinés avec patience et soins.

Depuis bientôt deux ans nous avons eu l'occasion d'observer un homme avec un utérus, une femme sans utérus et sans vagin, une femme sans vagin et sans utérus devenue veuve et remariée.

Il faut de plus examiner avec soin l'appareil urinaire; la plupart du temps, étant donné les rapports embryologiques, il existe des malformations rénales. Une collaboration étroite entre le gynécologue et l'urologue, permettra de trouver bien des anomalies.

Dr H. AUBRY: Au Major Gaboury, je répondrai que cette intervention ne changera rien à l'état de santé qui est bon. (Au Dr Brault) M. P. Bourgeois a fait une mise au point; pour ma part c'est le premier cas que je rencontre à Notre-Dame. (Au Dr Grignon) J'ai intitulé ma présentation, malformation génitale et je pense que la laparotomie refusée nous empêche d'établir la classification.

Réflexions en marge d'un cas de diabète rénal. — Dr A. GRATTON.

Glycosurie ne signifie pas toujours diabète

Causes de glycosurie	Diabète	Morphine. Adrénaline	
			Médicaments
Traitement non approprié expose à	Dénutrition	Blessure du rein	Fracture du crâne
	Hypoglycémie	Grossesse	Tumeur cérébrale
		Hyperthyroïdie	
	Alimentaire	Anesthésie: Ether	

Histoire du malade: Jeune homme, 26 ans, tailleur de cuir, hospitalisé pour diabète et phlegmon de l'amygdale gauche. Glycosurie découverte il y a 8 ans lors d'un examen d'assurance. A consulté depuis, plusieurs médecins qui, malgré absence de signes cliniques (polyphagie, polydypsie, polyurie) ont toujours pensé en présence de sa glycosurie à un diabète. *Diète hypohydrocarbonée.*

Histoire de famille: Pas de diabète connu parmi les membres de sa famille. Amygdalites à répétition depuis très longtemps.

Examen: Malade pâle, déshydraté, mauvais état général. Temp. 101°, Pouls: 100. P.A. 95/50. Phlegmon de l'amygdale gauche en voie de formation.

Laboratoire et Rayons X: Urines (spécimen): sucre, 16 gr. au litre; Acétone: absence.

Sang: Glycémie à 10 h. p.m., 11.11 gr. au litre.

Donc: Glycémie basse, glycosurie abondante, pas d'acétone, chez un malade avec très mauvais état général.

Voici schématisée l'évolution de ce malade jusqu'à sa mort.

Date 1936	Total des H. de C. ingérés	URINES		Sang		Evolution de la maladie
		Vol. 24 hrs	Glycosurie G.R.M.S. 0/00	Gly- cémie à jeun	Insuline unités	
26 sept.	50	Spec.	16	1.11	5	Les examens faits 10 hrs.
27 "	262	Incomp.	20	0.90	5	p.m. (ce jour)
28 "	282	1500	38.4	1.38	15	Grands frissons toutes les
29 "	282	1260	20.9	1.00	10	6 hrs. Temp. 104°. Sep- tico-pyohémie.
30 "	282	1050	19.4	0.90	5	Congestion pleuro-pulm. g.
1 Oct.	282	1250	19.5	—	10	Br. pneumonie double
2 "	282	700	9.9	—	5	(106°)
3 "	282	1600	22.8	1.05	0	Odeur fétide (gangrène pulm.)
4 "	350	1250	20.7	—	0	Décompensation cardiaque
5 "		1800	28.9	1.33	0	Mort 6 oct. 3 hrs a.m.

En résumé chez ce malade: a) Pas de signes cliniques de diabète, b) Pas d'histoire familiale de diabète, c) Glycosurie connue depuis 8 ans et n'évoluant pas vers le diabète, d) Glycosurie persistante et continue, e) Pas de relation entre quantité de glycose ingéré et excrété, f) Glycémies à jeun normales, non influencées par la quantité d'h. de c. ingérés et la violence de l'infection.

Ce sont là des signes du diabète rénal; il ne manque que l'épreuve d'hyperglycémie provoquée qui aurait dû être normale mais que nous n'avons pu faire.

Conclusions: Au point de vue social: a) Ce malade a été refusé par la compagnie d'assurance et n'aurait pas dû l'être, b) Aurait pu éviter hospitalisation et ses frais.

Au point de vue médical: Ce malade a suivi pendant 8 ans une diète. a) Inutile, b) Non suffisante pour son métier, c) Qui l'a mis en moindre défense devant infection banale.

Discussion:

Dr GRIGNON: Puisque vous ne pouviez pas faire une glycémie à jeun, n'aurait-il pas été préférable d'en faire une deux heures après un repas?

Quel est le véritable signe d'hypoglycémie?

Dr GRATTON: Au début nous ne croyons pas avoir affaire à un diabète rénal; il est évident qu'une glycémie aurait facilité le diagnostic; au point de vue hypoglycémie, cinq unités d'insuline ne pouvaient nuire; l'infection augmente d'une façon générale la glycémie.

A tout événement, le diagnostic n'était pas absolument précis.

Abcès du Douglas à la suite de placenta praevia. — Dr J. FORTIER.

Histoire du malade: Mme E. B..., secundi pare, 24 ans, enceinte de 8 mois. Admise d'urgence le 21 août 1936 à 1 h. p.m. Température 99°, pouls 130. OIGA. Cœur fœtal positif mais rapide. Dilatation à petite paume. Placenta praevia marginal qui saigne abondamment depuis 14 heures.

Antécédents personnels: Rougeole en bas âge. Néphrectomie à l'Hôtel-Dieu en 1926. Rein T.B.(?) Un accouchement antérieur normal avec suites de couches normales. Passé gynécologique normal.

Antécédents héréditaires: Rien à noter.



“Aimeriez-vous essayer un ‘gelandesprung’?”
“Merci, je vais m’en tenir à mes Sweet Caporals!”

CIGARETTES SWEET CAPORAL

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



Bronchites

MATIN, MIDI et SOIR
une cuillerée à soupe de

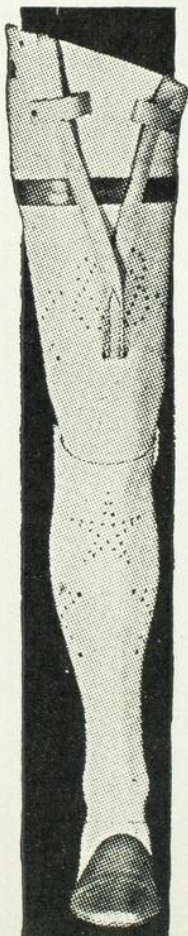
« Éliminé par les Bronches,
« le "Lacto-Croosote Famel"
« détermine un processus inflam-
« matoire simple, qui fait réagir cet
« organe contre le catarrhe chronique. »
FERRAND.

SIROP FAMEL

Echantillons gratuits sur simple demande adressée à

P. FAMEL, Fabricants de Produits Pharmaceutiques, PARIS (20^e), 20-22, Rue des Orteurs

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

Traitement: A 1 h. 15 sérums I. V. et sous anesthésie au chloroforme. Dilatation manuelle. Version podalique. Enfant vivant. Délivrance artificielle. Pituitrine I.M. glace.

Dès le 12 août lochies abondantes, odorantes, qui diminuent progressivement et cessent le 1er septembre, laissant un utérus en subinvolution difficile à délimiter, parce que pris dans une gangrène de péri et paramérite, avec col fermé, indolore, non mobilisable, et culs de sacs latéraux effacés et Douglas surtout sensible et cartonné au bas-ventre, douleur et défense musculaire modérée avec troubles de la défécation.

Etat local stationnaire, malgré glace et thérapeutique anti-infectieuse générale jusqu'au 1er octobre, où traitement à l'Elliott recommandé par les gynécologues amène une fluctuation du Douglas avec ascension thermique de 102° à 104°. Le 6 octobre, ponction du Douglas retire pus verdâtre peu odorant. Le 7 octobre, colpotomie postérieure et drainage. Déferescence thermique, amélioration de l'état général. Le 13 octobre, nouvelle saute de température annonçant une phlébite du membre inférieur droit actuellement en évolution.

L'état général s'est maintenu assez bien, du 11 août au 6 octobre, avec une température oscillant d'un degré quotidiennement, entre 99 et 103, une anémie progressive malgré les transfusions et foie de veau, avec des crises lipothymiques rares.

Toute la thérapeutique anti-infectieuse locale et générale a été mise en œuvre. Douches vaginales, ergot, glace, charbon i.v. au début, septicémie, sérums glucosés et physiol. Sherman, abcès de fixation, 6 transfusions, du 31 août au 7 septembre.

Laboratoire:

13 août	G.R.	2,800,000	
	G.B.	30,000	Poly N. 91
			Lympho. 3
25 août	G.R.	2,400,000	
	G.B.	16,000	Poly N. 84
			Lympho. 12
16 sept.	G.R.	1,900,000	
	G.B.	13,000	Poly N. 79
			Lympho. 17
29 sept.	G.R.	2,000,000	
	G.B.	24,000	Poly N. 85
			Lympho. 9

18 août: Lochioculture: négative

Analyses d'urine: toujours normales

Discussion:

Le Dr Fortier étant absent, le Dr AUBRY prend la parole.

Nous avons vu cette malade sur requête: Le petit bassin était rempli par une masse remontant à 2 ou 3 travers de doigt au-dessus du pubis. La diathermie est employée pendant quelques jours pour ramollir cette masse; une ponction est faite et une colpotomie décidée. L'opération est faite et cette malade qui draine encore beaucoup survivra probablement, bien qu'«handicapée» par sa néphrectomie antérieure. Il y a quelques jours, elle a fait une poussée de phlébite à la jambe droite.

Nous donnons des séances journalières de quelques minutes au début et ensuite d'une heure. Quand il n'y a pas de suppuration, la diathermie donne des résultats satisfaisants.

Tuberculose verruqueuse d'origine endogène.

Drs A. MARIN et A. SABETTA.

Histoire du malade: A. B..., 34 ans, italo-canadien, présente à la face postérieure de la main et de l'avant-bras droits une nappe (végétante en bordure et cicatricielle au centre) s'étendant des portions supérieures des phalanges jusqu'à quatre travers de doigts au-dessus de l'articulation du poignet. La lésion fait à son pourtour une saillie notable à la surface des téguments et présente par endroits un halo violacé. Au poignet, du rebord cubital au radial, sur une largeur de trois travers de doigts s'étale une bande indurée papillomateuse, hérissée de verrucosités grisâtres. Aux jointures s'observent deux plaques arrondies et polylobées de même aspect, séparées par une languette cicatricielle. Entre ces trois zones existe sur la face dorsale de la main un tégument cicatriciel, lisse avec çà et là quelques taches violacées et plusieurs points pigmentés. Pas d'adénopathie épitrochléenne ou sous-axillaire. Etat général bon.

Laboratoire et Rayons X: La coupe histologique montre une structure bacillaire typique.

B.W. Négatif.

La radiographie pulmonaire montre quelques vieilles lésions apparemment non évolutives.

Considérations: Cette tuberculose verruqueuse est apparue vers l'âge de 1½ an, après l'amputation du médius gauche et de l'auriculaire droit, atteints de spina-ventosa, vers l'âge de 18 mois, à la suite d'une rougeole et le commencement se fit au niveau de la plaie opératoire de la main droite qui se fistulisa. Il est évident qu'il s'agit ici d'un cas de tuberculose verruqueuse par auto-inoculation, cas peu fréquent, étant le plus souvent d'origine exogène.

Pas de discussion.

Anévrisme de la crosse aortique. — Drs A. LEGER et G. BARRY.

Histoire du malade: Mme L. V..., 63 ans, est admise dans le service de médecine du Professeur LeSage en 1936. Apparition, il y a trois ans, d'un soulèvement de la région sternale, au niveau de la 1ère côte gauche; indolore au début il a graduellement donné de l'engourdissement, de la dysnée et des douleurs qui sont disparus avec le traitement approprié. Regression et réapparition successivement en février 1935 et en août 1936. Elle revient pour sa réapparition.

Histoire de famille: Rien à noter.

Histoire personnelle: Rougeole. Métrite à 18 ans. Arthrite ou synovite des deux genoux, il y a 8 ans. Ménopausée à 38 ans. Aucune grossesse.

Deux mariages. Premier à 27 ans, mari bien, mort à la suite d'un accident: Deuxième: mari vivant, bien portant, dit-elle.

Examen: Tumeur sternale au niveau de la 1ère côte gauche, indolore au toucher, non pulsatile à l'entrée, consistante, violacée, mesurant 7 x 6 x 3-4

IODALOSE GALBRUN

IODE PHYSIOLOGIQUE, SOLUBLE, ASSIMILABLE

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

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

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

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

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

PROSTHÉNASE GALBRUN

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

NE DONNE PAS DE CONSTIPATION

ANÉMIE. — CHLOROSE — DÉBILITÉ — CONVALESCENCE

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

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

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

DÉSENSIBILISATION AUX CHOCS

PEPTALMINE

MÉDICATION ANTIANAPHYLACTIQUE POLYVALENTE

PEPTONES de VIANDE et de POISSON - EXTRAITS d'ŒUFS et de LAIT
FARINE DE BLÉ

INDICATIONS

MIGRAINES. URTICAIRE

STROPHULUS. ECZEMAS. PRURITS

TROUBLES DIGESTIFS PAR ASSIMILATION DÉFECTUEUSE

POSOLOGIE

DEUX DRAGÉES OU DEUX CUILLERS
À CAFÉ DE GRANULÉS UNE HEURE
AVANT CHACUN DES 3 REPAS.

Laboratoire des Produits SCIENTIA, 21, rue Chaptal, Paris 9^e



Représentants exclusifs pour le Canada: HERDT & CHARTON, Inc., 2027, McGill College Ave, Montréal.

Téléphone: PLateau 7221

Heures de Bureau:
De 9 A.M. à 6 P.M.

Mlle J. FAUBERT, G. M. E.
PÉDICURE

a transporté son bureau de l'Hôtel Windsor
à la Maison Robt. Simpson Co. Ltd.

977 ouest, rue Sainte-Catherine

MONTREAL

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.

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.

BUREAUX À LOUER POUR MÉDECINS

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

INFIRMIER DIPLOME

—♦♦—
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.

cm. A l'entrée la patiente accuse quelques douleurs précordiales s'irradiant un peu vers le bras gauche.

Auscult.: S.S. au F.M. 2ième bruit accentué.

Légère auscultation du 2e bruit A. avec léger souffle au F.A.

Souffle systolique perçu au niveau de la tuméfaction.

Pas d'éréthisme.

Tension artérielle; Tracés. Pouls: 76.

Poumon: rien de spécial.

Pas d'œdème. Réflexes lents. Pâleur, asthénie, arc sénile, langue saburrale.

Laboratoire et Rayons X: Ponction lombaire et B.W. actuellement négatifs. Examens antérieurs négatifs.

Rayons X: Graphie. Voir dossier. Calcification.

Orthodiagramme: Légère augmentation de volume du V.G.

Anévrisme de la crosse de l'aorte (face ant.)

Images bien nettes en OAG et OPD.

ECG. Surtout à noter: léger éréthisme, allongement de P-R et S-T en DIII.

Oscillométrie: voir graphiques.

Diagnostic: Anévrisme de la crosse de l'aorte.

Considérations: La malade est présentée surtout à cause de la rareté de ces manifestations de nos jours et aussi pour le peu d'accentuation des signes qui sont eux-mêmes peu nombreux pour une lésion de ce genre. Soumise au cyanure de HG et à la Naialgine l'anévrisme semble légèrement regresser. Actuellement elle mesure 6 x 6.75 cm. Les pulsations se perçoivent facilement au toucher.

Discussion:

Le docteur Barry étant absent, le docteur LEGER résume les faits saillants de la communication qui sont: la rareté de nos jours d'un anévrisme de cette taille et la dissection des plans extérieurs par l'anévrisme; il n'existe aucune cause de compression du côté du médiastin. Tout est à l'extérieur.

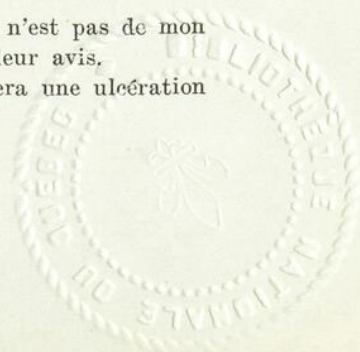
M. J.-U. GARIEPY: Voudriez-vous m'expliquer comment il se fait qu'il n'existe pas de synchronisation entre la pulsation de l'anévrisme et le pouls radial?

M. BOULAIS: J'ai vu cette malade dans le service. Elle présente une tumeur considérable qui est en danger de rupture. Est-ce qu'un appareil de prothèse ne pourrait en prévenir la rupture?

Dr Léger: En réponse au docteur Gariépy, je dis qu'il y a un retard évident, si vous tenez compte de la pulsation de l'anévrisme et du pouls, mais ceci est normal. Nous en avons fait l'expérience et il ne semble pas y avoir de différence d'un pouls radial à l'autre.

Quant au Dr BOULAIS qui propose un appareil, ceci n'est pas de mon ressort et je demanderai aux chirurgiens de nous donner leur avis.

M. J. TREMBLAY: Un appareil de protection amènera une ulcération de la peau et favorisera la rupture.



Deux cas d'ophtalmie sympathique. — Dr J. BRAULT.**1ère observation**

Histoire du malade: M. B..., 17 ans. Il y a 6 ans perforation de la sclérotique par un clou au niveau des procès ciliaires. L'œil conserve une vision relative. Un mois après l'accident diminution de la vision des deux yeux. Enucleation de l'œil blessé trois mois après l'accident, suivi d'une amélioration de la vision de l'œil gauche. Celle-ci ne se maintient guère au delà de trois semaines après l'intervention.

Examen: Oeil droit: énucléé. Oeil gauche: œil phthisique.

2e observation

Histoire du malade: M. R..., 17 ans. Blessé à l'œil droit il y a 10 ans par coup de ciseaux qui a produit une plaie profonde scléro-cornéenne. Après 3 semaines de traitement perte de la vision des deux yeux. Enucleation de l'œil gauche s'améliore considérablement. Trois mois plus tard récidive et perte de la vision.

Examen: Oeil droit: énucléé. Oeil gauche: dépôts sur la cornée et sur l'iris. Séclusion pupillaire; vision: mauvaise perception lumineuse.

Considérations: Etiologie: Corps étrangers intra-oculaire et plaies scléro-cornéennes surtout celles intéressant les procès ciliaires.

Début: de deux semaines à plusieurs années après l'accident.

Conduite à tenir: Enucleation et éviscération du globe oculaire chaque fois que celui-ci est touché au niveau des procès ciliaires et qu'il a perdu toute vision. Expectation armée dans les cas où l'œil conserve une vision utile.

Pas de discussion.

Sciatique rebelle. Sacralisation de la 5e vertèbre lombaire. Verrouillage lombo-sacré. Guérison depuis sept mois. — Dr Roma AMYOT.

J'ai présenté ce malade et ai rapporté son observation à une séance scientifique du Bureau Médical. C'était, si j'ai bonne mémoire, au printemps de cette année. Je vous résumerai brièvement l'histoire de son affection et les éléments de son syndrome.

Le malade souffrait d'une douleur sacrée, située à droite, irradiant vers la fesse, la face postérieure de la cuisse, la face externe de la jambe et la cheville du pied. L'algie s'était installée en novembre 1934, à l'occasion d'une chute sur le siège. Elle s'était accrue à la suite d'un effort musculaire survenu en mars 1935. Depuis le second traumatisme, le malade était pratiquement impotent. Il ne pouvait porter le poids du corps sur la fesse droite, soit en position assise, soit en décubitus latéral ou dorsal. La marche était très pénible, avec usage d'une canne et claudication, le tronc anté-fléchi et incliné vers la gauche avec saillie de la fesse droite et élévation de la crête iliaque droite. Le malade souffrait constamment. Le rachis lombaire était rigide avec contracture para-vertébrale droite. Les muscles de la fesse, de la cuisse et de la jambe droites étaient atrophiés. Les réflexes rotuliens sont achilléens droits étaient affaiblis. La pression à l'émergence de la 5ème racine lombaire, à la grande échancrure sciatique, à la gouttière ischio-trochantérienne, sur le nerf crural à l'aîne, au creux poplité, à droite, était très douloureuse.

La tension, la circulation, la composition et les réactions du liquide céphalo-rachidien étaient normales. Le transit lipiodolé sous-arachnoïdien se faisait bien. La radiographie vertébrale décéla *une double sacralisation de la 5e vertèbre lombaire*.

Ce malade fut soumis aux *traitements* suivants:

Diathermie lombo-sacrée

Radiothérapie vertébrale

Injection épidurale de 50 cc. de novocaïne à 1 %

Immobilisation pendant 20 jours sur un plan rigide avec extension et contre-extension du tronc.

Imprégnation des racines postérieures lombo-sacrées par alcool absolu (selon la méthode de Degliotti).

Ces traitements n'amènèrent aucune amélioration notable et surtout persistante. En dernier ressort, je conseillai un *verrouillage vertébral de la région lombo-sacrée, par greffe osseuse*.

L'opération fut effectuée, en mai 1936, par le docteur Samson de l'hôpital du Sacré-Cœur. Le malade fut immobilisé au lit pendant trois mois. Il porte un corset plâtré s'étendant des seins à la racine des cuisses, depuis quatre mois.

Le malade actuellement ne souffre plus. Son existence est transformée. Son tronc se maintient droit. Il peut prendre toutes les positions dans son lit. Il marche facilement sans canne et sans boiterie. Il s'assied normalement. Seules persistent une faiblesse et une sensation de raideur à la cheville droite. Il pourra travailler, je crois, dans quelques mois.

Considérations: Le verrouillage lombo-sacrée n'est certainement pas une mesure thérapeutique à appliquer à tous les cas de sciatique. Elle devient nécessaire, peut le devenir en tout cas, quand on a affaire à des douleurs lombo-sacrées à irradiation vers les membres inférieurs, tenaces et sévères, invalidant les malades, auprès desquelles ont échoué toutes les méthodes de traitement conseillées et occasionnellement efficaces; *quand ces douleurs dépendent d'un trouble de la statique vertébrale*. Notre malade est un exemple de l'efficacité du traitement chirurgical réalisé dans de semblables conditions. Si on se rapporte uniquement à la valeur que l'on attribue trop systématiquement au vocable *sciatique*, il paraîtra excessif d'employer contre une affection regardée comme bénigne une thérapeutique aussi radicale et délabrante. Si, d'autre part, on s'arrête à juger qu'un tel traitement a été mis en œuvre contre un syndrome qui paralysait complètement, depuis presque deux ans, l'activité du malade et l'assujettissait sans répit à une douleur profonde, on conclut qu'il valait la peine de recourir, en dernier ressort, à une intervention orthopédique. D'ailleurs une telle conduite est conseillée par des auteurs; appliquée à bon escient elle s'est montrée efficace.

Discussion:

Dr AMYOT: Je voudrais faire marcher ce malade devant vous. Je l'ai présenté au printemps et il avait une attitude toute différente de maintenant. Le seul intérêt dans ce cas consiste à vous faire constater l'efficacité de l'intervention qu'il a subie.

Dr BLAGDON: Dans les cas de sciatique rebelle, on ne recherche pas assez d'autres causes que les anomalies qui donnent souvent lieu à des crises.

Je soulignerais la nécessité dans ces cas d'une très étroite collaboration entre les médecins et les chirurgiens.

M. B. G. Bourgeois: Est-ce que l'on a constaté des lésions osseuses? Quelle sera la durée de son amélioration? Nous pensions qu'il ne fallait pas faire de verrouillage dans des douleurs névralgiques lombo-sacrées. Si le malade avait une lésion lombo-sacrée, le résultat serait définitif.

La sciatique est un problème très complexe pour la thérapeutique. Nous avons vu un médecin qui à la suite d'une typhoïde a fait une sciatique rebelle qui a été complètement guérie par une résection du pré-sacré.

C'est une question qui passionne tous les chirurgiens; c'est une question que nous avons agitée au cours d'un voyage aux Etats-Unis; Un orthopédiste constatait que le verrouillage donnait de bons résultats et un autre nous répondait: Je n'en fais plus, parce que ça ne donne aucun résultat.

Dr TREMBLAY: Le Dr Hauser préconise les plâtres en hyperextension dans les cas de déficience dorso-lombaire; dans les cas de sciatique constituée, il préconise l'opération d'Auber (résection du fascia lata). Si le traitement ne répond pas, il conseille d'essayer le verrouillage.

Dr J.-U. GARIÉPY: La question est complexe: dans l'arthrite sacro-iliaque, on peut essayer la cautérisation; un blocage à la novocaïne amène la disparition de la douleur.

Les multiples moyens que nous avons à notre disposition prouve qu'aucun ne détient la vérité sur la guérison.

M. AMYOT: Mon intention était de m'excuser de présenter ce malade en raison du peu d'intérêt qui devait en ressortir; mais devant cette discussion touffue au point de vue nombre, mon doute s'évanouit. D'après le sens de ma communication, je suis du même avis que le Dr Blagdon. J'espère que dans quelques mois nous pourrons rapporter une observation d'un cas semblable, opéré cette fois par le Dr Blagdon avec le même bon résultat.

Le Dr Bourgeois a présenté des idées très justes, seulement je crois que le sympathique n'a réellement pas grand chose à faire avec la sciatique. Je ne crois pas qu'une intervention sur le sympathique soit de nature à modifier une lésion qui siège aux vertèbres.

Si dans certains cas l'intervention a amené la guérison, elle est peut-être survenue à cause du repos et à cause d'une décongestion sanguine qu'on aurait pu amener avec toute autre incision vertébrale. Quant à la sympathectomie lombaire et l'imprégnation sympathique, je dois dire au Dr Gariépy que je n'ai pas trop confiance dans ces injections contre la sciatique. L'injection paravertébrale à l'alcool en voulant atteindre la chaîne sympathique, peut imprégner les nerfs rachidiens à la sortie des trous de conjugaison et amener l'amélioration clinique de la douleur par ce mécanisme indirect et involontaire.

Sur la fréquence de l'otite moyenne aiguë suppurée chez l'enfant.

Dr L.-C. SIMARD.

L'otite moyenne aiguë suppurée chez l'enfant, a fait l'objet, en ces dernières années de nombreux travaux de la part des auteurs américains. L'unanimité cependant est loin d'être faite sur son importance. Pour les uns, l'otite n'est qu'une maladie surajoutée, une complication, survenant chez des enfants

Constitue pour les bébés le plus excellent mélange lacté.

Ces sirops de Maïs, uniques par leur pureté, constituent la forme idéale sous laquelle les hydrates de carbone peuvent être utilisés dans le régime alimentaire des bébés.

Dans le régime alimentaire des enfants normalement constitués, les sirops de Maïs "CROWN BRAND" ou "LILY WHITE" peuvent être mélangés au lait; en quantités plus grandes que les autres sucres sans crainte de provoquer des troubles gastro-intestinaux.

Ces sirops de Maïs sont en vente dans toutes les épiceries et sont véritablement économiques. Des méthodes de fabrication strictement hygiéniques assurent une pureté sans égal, et vous pouvez utiliser ces sirops de Maïs en toute sécurité.



POUR LES MÉDECINS SEULEMENT

Un petit calculateur de poche contenant les différentes diètes d'enfants dans lesquelles rentrent ces deux célèbres sirops de blé d'Inde (Maïs) en plus d'un traité scientifique sous forme de livret pour la nutrition des bébés et des tablettes de prescriptions peuvent être obtenues sur demande. Découpez le coupon ci-dessous et ces imprimés utiles vous seront envoyés immédiatement.

Découpez ici.

The CANADA STARCH CO., Ltd,
Montréal

Veuillez m'envoyer

CALCULATEUR

Livret: "LES SIROPS DE MAÏS
DANS L'ALIMENTATION DES
ENFANTS"

TABLETTES DE PRESCRIPTIONS

Nom

Adresse

SIROPS de MAÏS EDWARDSBURG "CROWN BRAND" et "LILY WHITE"

Manufacturés par THE CANADA STARCH COMPANY, Limited

ILS ONT RÉSISTÉ À L'ÉPREUVE!

Deux produits scientifiquement sains, soigneusement préparés pour les enfants en bas âge, conçus et fabriqués pour l'usage des médecins, et mis à leur disposition pour être jugés seulement qu'à la barre de l'opinion professionnelle.



Matière descriptive et échantillons de Lactogen et de Hylac adressés avec plaisir aux médecins. Envoyez-nous votre bulletin professionnel par la poste, à:



NESTLÉ'S MILK PRODUCTS (Canada) LTD
Toronto - Metropolitan Bldg - Canada

MAISON ET BUREAUX POUR MÉDECIN**3447, rue SAINT-HUBERT****3 ÉTAGES****19 pieds 8 pouces de largeur en avant.****18 pieds 10 pouces de largeur en arrière.****Terrain 129 pieds de profondeur et superficie totale 2,491 pieds**
(mesure anglaise)

Étage du salon: 10 pieds 3 pouces de hauteur.

Étage des chambres: 9 pieds 5 pouces de hauteur.

Étage salle à manger: 9 pieds de hauteur.

Étage du bas: salle à manger, cuisine, office, chambre de bonne, salle de bain.

2ième étage: living-room, bibliothèque, boudoir.

3ième étage: 4 chambres à coucher, salle de bain.

Plancher en bois dur.

Garage à l'épreuve du feu, construit il y a deux ans, au coût de \$1,000.00, chambre (débaras).

Pour prix et conditions, s'adresser à

GUY MONTPETIT, ingénieur,**513 est, rue Rachel — Tél. AMherst 3983.****À VENDRE À SACRIFICE**

les appareils très peu usagés suivants:

- a) Un cabinet de Diatermie Super-Hogan;
- b) Un Polysine presque neuf, avec des accessoires non usagés;
- c) Une lampe Alpine en parfaite condition;
- d) Une table avec coussin pour les traitements usuels.

Venez vous rendre compte par vous-même.

Dr SÉVILLE CHEFF,**3864 Parc Lafontaine, Montréal.**

souffrant déjà de gastro-entérite, de broncho-pneumonie ou de dénutrition. Il faut évidemment la traiter à cause des mastoïdites et des méningites secondaires qu'elle peut entraîner, mais elle ne saurait être la cause des manifestations morbides gastro-intestinales si fréquentes. Pour d'autres, au contraire, et nous croyons qu'ils sont la majorité, l'otite souvent méconnue, souvent rebelle, souvent récidivante, est la cause fréquente de troubles gastro-intestinaux qualifiés de gastro-entérite.

Renaud, en France, a été peut-être le premier à attirer l'attention des pédiâtres sur la fréquence et l'importance des otites insidieuses chez le nourrisson. Mais, depuis, les revues françaises n'ont publié, sur le sujet, que quelques travaux dont le plus intéressant et le plus récent est celui de Oréviceau, Herovici et Grumberg. Au Canada, malgré le voisinage des Etats-Unis, l'attention n'a été attirée sur le sujet qu'à deux ou trois reprises par D. Longpré et P. Panneton.

Depuis 1935, la fondation d'un service de Pédiatrie à l'hôpital Notre-Dame, nous a permis de pratiquer des autopsies d'enfants et de constater chez ceux-ci la très grande fréquence de l'otite aiguë suppurée. Depuis janvier 1935, quarante-neuf autopsies ont été pratiquées sur des enfants en-dessous de 2 ans. Dans 34 cas existait une otite suppurée: simple dans 6 cas, double dans 28 cas. Voici les diagnostics cliniques qui ont motivé l'entrée de ces enfants à l'hôpital:

Otite	11	Gastro-entérite	10
Bronchite et broncho-pneumonie	7	Dyspepsie	2
Anémie	1	Sous observation	1
Convulsions	1	Rachitisme	1

Sur ces 34 cas, trente ont subi des paracenthèses, une ou plusieurs fois. Trente fois, la broncho-pneumonie était associée à l'otite. Enfin, l'otite était accompagnée de mastoïdite et de méningite suppurée dans 4 cas. Il paraît donc évident que l'otite moyenne suppurée, simple ou double, est une maladie très fréquente chez l'enfant, puisque nous l'avons rencontrée dans 67.31% des cas.

L'otite a-t-elle été dans ces 34 cas l'origine des troubles gastro-intestinaux et pulmonaires? Est-elle simplement une complication au cours d'infections intestinale ou pulmonaire?

Depuis longtemps, les anatomo-pathologistes qui se sont occupés de rechercher les lésions gastro-intestinales chez les enfants, sur lesquels on avait porté le diagnostic clinique de gastro-entérite, n'ont trouvé, dans la plupart des cas, que des dilatations plus ou moins marquées de l'estomac et de l'intestin. Presque toujours, dans ces cas cliniques de gastro-entérite, la muqueuse de l'estomac et de l'intestin est indemne. Il faut donc convenir que le diagnostic de gastro-entérite est bien souvent erroné et que les manifestations cliniques: vomissements et diarrhées ne sont que des symptômes secondaires à une lésion située ailleurs et peut-être de nature réflexe.

Nous ne voulons pas par là nier l'existence de la gastro-entérite vraie, mais elle nous paraît beaucoup moins fréquente qu'on le croit généralement et nos constatations, à la salle d'autopsie, nous permettent d'affirmer qu'elle est rare. Y a-t-il lieu de rattacher dans tous les cas les lésions pulmonaires et les symptômes gastro-intestinaux à l'otite? Nous ne le pensons pas, parce

qu'il existe des broncho-pneumonies et des troubles digestifs en dehors de lésions auriculaires; mais il faut bien admettre d'autre part que, très souvent, si l'on veut se donner la peine de la chercher, l'otite précède les manifestations pulmonaires et gastro-intestinales.

Il nous a paru intéressant de porter, dès aujourd'hui, nos constatations devant cette assemblée.

Si l'otite aiguë suppurée est fréquemment à l'origine des broncho-pneumonies et des troubles digestifs, il y aurait lieu de la prévenir, de la rechercher systématiquement et de la traiter le plus tôt possible.

Le problème est important. Nous nous proposons de l'étudier attentivement en collaboration avec des pédiâtres et des otologistes.

Discussion:

Dr LETONDAL. M. Paul Letondal est d'accord avec M. Simard sur la fréquence de l'otite chez le nourrisson, qui est très souvent à l'origine de troubles digestifs (vomissements, diarrhée), que l'on qualifie souvent de gastro-entérite, alors qu'il y a aucune preuve qu'il existe un état inflammatoire de la muqueuse gastro-intestinale.

Dr ROBERT: Dans les cas douteux d'otite, est-ce mieux de faire une paracenthèse?

Dr SIMARD: Je suis heureux que M. Letondal prenne part à la discussion. L'otite et la broncho-pneumonie sont souvent des manifestations secondaires à une infection du rhino-pharynx.

Lorsqu'un enfant fait de la fièvre et qu'il présente un syndrome de « gastro-entérite » il faut rechercher l'otite.

Au Dr Robert. La paracenthèse est une intervention bénigne et dans les cas douteux il me semble qu'on doive la pratiquer.

Dr PANNETON: Je voudrais appuyer sur le fait relaté par le Dr Simard. L'otite même suppurée chez le nourrisson peut ne donner aucune modification du tympan. Je préfère pratiquer la ponction. Il ne faut pas se précipiter et ouvrir immédiatement. Je préfère attendre 24 heures, car la paracenthèse peut déterminer une suppuration.

Dr SIMARD: Est-ce que vous croyez que le fait d'ouvrir le tympan dans les cas d'otite catarrhale va nécessairement entraîner la suppuration?

Dr PANNETON: Je le crois, car il est impossible de désinfecter le conduit.

Dr SIMARD: La paracenthèse exploratrice, à votre sens, causerait l'infection secondaire et la suppuration.

Dr PANNETON: Dans le cas de l'otite muqueuse, je le crois.

Groupes sanguins et transfusions chez les nouveau-nés.

Dr A. BERTRAND.

Bien que les indications de la transfusion sanguine soient moins nombreuses et moins variées chez le nouveau-né que chez l'adulte ou le nourrisson, il faut savoir cependant qu'elles existent, et que l'enfant peut tirer profit de ce mode de thérapeutique. Il ne nous appartient pas de déterminer le moment de l'intervention ni les voies à prendre pour obtenir un bon

Salines

LES SELS DANS LA CONSTIPATION CONGENITALE

L'usage régulier de sels est conseillé dans les cas de constipation due à l'hyperplasie de la muqueuse intestinale. La sûreté des sels les rend particulièrement adaptables parce que dans ces cas leur administration est habituellement prolongée.

Sal Hepatica

agit doucement, quoique parfaitement, en débarrassant l'intestin des déchets dangereux, par une douce osmose, une diminution de l'absorption et une augmentation du péristaltisme. Il fournit les sels minéraux naturels destinés à conserver et augmenter la réserve alcaline... donne de la résistance et contribue à l'amélioration générale de la santé.

Une nouvelle expérience indique que Sal Hepatica stimule et augmente le taux de la bile du foie à la vésicule biliaire et par le fait même dans le duodénum.

L'action de Sal Hepatica peut se comparer à celle de l'eau minérale de sources réputées. Son excessive effervescence lui donne un goût agréable.

Échantillons et littérature envoyés aux médecins sur demande.

Sal Hepatica nettoie l'intestin et combat l'acidité.



BRISTOL-MYERS CO.
1241, rue BENOIT
MONTREAL.

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

résultat. Nous désirons simplement éclairer certains points de technique en rapport avec l'établissement des groupes sanguins chez les nouveau-nés ou avec le choix des donneurs en attirant l'attention sur le moment de l'apparition des agglutinogènes et des agglutinines dans le sang de l'enfant.

On sait en effet que si les agglutinogènes des globules sont différenciés suffisamment dès le troisième mois de la vie intra-utérine, les agglutinines des sérums au contraire se manifestent beaucoup plus tardivement et n'existent habituellement en quantité suffisante qu'au cours des deux premières années après la naissance. Il nous a donc semblé intéressant de rechercher ces deux substances dans le sang des nouveau-nés en nous arrêtant tout particulièrement sur les agglutinines. Dans ce but, le sang des nouveau-nés a été prélevé au moment de la section du cordon; les groupes sanguins ont été établis par la méthode indirecte des sérums titrés II, III et IV; et la recherche des agglutinines dans les sérums des enfants a été pratiquée en utilisant la technique de Beth-Vincent inversée.

Nous avons à date examiné le sang de 30 nouveau-nés. Les résultats de nos recherches sont contenus dans le tableau ci-contre.

No	Groupe sanguin	Agglutinines théoriques	Agglutinines trouvées
1	III	a	a - - - -
2	IV	a, b	a lent b - - xx
3	IV	a, b	a lent b - - xx
4	II	b	b - - xx
5	IV	a, b	a - xxx b - xxx
6	II	b	b - - - x
7	II	b	b lent
8	II	b	b lent
9	II	b	b - - - x
10	IV	a, b	a xxxx b xxxx
11	IV	a, b	a xxxx b - - - x
12	II	b	b - - - x
13	II	b	b - - - -
14	II	b	b - - xx
15	II	b	b - - - -
16	III	a	a - - - -
17	II	b	b - - - -
18	III	a	a - - - -
19	III	a	a - - - -
20	IV	a, b	a - xxx b - - - -
21	II	b	b - - - -
22	II	b	b - - - -
23	IV	a, b	a xxxx b xxxx
24	IV	a, b	a - - - - b - - - -
25	II	b	b - - - -
26	II	b	b - - - -
27	II	b	b - - - -
28	III	a	a - - - -
29	II	b	b - - - -
30	IV	a, b	a - - - - b - - - -

Note: "a", "b" = agglutinines.
 - - - - = absence d'agglutinine.
 xxxx = présence d'agglutinine.

L'examen du tableau permet les constatations suivantes:

- 1) dans 16 cas, (53,3%), absence d'agglutinine;
- 2) dans 7 cas, (23,3%), agglutinines en quantité faible; agglutination lente et peu marquée des gl. rouges;
- 3) dans 5 cas du type IV, (16,6%); absence des agglutinines « a » ou « b », ou diminution de leur taux;
- 4) dans 2 cas, (6,6%), présence d'agglutinines en quantité normale, donnant une agglutination rapide et marquée des gl. rouges.

Les faits que nous avons observés correspondant donc parfaitement avec ceux signalés par divers auteurs, savoir: apparition tardive des agglutinines dans les sérums sanguins après la naissance.

Un autre fait nous a également frappé lorsque nous avons établi le groupe sanguin de certains nouveau-nés: la lenteur de l'agglutination des hématies de l'enfant par certains sérums titrés, très actifs par ailleurs. Cette lenteur a souvent été telle que si nous n'avions pas utilisé un sérum type IV comme contrôle, il nous eut été impossible d'établir le véritable groupe sanguin du sujet. Ceci est également conforme aux observations faites par certains auteurs qui ont noté quelque fois l'apparition et l'augmentation progressive des agglutinogènes après la naissance.

Quelles conclusions pratiques pouvons-nous tirer de ces observations? Il faut envisager deux possibilités:

A) Détermination du groupe sanguin par la méthode indirecte des sérums titrés.

- 1) L'absence d'agglutinine nous incommoder pas dans ce cas puisque nous travaillons sur les hématies qui portent les agglutinogènes;
- 2) La lenteur de l'agglutination peut nous faire prendre pour un IV un sujet du type II ou III. Il n'en résulte pas de conséquence grave pour l'enfant si ce n'est de limiter le nombre possible de ses donneurs aux sujets du groupe IV.

B) Détermination du groupe sanguin par la méthode directe, (sérum de l'enfant mis en présence des globules du donneur), seule méthode utilisable par le médecin éloigné ne possédant pas de sérums titrés.

- 1) L'absence d'agglutination constatée (par manque d'agglutinine dans le sérum de l'enfant) peut laisser croire à une compatibilité des deux sangs. De fait, dans de telles circonstances nous croyons la transfusion possible. Il faudra se rappeler cependant que cette épreuve ne vaut que pour une transfusion; qu'entre la première et la seconde ou la seconde et la troisième transfusion les agglutinines de l'enfant peuvent faire leur apparition et nécessiter le choix d'un donneur d'un autre groupe.
- 2) La lenteur dans l'agglutination des hématies du donneur par le sérum de l'enfant nous semble devoir être un danger beaucoup plus grand. En effet une observation trop courte du phénomène d'agglutination peut être interprétée comme favorable, autorisant la transfusion alors que celle-ci doit être évitée avec un tel donneur.

En résumé, la transfusion chez le nouveau-né requiert les mêmes précautions que chez l'adulte. De plus, on devra avant chaque transfusion vérifier le groupe sanguin de l'enfant.

Pas de discussion.

(I. O. G.)

DIA - TOSAN

du Dr H. LABBÉ, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
et de E. DONARD.

Les plus hautes références scientifiques

— COMPRIMÉS —

Préparés dans les Laboratoires Soudan de Paris

TRAITEMENT RATIONNEL DU DIABÈTE RÉTABLISSEMENT DE L'ÉQUILIBRE NUTRITIF

Sous l'influence des comprimés « DIA-TOSAN » l'hyperglycémie diminue, la glycosurie s'abaisse jusqu'à disparition totale; **tous les troubles secondaires du diabète disparaissent**: polyurie, polydipsie, polyphagie, prurit, suppurations, vertiges, asthénie, etc.

On constate une **amélioration très marquée de l'état général**, l'amaigrissement cesse, les forces réapparaissent.

Le DIA-TOSAN, à part les diabètes graves avec **dénutrition**, donne à la maladie une allure de **bénignité**, en fait disparaître, ou en atténue les symptômes, **en écarte les graves complications**. Il a le mérite de n'être **aucunement toxique**, de n'exposer à aucun effet secondaire fâcheux, bref de présenter **toutes garanties d'innocuité**.

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.

SPECIALITÉS PHARMACEUTIQUES

BISCAMINE

Bismuth, Kaolin colloïdal, Mucilage,
Magnésie paraffinée.

PANSEMENT DU TUBE DIGESTIF

Mode d'emploi. — Estomac: Une cuillerée
à thé dans un peu d'eau, avant ou après
les repas ou au moment des douleurs.

ELIXIR POLYBROMURE

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

La pharmacie d'ordonnances **ARTHUR HIRBOUR** ci-devant Bisailon-Hirbour
*35 ans d'expérience dans l'exécution exclusive d'ordonnances de Médecins.
Nous n'employons que les produits chimiques supérieurs.*

Angle Saint-Denis et De Montigny

Téls: LA. 7356 — PL. 0305

MONTREAL



Ry —

Le calme dans
le bureau.

Soulagement pour les
nerfs de vos clients et
pour vos propres nerfs;
meilleure dactylographie
par l'usage d'un

"Remington" Portatif Silencieux

Tous les points essentiels d'un "gros" clavigraphe sur un modèle portatif à bas prix. Cylindre grandeur à correspondance; ruban pleine-longueur; mallette indépendante.

Renseignements fournis sur demande.

REMINGTON RAND LIMITED

Bureau-chef: Toronto, Ont.

Succursales dans toutes les principales villes

A propos de deux cas de tumeurs de l'encéphale. — Dr A. BERNIER.*1ère observation :*

Histoire de la maladie: Mme M. W..., 45 ans. Dossier 4922-1929. Autopsie n° 293. La maladie remonte à 2 mois, époque à laquelle la malade fut prise soudainement de vertiges, de fourmillements dans le bout des doigts. Des sectomes nombreux dansaient continuellement devant ses yeux. Des céphalées frontales et occipitales intenses dominent le tableau clinique. L'interne du temps note qu'elles sont le seul symptôme important de la maladie. P. A. 150/90.

Examens de laboratoire: Urines, trace d'albumine. Azotémie.....0.34 Glycémie.....1.20. F.S. gl. r. 4280000, gl. bl. 7810, H. 85%, V.G. 1. Poly. 74%, G. Mono. 4, Lymph. 20, Eo. 2.

Examen objectif: Pupilles réagissent à la lumière et à l'accommodation. Pas d'examen du fond de l'œil. Cœur: dédoublement du premier bruit avec renforcement du second à la pointe et au f. pulmonaire et aortique. Réflexes patellaires — paresseux. Babinsky — négatif. Kernig — négatif.

Syndrome méningé:

Autopsie: A l'ouverture du crâne toutes les dépressions cérébrales, les sillons sont effacés. Peu d'œdème. On trouve une tumeur de l'hémisphère droit située à la partie antérieure du lobe occipital. Vue par sa face interhémisphérique cette tumeur a la grandeur d'un dollar et est déprimée en son centre. Un petit caillot la surmonte.

Histologiquement: Glioblastome.

2e observation :

Histoire de la maladie: Mme D. G..., 39 ans. 4043-1936. Autopsie n° 1562. Enceinte de 8 1/2 mois. Pas de vomissements gravidiques dans les six grossesses antérieures. Les vomissements ont commencé au 7ième mois de cette dernière grossesse. Accouchement provoqué. Céphalée intense après accouchement. Troubles visuels. Pas d'amélioration par le traitement médical.

En réponse à une requête en médecine on exige un examen du fond de l'œil, le dosage des urines des 24 heures. Un neurologue répondant à une requête exige lui aussi un examen du fond de l'œil. Son examen neurologique est silencieux et l'histoire serait peu en faveur d'une tumeur cérébrale. L'examen du fond de l'œil, malgré la réponse des deux requêtes, n'est pas fait.

Examens de laboratoire: B. W. dans le sang et dans le L. C. R. Urine: acétone. F. sanguine gl. r. 4,600,000.; gl. bl. 9000, H. 78% V. g. 0.9. Poly 77, Mono. 4, Lymph. 19. L. C. R. 1.2 lymph. 10 Alb. 3/4 Gomme. Examen bactériologique négatif.

Autopsie: Du côté gauche du bulbe, au-dessus de la face intérieure du cervelet, on note une petite poche de la grosseur d'un petit œuf de poule refoulant le lobe gauche du cervelet qui se crève lors de l'extirpation du cervelet et laisse sortir un liquide blanchâtre dans lequel nage une petite tumeur de 2 1/2 cm. de long par 1 1/2 cm. de large, assez ferme, blanchâtre, à pourtour très vascularisé.

Histologiquement: C'est un neurinome typique.

Considérations: Tout l'intérêt de ces deux observations repose sur l'importance que l'on doit attribuer à la céphalée persistante et présentant parfois des poussées paroxystiques dans le diagnostic des tumeurs cérébrales. Nous attirons de nouveau l'attention sur la nécessité, dans ces cas, de toujours faire un examen du fond de l'oeil.

Cholécystite gangréneuse typhique, opérée tardivement, en voie de guérison. — Dr A. LEGER.

Histoire du malade: Mlle J. V., 14 ans, admise le 19 août 1936, dans un état de stupeur avec fièvre et douleurs abdominales assez violentes, après avoir, pendant une dizaine de jours, souffert de malaises généraux (fièvre, céphalée, courbature, etc.). Au début de la maladie actuelle, Mlle J. V. était en visite à la campagne où elle a bu à une source contaminée? Une soeur cadette a fait une typhoïde en 1934, contractée, apparemment, au même endroit.

Examen objectif: Sommairement, en dehors de l'aspect hébété, une langue rôtie, fendillée, saburrale au centre, on note une douleur généralisée à la palpation de l'abdomen.

Laboratoire: Séro-diagnostic: Eberth positif. Leucocytose à 8,500. Polynucléaire à 75%.

Evolution: Pendant 8 jours température oscillante avec sommet à 103, pouls 130-140 diminue progressivement avec la température; la P.A. descend à 72/60; les douleurs abdominales persistent toujours. Le 1er septembre la température tombe soudainement à 95 avec pouls à 80; la douleur semble se localiser à l'hypochondre droit avec défense légère dans la même région. L'état général est mauvais; des vomissements liquides jaunâtres et verdâtres apparaissent avec selles liquides brunes. Le 10 septembre, subitement la douleur devient atroce, la défense tend à se généraliser, mais n'est jamais de bois et ne laisse nullement croire à une perforation intestinale. Le docteur Blagdon ne est appelé. Il juge impossible l'intervention à cause du mauvais état général. Par la suite la défense persiste mais il apparaît dans l'hypochondre droit une masse ayant la physionomie d'une collection purulente mais les signes généraux (apyrexie, pas de frisson) sont cependant en désaccord avec ce diagnostic. Le 27 septembre l'état général s'est amendé, une intervention est décidée.

Protocole opératoire: Dr Caumartin.

Laparotomie sus-ombilicale latérale. A l'ouverture de la peau nous entrons dans une vaste collection de liquide jaunâtre composé de bile et de pus. La paroi est formée en avant par la peau, en arrière par le grand épiploon qui protège entièrement l'intestin grêle, le grand épiploon est adhérent à la paroi. L'exploration vers le haut nous conduit, dans une cavité en entonnoir, au foie région vésiculaire. Drain cigarette au niveau de la vésicule et un Mickulicz dans la grande cavité.

Le 17 octobre 1936, il s'écoule encore de la plaie opératoire ou liquide brunâtre qui contient du bacille d'Eberth.

Conclusions:

1°. La cholécystite gangréneuse est une complication classique de la typhoïde survenant plutôt rarement. Quand on connaît le rôle important que

joue la vésicule, au cours de la typhoïde, comme réservoir, emmagasinant des quantités de germes, et, la facilité avec laquelle elle se nécrose une fois ulcérée, il est bien surprenant de rencontrer si peu souvent cette complication.

2°. Si l'on situe la perforation au 10 septembre, comme il est à peu près certain, à quoi attribuer l'innocuité relative de cette complication?

Discussion :

Dr **BLAGDON**: Cette malade m'intéresse particulièrement, parce que je l'ai vue avant et après l'intervention. Pour répondre à la première question du Dr Léger, je suis convaincu qu'il existe au cours des typhoïdes, des cholécystites qui ne se rupturent pas et qui passent inaperçues. Sur 300 à 350 cas, un auteur a trouvé seulement 20 perforations de la vésicule, ce qui fait environ moins de 10%.

Il faut traiter cette cholécystite comme une cholécystite ordinaire. A la seconde question, je dirai que cette malade a survécu, parce que nous avons su attendre. Les ruptures de la vésicule sont moins graves que celles de l'estomac, de l'intestin ou de l'appendice; il s'agit de péritonite localisée. Immédiatement après la perforation, l'état général est défectueux. Il vaut mieux retarder l'intervention, puis faire une opération simple consistant surtout en un drainage.

Dr **Léger**: Quelles sont les lésions anatomiques que l'on rencontre dans les cholécystites perforantes? S'agit-il d'une ulcération ou d'une gangrène des parois?

Dr **MASSON**: Cela dépend des cas. La perforation secondaire à une ulcération donnera un petit orifice, tandis que dans la gangrène les lésions sont plus étendues et plus graves.

Un cas de perforation de l'estomac. — A. BELLEROSE.

Histoire du malade: Mme D. R., 59 ans, admise d'urgence à l'hôpital pour perforation de l'estomac. La maladie a débuté subitement par des douleurs intenses au creux épigastrique à la suite d'une explosion de bâtons de dynamite dans le voisinage immédiat de son domicile. La crise remonte à 24 heures.

Antécédents: Aucun passé digestif si ce n'est une indigestion 15 jours avant la maladie actuelle.

Examen: La malade présente un état général plutôt médiocre. Sueurs profuses, prostration profonde, pouls petit et rapide. Temp. 101°. La douleur, très violente, est généralisée à tout l'abdomen, avec hyperesthésie cutanée, ballonnement et défense musculaire. Aucun signe acoustique.

Laboratoire et Rayons X: La rtdioscopie et la radiographie révéla une pneumo-péritonite.

Diagnostic: Perforation de l'estomac datant de 24 heures.

Opération: Rachianesthésie. Laparatomie sus-ombilicale. Liquide purulent libre avec congestion et membranes du péritoine viscéral. Perforation sur le versant duodénal du pylore. Suture laborieuse de la brèche duodénale. Drainage.

Le malade est en voie de guérison.

Considérations: L'intérêt de cette observation ne se borne pas au succès du traitement. Il en est toujours ainsi si l'on a soin de suivre une technique chirurgicale adéquate; il se trouve surtout dans la cause occasionnante de la maladie — une explosion de dynamite — et dans l'aide que nous ont apporté les rayons X pour porter un diagnostic plutôt difficile dans l'occurrence.

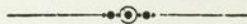
Discussion:

M. BLAGDON: Cette explosion peut-elle avoir produit une perforation de l'estomac?

M. BELLEROSE: L'intérêt de cette observation réside dans le fait qu'il s'agit d'une personne sans passé digestif, ayant eu cependant une indigestion 15 jours auparavant. Elle présenta, immédiatement après l'explosion de dynamite dans le voisinage, une crise douloureuse. Elle nous est amenée 24 heures après et le diagnostic est porté, de perforation de l'estomac.

Pour nous, il s'agit d'un ulcus latent qui s'est perforé à la suite d'une contraction intense des muscles de l'abdomen.

Cette personne était à préparer son souper; l'explosion s'est produite près de sa fenêtre. L'indigestion d'il y a quinze jours aurait amorcé cette perforation. S'il ne restait que du p-ritoine, je crois qu'une violente contraction abdominale serait suffisante pour déclencher la perforation.



NÉCROLOGIE

LE PROFESSEUR MARRIOTT

1885-1936

Avec Marriott disparaît incontestablement l'un des grands maîtres de la pédiatrie américaine. Il était de la même lignée que les Jacobi, les Holt et les Howland. Né à Baltimore le 5 mars 1885, il s'est éteint prématurément à San Francisco le 11 novembre 1936 à l'âge de 51 ans.

J'ai connu Williams McKim Marriott en 1928, alors qu'il était professeur de pédiatrie et doyen de la Faculté de médecine de l'Université Washington, à Saint-Louis (Missouri).



Le Professeur MARRIOTT.

C'était un homme exquis, accueillant et bon. Sa conversation était spirituelle et nuancée. Il m'avoua, au cours d'un entretien, non sans quelque fierté, que du côté paternel il était d'origine normande: il me parla alors longuement de la France et du Canada français. Il connaissait notre Faculté de médecine et l'*Union Médicale*.

Pendant le séjour que je fis dans son service, il me témoigna un intérêt et une sympathie que je ne puis évoquer ici sans émotion.

C'était vraiment un beau service d'enfants que celui de Marriott à Saint-Louis. Avant d'en être le médecin chef, il avait été pendant de nombreuses années le collaborateur du professeur John Howland, à Baltimore, à l'Université John Hopkins. Il avait donc hérité de la meilleure tradition américaine en pédiatrie.

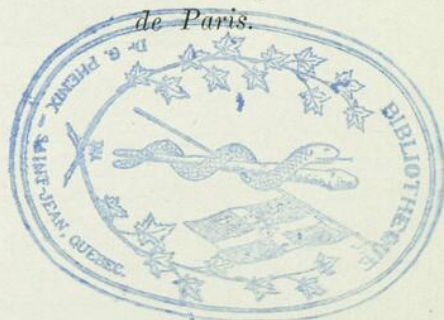
Mais si Marriott a pu faire des travaux dont les conclusions, pour la plupart, sont devenues aujourd'hui des notions classiques, c'est qu'il était armé pour la recherche: il était en effet un chimiste de premier ordre. Ainsi s'explique l'orientation de ses travaux dans le domaine de la nutrition infantile: *hypocalcémie dans la tétanie* (avec John Howland), *anhydrémie, acidose et alcalose* (avec Alexis F. Hartmann), *lait acidifié* (avec L.-F. Davidson), etc.

Il a réuni l'ensemble de ses travaux dans deux ouvrages récents, publiés à Saint-Louis (Missouri) chez l'éditeur C. V. Mosby: *Recent Advances in Chemistry in Relation to Medical Practice et Infant Nutrition*.

Aussi doué pour l'enseignement que pour la recherche scientifique, le professeur Marriott attirait chaque année un grand nombre de médecins dans son service. Il possédait à merveille le sens pédagogique, c'est-à-dire l'art de s'exprimer avec clarté et méthode, de s'extérioriser, de faire comprendre.

Ses nombreux amis et élèves ont appris avec stupeur cette fin prématurée, à l'âge de 51 ans, en pleine maturité, en possession des plus beaux dons. Sa mort, qui constitue une lourde perte pour la médecine américaine, sera vivement regrettée par tous les pédiatres.

Paul LETONDAL,
 Professeur agrégé de pédiatrie
 à l'Université de Montréal,
 Membre correspondant étranger
 de la Société de pédiatrie
 de Paris.



NOUVELLES

UN NOUVEAU JOURNAL DE MÉDECINE "L'HÔPITAL"

A l'occasion des fêtes de Noël « un nouvel enfant nous est né ». Un nouveau journal de médecine, appelé l'« *Hôpital* », vient de paraître durant le cours du mois de décembre 1936.

C'est une Revue de Médecine et d'information médicale, sous la direction scientifique du Dr Roméo Boucher, professeur agrégé à l'Université de Montréal et médecin-chef de l'Hôpital Saint-Luc.

Le sommaire du premier numéro mentionne des articles para-médicaux, médicaux et des nouvelles variées concernant l'hygiène, la culture physique ainsi que des recettes pour les gourmets. Dans l'article éditorial le directeur s'exprime ainsi :

« D'aucuns vous diront qu'elle est inopportune, d'autres qu'elle vient à son heure. Mais quand notre indifférence coutumière pour les choses de l'esprit aura nivelé le petit remous de curiosité qu'elle va provoquer et que notre routine, un moment troublée, aura repris son cours fangeux et apathique, peut-être trouverez-vous naturel et régulier de recevoir, tous les mois, un peu de cette information médicale et para-médicale qui vous manque. »

Du premier numéro nous pouvons dire qu'il est instructif, intéressant, même, attrayant. Tout y est imprimé sur papier de luxe avec quelques annonces en couleurs. Nous saluons, au passage, à part les travaux scientifiques ou para-médicaux rédigés avec soin, un certain nombre de vieilles connaissances qui forment la corbeille.

Comme par le passé et selon sa tradition, l'« Union Médicale du Canada » a toujours souhaité la bienvenue à toutes les Revues nouvelles ; c'est qu'elle en a vu beaucoup depuis 64 ans (1). Autant de souvenirs. Toutes, à tour de rôle « elles n'ont voulu prendre la place de personne... nuire à qui que ce soit ». C'est un magnifique programme, à notre époque, courageux, et nous espérons qu'il réalisera toutes ses ambitions.

D'ailleurs, nous n'en doutons pas, car l'esprit scientifique est *si vivace parmi nos médecins, chercheurs inlassables et fondateurs historiques!* Aussi, avons-nous confiance dans l'avenir du journalisme médical canadien-français à cause de notre *esprit de solidarité, puissant et tenace en face de l'obstacle à surmonter!...*

Si le nombre l'emporte, nous serons bons premiers...

Est-ce, là, notre ambition?

(1) Plus de 60.

Nous souhaitons donc à cette nouvelle Revue, dirigée par l'un de nos directeurs actuels et ancien secrétaire de la Rédaction — comme d'autres auparavant en ont donné l'exemple — une longue vie et une prospérité digne d'elle-même.

L'Union Médicale du Canada est d'une fécondité inépuisable et d'une générosité insurpassable. Evidemment, elle fait Ecole.

Nous pourrions ajouter, en faisant le pointage de nos journaux de médecine canadiens-français, qu'ils ressemblent à une retraite aux flambeaux!

L'élan dépasse le but.

Quo usque!...

L.

NOTE. — *Paraîtra en février.* Depuis la publication de la « Petite histoire de la littérature médicale au Canada français » en novembre dernier, nous avons appris de diverses sources que nous avons fait certains oublis. Nous sommes particulièrement reconnaissant au Dr E.-P. Chagnon qui nous a signalé au moins une vingtaine de périodiques qui avaient échappé à notre investigation. Nous reprendrons notre nomenclature en février, complétant ainsi, aussi exactement que possible, la liste des contributions du Canada français à la littérature médicale.

EPREUVES D'AGREGATION

Université de Montréal
Faculté de Médecine

Le Conseil de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, en sa séance du 21 décembre 1936, a décidé qu'il était opportun d'ouvrir certains postes d'agrégés en vue de promouvoir notre enseignement.

Il y aura donc concours d'agrégation:

en Chimie biologique;
en Bactériologie;
en Gynécologie;
et en Neurologie.

Ceux qui désirent poser leur candidature sont tenus de le faire dans les *trente jours* qui suivent la décision du Conseil, c'est-à-dire que les demandes seront recevables jusqu'au 21 janvier prochain.

Le règlement exige de chaque candidat qu'il ait fait un stage d'au moins trois ans comme assistant à l'une des chaires d'enseignement de la Faculté de Médecine. Dans certaines conditions, le stage peut être diminué comme durée.

Tout candidat doit produire, en même temps que sa demande écrite, des lettres de créances du ou des professeurs auprès desquels il a travaillé. La demande fait également mention des titres et des travaux scientifiques qu'il a publiés jusqu'à date.

De plus, il soumettra le sujet de la thèse qu'il désire présenter et devra en donner le plan général et les grandes lignes. Le tout sera adressé au Doyen de la Faculté, dans la limite de temps qui vient d'être indiquée.

Par ordre:

Le Doyen,

T. PARIZEAU.

Montréal, le 22 décembre 1936.

BANQUET DU 9 JANVIER 1937

Grand banquet offert par la profession médicale à l'Honorable Secrétaire de la Province de Québec, Monsieur le Docteur J.-H.-A. Paquette, ministre de la Santé, sous la présidence de Monsieur le Docteur P.-G. Dagneau, président du Collège des Médecins et Chirurgiens, à l'hôtel Mont-Royal, le samedi neuf janvier mil neuf cent trente-sept, à huit heures précises.

Prix du billet: \$3.00. L'habit n'est pas de rigueur.

Nous comptons sur l'esprit d'union et de coopération des membres de la profession; l'invitation s'adresse à tous les médecins à quelque partie de la province qu'ils appartiennent, de quelque nationalité qu'ils soient, quelque rang qu'ils occupent.

Nous sommes convaincus que chacun se fera un devoir de répondre avec empressement à cet appel et de prouver ainsi son attachement à sa profession de médecin et l'intérêt qu'il porte à la personnalité du Dr Paquette et à la haute position qu'il occupe.

Il faut, à tout prix, que cet événement laisse une trace ineffaçable dans l'histoire de la profession médicale, et produise par le nombre et la qualité des médecins présents, une impression de force, de dignité et de grandeur.

Pour tous renseignements, s'adresser au Collège des Médecins, 354 Sainte-Catherine est, Harbour 2455 ou au Dr A. Guilbault, 850 est, rue Sherbrooke, CHerrier 9000.

REUNION ANNUELLE DE LA CANADIAN PHYSIOLOGICAL SOCIETY A L'UNIVERSITE QUEENS, KINGSTON, ONT.

Nous sommes heureux d'attirer l'attention sur le succès obtenu par les nôtres à ce Congrès de Physiologie.

L'Université de Montréal y était représentée par le Dr Antonio Barbeau, agrégé en physiologie, le Dr Gaston Gosselin et Roméo Blanchet, ses deux assistants, et le Dr Louis-Paul Dugal, du laboratoire de biologie.

A la séance d'ouverture, parmi les six directeurs nouveaux à élire, deux des nôtres: M. le Dr Antonio Barbeau et M. le Dr Blanchet furent élus à l'unanimité.

A la séance de l'après-midi, présidée par le Dr Tait de McGill, deux diplômés de l'Université de Montréal, le Dr Gaston Gosselin et le Dr Louis-Paul Dugal, présentèrent des communications basées sur les résultats de leurs recherches, le premier sur « l'étude de l'eau fixée chez les plantes marines *in vivo* », le second sur « la sécrétion de carbonate de calcium par les *Venus Mercenaria* fermées hermétiquement ».

La séance du soir fut présidée par le Dr Antonio Barbeau qui clôtura le Congrès par un discours en français très applaudi par tous les membres.

Nous sommes heureux de constater qu'une fois de plus, lorsque nos délégués vont à l'étranger ils reçoivent un accueil très sympathique de la part de tous sans distinction. Si nous voulons être connus et appréciés nous devons, sans hésiter, participer à ces grandes manifestations scientifiques nationales et internationales au bénéfice d'une Université qui ne doit négliger aucune occasion de se mettre en évidence, soit au point de vue scientifique, soit au point de vue social, et nous adressons nos plus sincères félicitations à nos délégués au Congrès de Physiologie.

Albert LeSAGE

NOUVELLE NOMINATION

Le docteur Paul LETONDAL, professeur agrégé de pédiatrie à l'Université de Montréal, médecin consultant à l'Hôpital Général de Verdun et *membre du Bureau de Collaboration de l'Union Médicale du Canada*, vient d'être officiellement chargé par le Conseil de la Faculté de Médecine de l'enseignement de la clinique des nourrissons à l'Hôpital de la Miséricorde.

Nos sincères félicitations au docteur Letondal que nous comptons parmi nos collaborateurs depuis 15 ans.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES ANNONCES



Abbott Laboratories Ltd, (<i>Sirop d'Amdelate</i>)	XII
Anglo-French Drug Cie, (<i>Elixir Gabail</i>)	L
Antiphlogistine, (<i>Pneumonie</i>)	XXII
Ayerst, McKenna & Harrison, Limited, (<i>Alphamettes</i>)	XX
Banque Canadienne Nationale, (<i>À votre disposition</i>)	XLVI
Boudot, L., (<i>Dia-Tosan</i>)	LXIV
Bristol-Myers Co., (<i>Sal Hepatica</i>)	LXI
Bromo-Seltzer Ltd., (<i>Acetanilid</i>)	XIV
Canada Drug Company, (<i>Paveral</i>)	LXII
Canada Starch Company, Limited, (<i>Sirop de Blé d'Inde</i> <i>(Maïs) Edwardsburg</i>)	LVII
Canadian Cannerns Limited, (<i>Aliments Aylmer pour en-</i> <i>fants</i>) <i>Troisième page de la couverture.</i>	
Cardinaux, Paul, (<i>Gaiffe, Gallot & Pilon et Ropiquet,</i> <i>Hazard & Roycourt</i>). <i>Diathermie, Rayons X,</i> <i>Electrologie</i>	XI
Casgrain & Charbonneau, Ltée, (<i>Thyvacrine No 10 C</i> <i>& C</i>)	X
Casgrain & Charbonneau, Ltée, (<i>Neurocrine No 5 C & C</i>)	X
Casgrain & Charbonneau, Ltée, (<i>Diacrine No 6 C & C</i>)	X
Casgrain & Charbonneau, Ltée, (<i>Stérilisateur "Castle"</i>)	XLVIII
Casgrain & Charbonneau, Ltée, (<i>Ray. X Westinghouse</i>)	XLVIII
Ciba, Compagnie, Limitée, (<i>Perandren « Ciba »</i>)	III
Denver Chemical Manufacturing Co., (<i>Antiphlogistine</i>)	XXII
Duckett J. A., (<i>Dernière Création de la Prothèse</i>)	LIV
Eddé, J., Limitée, (<i>Lantol</i>)	VI
Eddé, J., Limitée, (<i>Pommade Inotyol</i>)	VI
Eddé, J., Limitée, (<i>Pommade Midy</i>)	XIX
Eddé, J., Limitée, (<i>Hémostyl</i>)	XXVII
Eddé, J., Limitée, (<i>Bismuthoidol</i>)	XXX
Eddé, J., Limitée, (<i>Iodogénol Pépin</i>)	XXXIV

Eddé, J., Limitée, (<i>Phospho-Strychnal</i>)	XXXVI
Eddé, J., Limitée, (<i>Ocréine Grémy</i>)	XXXVI
Eddé, J., Limitée, (<i>Iodone Robin</i>)	XXXVI
Eddé, J., Limitée, (<i>Epilepsie Alepsal</i>)	XLVI
Etablissements Byla, Les, (<i>Neurotrophol Byla</i>)	XLVII
Etablissements Byla, Les, (<i>Splenarmonie Byla</i>)	XLVII
Fellows Medical Mfg. Co., Ltd., (<i>Sirop Fellows</i>)	XXXV
Frosst, Charles E. & Co. (<i>Kondremul</i>)	
<i>Deuxième page intérieure de la couverture.</i>	
Herd & Charton, Inc., (<i>Uropazine</i>)	XXIII
Herd & Charton, Inc., (<i>Peptalmine</i>)	LV
Hirbour, Arthur, (<i>Biscamine</i>)	LXVI
Hirbour, Arthur, (<i>Elixir Polybromure</i>)	LXVI
"Ifah", Pharm. Products, (<i>Histidin-Ifah</i>)	LI
Imperial Tobacco Co. of Canada, (<i>Sweet Caporal</i>)	LIII
Joubert, J. J., Limitée, (<i>Santéine</i>)	LII
Laboratoires A. Bailly, (<i>Pulmo-Bailly</i>)	XVIII
Laboratoire du Bismol, (<i>Anogel</i>)	
<i>Quatrième page de la couverture.</i>	
Laboratoires Clin, Comar & Cie, (<i>Quina-Laroche</i>)	I
Laboratoires Clin, Comar & Cie, (<i>Vin Nourry</i>)	I
Laboratoires Clin, Comar & Cie, (<i>Sirop Baré</i>)	I
Laboratoires Couturieux, (<i>Lantol</i>)	VI
Laboratoires A. Guerbet & Cie, (<i>Lipiodol</i>)	XLVII
Laboratoires A. Guerbet & Cie, (<i>Tenebryl Guerbet</i>)	XLVII
Laboratoire Nadeau Limitée, (<i>Sodiosal</i>)	XXX
Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Ltée, (<i>Le Novarsenobenzol Billon</i>)	XIII
Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Ltée, (<i>Le Sulfarsenobenzol Billon</i>)	XIII
Laboratoires du Dr P. Astier, (<i>Arhéol Astier</i>)	XXV
Laboratoires Soudan de Paris, (<i>Dia-Tosan</i>)	LXIV
Laboratoires Midy, (<i>Pipérazine Midy</i>)	XIX
Librairie Beauchemin Limitée, (<i>Linguaphone</i>)	XXVIII
La Cie Canadienne des Agences Modernes, (<i>Les Lithinés du Dr Gustin</i>)	LII

La Cie Canadienne des Agences Modernes, (<i>Magnésie du Dr Gustin</i>)	LII
Listers Limited, (<i>Listers</i>)	LXII
Mercier & Dion, (<i>Fourrures</i>)	XXI
Millet, Roux & Cie, Ltée, (<i>Codoforme</i>)	XLIX
Nestlé's Milk Products (Canada) Ltd., (<i>Lactogen</i>)	LVII
Nestlé's Milk Products (Canada) Ltd., (<i>Hylac</i>)	LVII
Parke, Davis & Cie, (<i>Le Mapharsen</i>)	IV
Ranniger, W.-E., (<i>Histidin-Ifah</i>)	LI
Remington Rand Limited, (<i>Clavigraph</i>)	LXVI
Rougier Frères, (<i>Hepathemo</i>)	XVII
Rougier Frères, (<i>Pulmo-Bailly</i>)	XVIII
Rougier Frères, (<i>Natibaine</i>)	XXI
Rougier Frères, (<i>Sedol</i>)	XXIII
Rougier Frères, (<i>Uroprazine</i>)	XXIII
Rougier Frères, (<i>Sedlitz Chanteaud</i>)	XXVI
Rougier Frères, (<i>Sténol Chanteaud</i>)	XXVI
Rougier Frères, (<i>Rami</i>)	XXVI
Rougier Frères, (<i>Hémoglobine Deschiens</i>)	XXIX
Rougier Frères, (<i>Elixir Ducro</i>)	XXIX
Rougier Frères, (<i>Névrosthénine Freyssinge</i>)	XXXV
Rougier Frères, (<i>Chloramine Freyssinge</i>)	XXXV
Rougier Frères, (<i>Capsules Dartois</i>)	XXXV
Rougier Frères, (<i>Uraseptine Rogier</i>)	XLV
Rougier Frères, (<i>Lactolaxine Fydau</i>)	XLV
Rougier Frères, (<i>Sirop Famel</i>)	LIV
Rougier Frères, (<i>Iodalose Galbrun</i>)	LV
Rougier Frères, (<i>Prosthénase</i>)	LV
Sanatorium de Blois	XXIV
Sanatorium Prévost	II
Siemens-Reiniger (Canada) Limited, (<i>Ultratherm</i>)	V
Vinant Ltée, (<i>Quina-Laroche</i>)	I
Vinant Ltée, (<i>Vin Nourry</i>)	I
Vinant Ltée, (<i>Sirop Baré</i>)	I
Vinant Ltée, (<i>Stovédrine</i>)	IX

Vinant Ltée, (<i>Symphyl</i>)	IX
Vinant Ltée, (<i>Neurotrophol Byla</i>)	XLVII
Vinant Ltée, (<i>Splenarmonie Byla</i>)	XLVII
Vinant Ltée, (<i>Lipiodol</i>)	XLVII
Vinant Ltée, (<i>Tenebryl Guerbet</i>)	XLVII
Wander, A., Limited, (<i>Ovaltine</i>)	XIX
Warner, William R., Co. Ltd., (<i>Alka-Zane</i>)	XXXIII





Le chimiste
en assure
la qualité

« Il peut avoir confiance en nous »



Chaque boîte d'Aliments Aylmer pour enfants est préparée sous la surveillance attentive d'un chimiste qualifié et compétent.

CANADIAN CANNERS LIMITED
HAMILTON — CANADA

ALIMENTS
AYLMER
POUR ENFANTS



Granulé oléo-gélatineux, modificateur du résidu intestinal, indiqué là où les défécations sont irrégulières et incomplètes.

—♦—
 Notice explicative et échantillons sur demande.
 —♦—

C'est un nouveau produit du

LABORATOIRE du BISMOL

Société de Pharmaciens-Chimistes licenciés, spécialisés dans la fabrication de produits thérapeutiques.

945, rue CÔTÉ,

MONTREAL, Canada.



"L'UNION MEDICALE DU CANADA" est éditée par l'Union Médicale du Canada (Incorporée), et imprimée par Librairie Beauchemin Limitée, 430, rue Saint-Gabriel, Montréal