TOME LXV MAI 1936 No 5

L'Union Médicale du Canada

REVUE MENSUELLE
Fondée en 1872

BIBLIOTHEQUE DU G. PHENIX SAINT-JEAN QUEBEC

BULLETIN

Les médecins des hôpitaux. — Bilan médical de Notre-Dame pour 1935. — Rêve et réalité . . . . . LeSAGE 407
Le secours médical aux chomeurs assistés GERIN-LAJOIE 410

MÉMOIRES

L'importance du traitement de la syphilis à ses débuts . . . . . Paul POIRIER 412
Contribution à l'étude des hématomes sous-duraux post traumatiques . . . Thomas I. HOEN
J. PANET-RAYMOND . 430

RECUEIL DE FAITS

Un cas d'ulcère du canal pylorique . . J.-Alfred MOUSSEAU . 438
Angiome, plan traité par la cryothérapie et le radium . . . . . Albéric MARIN . . . 446
Gliome de l'aqueduc de Sylvius . . . . William V. CONE
Jean SAUCIER 450
Deux observations de diabète sucré consécutif à un traumatisme cranien . . . L.-Henri GARIEPY . . 455

VARIÉTÉS

Lyon médical. — Visite à l'Institut d'Auguste Lumière et du Prof. Bérard . . Eugène SAINT-JACQUES 460

NÉCROLOGIE

Le Docteur Arthur Ricard . . . . . Paul LETONDAL . . . 467

REVUE DES LIVRES

Hérédité 468

BIBLIOGRAPHIE

Maladies de l'intestin. — Ne fumez plus. — Livres reçus 469

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement médical des sinusites aiguës Jules BRAULT 472

ANALYSES

Voir détails page X

(Suite du sommaire à la page X)

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef
Albert LeSAGE

Secrétaire de la rédaction
Léon GÉRIN-LAJOIE

Membres:
Jean SAUCIER, Édouard DESJARDINS, Roma AMYOT

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

MONTRÉAL
CANADA

RICHMOND
VIRGINIE

SPARTOVAL

ISOVALERIANATE NEUTRE DE SPARTEINE

SÉDATIF CARDIO-VASCULAIRE ANTISPASMODIQUE

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

•

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

SPARTO-CAMPHRE

CAMPHO-SULFONATE DE SPARTÉINE & CAMPHO-SULFONATE DE SODIUM

VÉRITABLE SYNERGIE CARDIOTONIQUE

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

•

Diurétique et **Cardiotonique d'Entretien**

•

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

Dragées de **Sparto-camphre:** 2 à 6 par jour.

GENISTENAL

ÉTHYLPHÉNYLBARBITURATE NEUTRE DE SPARTÉINE

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

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

•

Dragées de **Génisténal** (0,035 d'éthylphénylmalonylurée et 0,015 de spartéine).
Adultes: 1 à 6 dragées par jour.
Enfants: ½ à 4 " "

LABORATOIRES CLIN, COMAR & CIE, PARIS

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

"L'UNION MÉDICALE DU CANADA" est éditée par l'Union Médicale du Canada (Incorporée), et imprimée par Librairie Beauchemin Limitée, 430, rue Saint-Gabriel, Montréal.

POSTES DE MEDECINS

POSTE DE MEDECIN

A louer: Bureau de médecin, avec logement. Bail à continuer. Meubles à vendre, etc., etc. Conditions faciles. S'adresser, entre 7 et 8 hrs p. m., 58 est, rue Beaubien. Tél.: CRescent 0074 ou CRescent 0968.

POSTE DE MEDECIN

Angle Church et Verdun, bon local et très central offert à bas prix. S'adresser au Dr Pigeon. Tél.: YOrk 3031.

INTERNES DEMANDES

INTERNES DEMANDES

Rémunération raisonnable. S'adresser au surintendant médical, hôpital Pasteur, 3095, Sherbrooke est. Tél.: FRontenac 1174.

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.

La diète du Diabétique

Listers

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

LE MAPHARSEN

"LE RAFFINEMENT DE LA THÉRAPEUTIQUE ARSÉNICALE."

●

La Compagnie Parke, Davis présente à la profession médicale une nouvelle préparation arsénicale antisyphilitique: 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 arsénicaux 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

L'Union Médicale du Canada

Fondée en 1872

◆

Prix de l'abonnement pour 1936

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.

Efficacité — Sécurité

LANTOL

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

Isotonique - Non Toxique - Indolore

Injections Intra-veineuses
Intra-Musculaires ou Hypodermiques

1 *à* 4 *ampoules de* 3 *c.c. par jour*

Médication Anti-infectieuse

Pneumonies - Typhoides - Grippes infectieuses - Fièvres puerpérales - Septicémies

LABORATOIRES COUTURIEUX

18 Ave. Hoche, PARIS.

J. EDDÉ, Limitée, Agent Général. - Montréal.

PHYTINE "CIBA"

Principe organique phosphoré extrait de semences végétales, la Phytine (sel acide de calcium et de magnésium de l'acide inosito-hexaphosphorique) renferme environ 22% de phosphore organique entièrement assimilable.

La Phytine provoque l'exagération de l'appétit, régularise le sommeil, élève le taux des globules rouges, augmente le poids somatique et, consécutivement, l'énergie physique et psychique.

COMPRIMÉS - GRANULÉS

NUPERCAINAL "CIBA"

Le Nupercainal, onguent analgésique et antiprurigineux, met à la disposition du médecin un moyen maniable d'analgésie, par applications externes, des lésions douloureuses de la peau et des muqueuses.

MODE D'EMPLOI : L'endroit douloureux est enduit de Nupercainal, puis, si nécessaire, recouvert d'un léger pansement. Dans les affections étendues il est recommandé de ne pas employer plus que le contenu d'un tube par 24 heures.

EN TUBES D'UNE ONCE AVEC CANULE RECTALE.

COMPAGNIE CIBA LIMITÉE - MONTREAL

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada.

RÈGLEMENTS CONCERNANT LES EXAMENS POUR LE DIPLÔME DE "FELLOW" (Membre actif)

L'examen pour les candidats est divisé en deux parties: Primaire et Final.

Les sujets de l'examen primaire sont:

1. Anatomie, y compris l'histologie et l'embryologie.
2. Physiologie, y compris la biochimie.

L'examen primaire peut être passé en aucun temps après que le candidat a terminé son cours d'études et qu'il a subi les examens en anatomie, histologie, embryologie, physiologie et biochimie, dans une École de Médecine ou une Université approuvées par le Conseil.

Les sujets de l'examen final sont les suivants:

(a) Pour les candidats en médecine:

1. Les principes et la pratique de la médecine, y compris la thérapeutique, et la médecine préventive et légale.
2. La pathologie, y compris la bactériologie.
3. Aussi, une spécialité ou plus, en médecine, telles que choisies par le candidat, et approuvées par le Conseil.

(b) Pour les candidats en chirurgie:

1. Les principes et la pratique chirurgicale, y compris la chirurgie opératoire et l'anatomie pathologique.
2. La pathologie, y compris la bactériologie.
3. Aussi, une spécialité ou plus, en chirurgie, telles que choisies par le candidat, et approuvées par le Conseil.

Conditions d'admission à l'examen final:

1. Le candidat doit avoir passé l'examen primaire de ce collège ou du Collège Royal des Chirurgiens d'Angleterre.*

2. Le candidat devra être un gradué, de pas moins de trois ans de service, d'une École de Médecine ou d'une Université approuvées par le Conseil, et devra fournir une preuve de l'étude (ou de l'étude et de la pratique) de la profession pour une période de pas moins de trois ans subséquemment à la date de l'obtention de son diplôme en médecine, et dont une année aura été employée dans un service de pratique médicale ou chirurgicale d'un hôpital approuvé par le Conseil.

3. Le candidat devra avoir une licence permettant la pratique de la médecine dans au moins une des provinces du Canada.

Les candidats gradués en 1930, ou antérieurement, d'une École de Médecine ou d'une Université approuvées par le Conseil, ne seront pas obligés de passer l'examen primaire, mais devront, dans l'examen final, faire preuve d'une connaissance générale et pratique de l'application clinique de l'anatomie et de la physiologie. Cet examen spécial se fera sous la direction de cliniciens.

Ce règlement cessera d'être en vigueur au 1er décembre 1940.

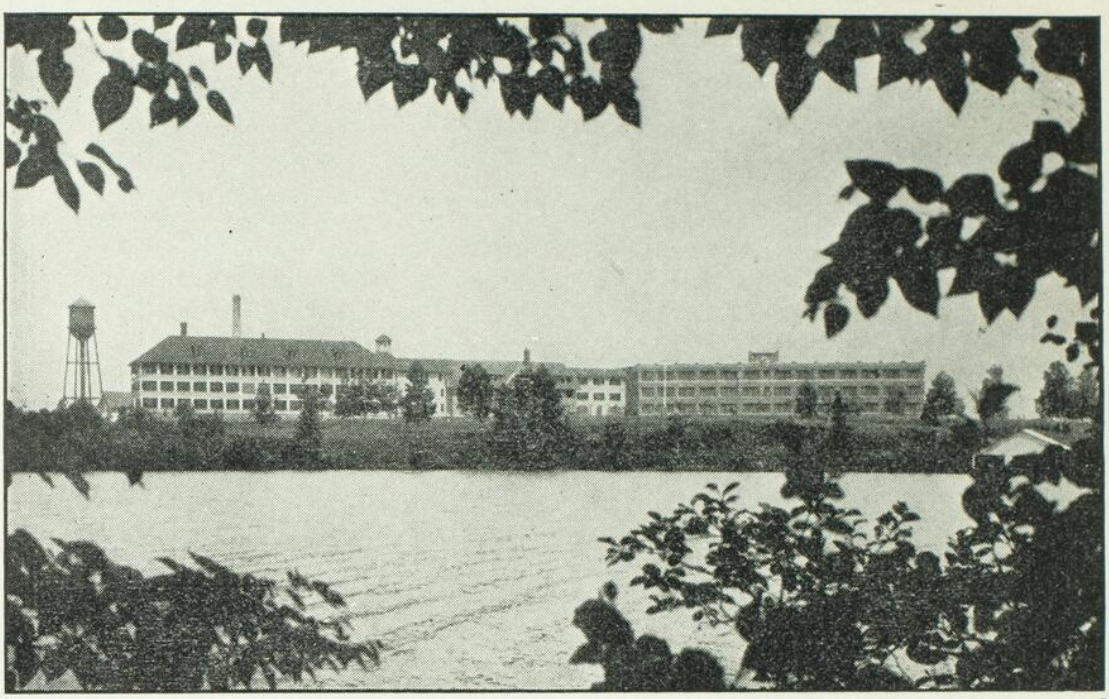
Contributions:	Examen primaire	$25.00
	Examen final	50.00
	Examen final spécial	75.00
	Admission comme sociétaire ou "Fellow" ..... (Membre actif)	150.00

Pour renseignements s'adresser à

WARREN S. LYMAN, M. D.
Secrétaire Honoraire
292, rue Somerset, Ottawa, Canada

Des renseignements supplémentaires apparaîtront dans chaque numéro de ce journal.

* Règlements: Art. 3, Sect. 2, Subdivision c., 1935.



Sanatorium du Lac Edouard

LAC EDOUARD, P. Q.

Pour le traitement de la

TUBERCULOSE PULMONAIRE

Situé au sommet des Laurentides, le Sanatorium du Lac Edouard offre tous les avantages scientifiques et climatiques de la cure hygiéno-diététique.

Seuls, les patients susceptibles d'amélioration sont admis.

Excellente cuisine. Personnel expérimenté et sympathique. Ambiance gaie. Taux modérés.

Service direct de Montréal et de Québec par le réseau du Canadien National.

Pour tout renseignement, s'adresser à

Docteur J. A. COUILLARD, B. A. L. Ph.
Surintendant médical

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.; Bertrand, A.; Bourgeois, P.; Brault, J.; Desforges, A.; Desjardins, Ed.; Doré, R.; Dubé, Ed.; Fauteux, M.; Favreau, C.; Fontaine, R.; Fortier, L.; Gagnier, L.-A.; Gariépy, L.-H.; Gatien, R.; Gélinas, H.; Jutras, A.; Lafresnière, G.; 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

Membres:

Jean SAUCIER, Édouard DESJARDINS, Roma AMYOT

ONT COLLABORE AU VOLUME DE 1935:

Amyot (R.), Archambault (P.-R.), Barry (G.), Baril (H.), Bernard (L.-C.), Bertrand (A.), Bertrand (A.), Blagdon (L.), Boucher (R.), Bourgeois (B.-G.), Bourgeois (P.), Bridges (Mme K. M. B.), Cantero (A.), Champeau (J.), Charbonneau (J.-H.), Charron (E.), Comtois (A.), Coutu (L.), Couturier (A.), d'Argencourt (G.), DeMartigny (F.), Desforges (A.), Desjardins (Ed.), Doré (R.), Dubé (Edm.), Dubé (J.-E.), Dufresne (E.), Dufresne (O.), Dumontier (A.), Facquet (J.) Fauteux (M.) Favreau (J.-C.), Ferron (M.), Fontaine (R.), Fortier (L.), Gagnier (L.-A. fils), Gariépy (L.-H.), Gariépy (U.), Gélinas (H.), Gendreau (J.-E.), Gérin-Lajoie (L.), Gibeault (H.), Graton (A.). Guilbault (A.), Hébert (G.), Heineck (A.-P.). Jutras (A.), Lafresnière (G.), Lambert (J.-A), Lamoureux (L.), Lapierre (G.), Laquerrière (A.), Larichelière (R.), Laurin (B.), Lefebvre (P.), Lefrançois (C.), Legault (J.-P.), Léonard (D.), LeSage (A.), LeSage (J.), Letondal (P.), Lian (C.), Magnan (L.-A.), Major (W.), Manseau (J.-A.), Manseau (O.), Marin (Albéric), Martel (J.-A.), Martin (P.), Mathieu (C.-T.), Mathieu (E.), Millet (J.), Morin (G.), Morin (P.), Mousseau (J.-A.), Panet-Raymond (J.), Panneton (P.), Paquette (J.-P.), Paré (L.), Parizeau (T.), Pilon (A.), Poirier (P.), Patoine (L.), Ricard (P.-M.), Riopelle (J.-L.), Riopel (P.), Roux (R.), Roy (J.-N.), Samson (J.-E.), Sansregret (E.), Saucier (J.) , Simard (L.-C.), Smth (P.), Saint-Germain (J.-P.), Saint-Jacques (E.), Tétreault (A.), Trépanier (F.), Vidal (J.-A.).

SUITE DU SOMMAIRE

NOUVELLES

Nouvelle nomination. — Avis. — Congrès International de la Presse Médicale Latine à Venise. — Congrès International de l'insuffisance hépatique 499

Premier congrès international des Sanatoriums et des établissements de cure privés. — Journées internationales périodiques de cardiologie à Royat 500

Neuvième Congrès de l'Association française de pédiatrie. — Sixième assemblée annuelle de l'Académie Américaine de pédiatrie à Kansas City, Mo. 501

ANALYSES

MÉDECINE

Hypertension artérielle paroxystique (p. 474).

GASTRO-ENTÉROLOGIE

La disparition des niches et images diverticulaires gastriques après traitement médical de l'ulcère d'estomac (p. 475).

ENDOCRINOLOGIE

Tests biologiques de grossesse (p. 475). L'hormone de croissance de la pituitaire antérieure (p. 477).

CARDIOLOGIE

Etude sur le pouls alternant à la suite d'une circulation coronarienne diminuée (p. 479).

PHTISIOLOGIE

La thoracoplastie dans la tuberculose pulmonaire (p. 479). Pneumothorax partiel électif par symphise lobaire provoquée (p. 480).

NUTRITION

Contribution à l'étude du terrain et du diagnostic au cours de la tuberculose pulmonaire chronique: l'indice Glutathiocholestérolémique (p. 481). La lutéine (p. 482). Epithélioma des îlots de Langerhans avec hypoglycémie: préparation d'un extrait insulinoïde avec les noyaux métastatiques du foie (p. 482).

NEURO - PSYCHIATRIE

Le traitement de la chorée de Sydenham, par les injections intramusculaires de sulfate de magnésie (p. 483). Les douleurs fulgurantes du tabès (p. 483).

HYGIÈNE

Le problème hygiénique des piscines (p. 484). Contribution expérimentale à l'étude d'une température de 63° C. sur le bacille tuberculeux bovin dans le lait (p. 485). Etiologie des Oreillons (p. 485). Prévention de la carie dentaire par l'alimentation (p. 486). Vitamine A et bronchite aiguë (p. 486).

CHIRURGIE

Les indications du traitement chirurgical des ulcères d'estomac et du duodénum (p. 487). Le traitement des plaies digitales des tendons fléchisseurs (p. 488).

OBSTÉTRIQUE

La réparation tardive des déchirures dues à un accouchement (p. 488).

UROLOGIE

Le prostatique âgé (p. 489). Péripancréatite secondaire aux infections périnales (p. 490).

PÉDIATRIE

Déshydratation et acidose dans un cas de méningo-encéphalite basale aiguë (p. 490). Sur le rachitisme (p. 491). Les rapports de la coqueluche et de la tuberculose chez l'enfant (p. 491). Le traitement des bronchopneumonies du premier âge par la transfusion de sang (p. 492).

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Un nouveau signe de syphilis héréditaire: l'augmentation de volume d'une articulation sternoclaviculaire (p. 493). Syphylis de troisième génération (p. 493). Le diagnostic des plaques eczématoïdes à bords nets (p. 494). A propos de la substance d'Oriel (p. 494).

ÉLECTRO-RADIOLOGIE

Roentgenthérapie de certaines infections (p. 495). Quand faut-il irradier un zona? (p. 495).

LABORATOIRE

Morphologie du gonocoque. Les porteurs de germes (p. 496).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Surrénalite méningococcique aiguë (p. 497).

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 ASCIATIQUES 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 MONTRÉAL — Catalogues, Devis, Renseignements sur demande. Service d'un Ingénieur électro-radiologiste. — Phone HArbour 2357

Angor Pectoris

GLUCOPHYLLINE
ABBOTT

Chaque comprimé de Glucophylline Abbott, contient 2.3 grs. de Théophylline-Méthyl glucamine.

Le Méthyl Glucamine assure à la Théophylline une plus grande solubilité, réhausse son action thérapeutique et réduit l'irritation gastro-intestinale; de plus ce composé possède lui-même des propriétés diurétiques très marquées.

INDICATIONS

La Glucophylline Abbott est indiquée dans les troubles cardiaques, surtout quand ils sont accompagnés de l'œdème et de dyspnée paroxysmale. Dans les troubles coronaires, comme l'angine de poitrine, la sclérose et la thrombose, cette préparation est employée comme dilatateur des vaisseaux périphériques des artères coronaires.

La Glucophylline Abbott contribue à empêcher les paroxysmes douloureux et à réduire leur sévérité et fréquence.

Échantillon Médical et Information Détaillée sur Demande.

LABORATOIRES ABBOTT
LIMITÉE — MONTRÉAL

Tome LXV No 5 Mai 1936

BIBLIOTHEQUE
PHENIX — SAINT-JEAN, QUEBEC

BULLETIN

LES MÉDECINS DES HÔPITAUX.
BILAN MÉDICAL DE NOTRE-DAME POUR 1935.
RÊVE ET RÉALITÉ

La question de l'indemnité pour frais de déplacements en faveur des médecins des hôpitaux en est une d'actualité. Les bureaux d'administration en sont saisis: des comités locaux étudient les voies et moyens. Un de nos grands hôpitaux de Montréal a même accepté et mis en pratique — à compter du 1er février, dit-on — le barème proposé par l'Association des Médecins des hôpitaux de Montréal, il y a deux mois, et approuvé par tous les bureaux médicaux. Nul doute que cet exemple sera suivi par les autres institutions similaires.

Le succès que nous avons remporté dans la question du chômage nous incite à la persévérance dans celle des hôpitaux et nous autorise à escompter, à bref délai, la solution de ce problème épineux.

Nous apportons au débat quelques pièces justificatives plus éloquentes que de longs plaidoyers. Il s'agit du dernier rapport médical de l'hôpital Notre-Dame pour l'année 1935.

Si nous défalquons du bilan général le travail accompli dans les laboratoires et par les services d'anesthésie, où le personnel médical reçoit un traitement fixe, nous constatons que les médecins et les chirurgiens de Notre-Dame ont donné 255,451 consultations et pratiqué 10,445 opérations. Si nous comptons $7.00 pour une opération, même majeure, 0.50c pour une consultation (service interne), 0.25c pour une consultation (service externe), nous atteignons, à ce taux très bas, le chiffre impressionnant de $180,000 en 1935 seulement.

Notons aussi que les médecins de Notre-Dame ont gagné, en 1935, 12,283 jours de plus qu'en 1934, soit, à $2.00 par jour et par malade, la somme de $24,566. Ils ont donc réussi à augmenter les revenus provenant des services internes.

D'autre part, ils ont diminué de 40,000 le nombre de consultations externes, en y comprenant 20,000 ordonnances gratuites de moins qu'en 1935, à 0.22c, soit $4,200; ce qui ferait une somme de $28,800 environ à déduire des dépenses générales.

Des mesures énergiques ont été prises par les médecins en vue de diminuer le déficit annuel de nos dispensaires. Ils feront mieux encore, si possible.

Ces chiffres démontrent, de la part des médecins, une attention et une coopération dignes d'un meilleur sort, car si nous réagissons contre de tels abus, nous contribuons ainsi à maintenir la stabilité scientifique et économique de notre Maison, quand même et malgré tout.

Voilà ce que nous pouvons et devons dire aux institutions financières de Montréal et au public en général. Ce travail est accompli sans rétribution par les médecins, *les seuls à qui on accorde ce privilège dans cette Maison!* Est-ce juste?

En songeant à cette œuvre admirable de nos hôpitaux, dont la mission consiste surtout à protéger la santé publique, on sent le besoin de redresser les jugements, souvent téméraires et injustes, édictés contre la corporation des médecins.

D'ailleurs, la question des indemnités aux médecins des hôpitaux a été posée nettement et publiquement, il y a plusieurs mois. Après les heures d'étonnement sont venues les heures de débats et de revendications, car selon le mot de Corneille: "C'est faiblesse d'attendre le mal qu'on voit venir, sans vouloir s'en défendre."

Aujourd'hui, le problème relève de nos bureaux d'administration. Nous avons la certitude morale qu'on rendra justice aux médecins qui ne demandent qu'une chose: *une simple indemnité pour frais de déplacement*: ça n'est pas une faveur.

A Notre-Dame et ailleurs on en accepte le principe en attendant de trouver de nouvelles sources de revenus, pourvu que l'Assistance Publique alimente plus généreusement celles que nous possédons déjà. Un comité spécial a été appointé dans ce but.

Sans doute, on nous promet, en retour d'un tel dévouement, les plus hautes récompenses par delà les mondes éternels où règne la suprême béatitude; nous le croyons, et cette pensée nous réconforte, mais, en attendant la réalisation de ce divin espoir, nous subissons le joug impérieux des lois civiles dont les dures sanctions pèsent lourdement sur chacun de nous, les médecins des hôpitaux autant que les autres: famille, impôts, fluctuations économiques, et cent autres responsabilités silencieuses. Aucune gratification ni dégrèvement pour eux, de la part des pouvoirs publics, en retour des services inappréciables rendus, à titre gracieux, à la société — exigeante et ingrate!...

Je ne sache pas que la pratique de la Charité impose à ses disciples le détachement absolu des biens de ce monde afin de mériter l'autre. Son rythme ne met aucun frein aux légitimes ambitions des hommes à qui elle indique quelquefois le chemin de la fortune...

Les médecins, ceux de Notre-Dame, et les autres, désirent et veulent redresser certains torts en dissipant quelques préjugés, devenus périmés et dommageables.

Le véritable esprit public est fait autant de franchise que de pondération. La coopération ne signifie pas une soumission béate et fatidique à la marche des événements. Sans doute, on n'est malheureux que par comparaison, mais on doit admettre que le monde matériel repose sur l'équilibre et le monde moral sur l'équité.

Nous sommes arrivés à la croisée des chemins. Sachons nous orienter sagement et avec courage de part et d'autre, car on ne peut avancer sans avoir confiance dans l'avenir.

Si nous regardons le médecin des hôpitaux d'un œil simplement humain, nous serons enclins à l'admirer plutôt qu'à le critiquer au moindre heurt. Tôt ou tard, après mûre réflexion, nous deviendrons son défenseur, puis son protecteur, "car la vérité, a écrit Lacordaire, a des ressources contre nous, quel que soit l'éloignement où notre esprit la tient".

C'est le souhait que nous formulons, mais "nous ne cesserons de prier", comme l'on dit au Palais... car on doit "sanctifier sa volonté" pour la lutte contre l'oligarchie des "tyrannies légitimes et des saintes injustices".

LeSAGE.

LE SECOURS MÉDICAL AUX CHOMEURS ASSISTÉS

Après plus de quatre ans de revendications et de lutte, les droits des médecins viennent d'être reconnus par les autorités de la Ville de Montréal. Malgré les échecs successifs subis par diverses organisations médicales locales et provinciales, les demandes répétées d'accorder aux médecins une rémunération pour les soins médicaux donnés aux chômeurs ont finalement reçu l'approbation du Comité Exécutif et du Conseil de Ville.

La Commission du Chômage avait déjà compris toute la nécessité d'offrir aux sans-travail un service médical adéquat rémunérateur pour le médecin traitant. Elle avait pris la défense de la profession, mais sans succès. Différents plans soumis avaient été acceptés; ils avaient même reçu l'approbation de ceux qui dirigent nos destinées municipales, mais ceux-ci voyaient leur demande d'argent au gouvernement provincial toujours déboutée.

S'adressant à la Société Médicale de Montréal et à The Montreal Medico-Chirurgical Society, Messieurs les Commissaires de la Commission du Chômage demandèrent aux Exécutifs de celles-ci la création d'un plan qui pourrait être calqué sur celui actuellement en vigueur dans la province d'Ontario: octroyant un montant de 25 sous par chômeur et par mois, soustrait aux fonds alloués pour les secours et applicables aux soins médicaux et pharmaceutiques. Ce système en opération dans toute la province d'Ontario depuis mars 1935, susceptible d'être révoqué tous les mois, vient d'être adopté par les médecins pour une période d'un an sur la demande du Gouvernement Provincial. Cette acceptation de la part des médecins de la Province-sœur, n'implique pas nécessairement que l'arrangement est à la satisfaction de tous. Au contraire, le montant de 25 sous est trop bas; la rémunération moyenne par cas n'est pas très élevée; mais un fait demeure tout de même, c'est que le médecin est susceptible de conserver une clientèle qui se dirige actuellement vers les dispensaires et qui devrait le suivre lorsque les jours meilleurs reviendront, de plus les montants perçus, si inadéquats soient-ils, serviront tout de même à aider le praticien dans l'octroi de soins pour lesquels jusqu'ici, il ne recevait rien du tout.

Les médecins pratiquant dans la Ville de Montréal, c'est-à-dire, dont le bureau est situé à Montréal sont seuls participant au plan soumis par la Commission du Chômage. Ils sont les seuls à pouvoir bénéficier du nouveau système. Nous osons espérer qu'à la lumière des résultats obtenus et à la satisfaction de la profession, d'autres villes, municipalités ou villages adopteront le même système ou tout autre système satisfaisant les exigences locales et que toute la profession médicale de la Province recevra bientôt une rémunération pour les soins accordés aux chômeurs.

Une circulaire émanant de la Commission a été adressée à tous les médecins de la Métropole leur expliquant le projet et leur offrant la participation à celui-ci.

Un Comité Médical a été constitué comprenant des médecins de tous les districts; deux de langue anglaise représentant l'élément anglo-saxon et choisis par The Montreal Medico-Chirurgical Society, cinq de langue française, dont deux choisis par La Société Médicale de Montréal, et trois choisis par l'Association des Médecins de l'Est, l'Association des Médecins de l'Ouest, l'Association des Médecins du Nord, l'Union des Médecins Praticiens et le Comité de l'Assistance Médicale aux Chômeurs.

Deux membres ont été délégués à Toronto, spécialement pour étudier sur place le fonctionnement du système dans la Ville-Reine. Ils en sont revenus avec des données nombreuses, et ils se sont rendus compte de l'énormité de la tâche qui les attend, eux et tous les membres du Comité Médical.

Le plan est relativement récent et nouveau pour la profession: il faudra explorer la route à suivre, progresser lentement et ajuster la procédure à la lumière de l'expérience. Le succès ou la faillite dépendra largement sur l'habileté de la profession à se soumettre aux exigences et données du projet. Les critiques et les suggestions seront nombreuses. Il faudra que la profession accorde à cette tentative un essai loyal, dans le meilleur esprit de coopération sincère cordiale et sympathique.

GERIN-LAJOIE.

MÉMOIRES

L'IMPORTANCE DU TRAITEMENT DE LA SYPHILIS À SES DÉBUTS

Par Paul POIRIER,
Chef du Service de Dermato-Syphiligraphie à l'Hôtel-Dieu.

Monsieur le Professeur Marin a déjà publié ici même, trois excellents "Mémoires"(1) sur l'*insuffisance* du traitement en matière de syphilis et sur l'*importance du traitement au début.*

Je voudrais aujourd'hui apporter un témoignage de plus, en faveur de ses avancés. A cet effet j'ai pris sans choisir 20 dossiers, 10 de syphilis récentes et 10 de syphilis anciennes, que voici:

PREMIER GROUPE

Syphilis récentes

I. Dossier 8982. — Diagnostic: **Syphilis secondaire.**

Observation. — V. Jeanne., 22 ans, envoyée par son médecin de famille avec la note suivante: "Je vous envoie Mlle, que j'ai commencé à traiter avec du Novarsénobenzol. Je lui ai donné 0,15 - 0,30 - 2 0,45 - 2 0,60; elle était à la période initiale de roséole; j'ai intercalé du Bismuthoïdol, 1 ampoule par semaine au nombre de 5 - ..... Sang: + + + + + + + + +".

S'est exposée depuis 5 ans — Roséole au déclin; micro-polyadénite, asthenie, amaigrissement.

Traitement:

1933			
	E.	+ + + +	
Mars	C.	+ + + +	7,50 grammes de Novarsénobenzol Billon.
	K.	+ + + +	
	E.	————	
Mai	C.	————	6,50 grammes de Novarsénobenzol Billon.
	K.	————	
	E.	————	
Juillet	C.	————	7,35 grammes de Novarsénobenzol Billon.
	K.	————	
	E.	————	
Novembre	C.	————	12 injections bi-hebdomadaires de Muthanol.
	K.	————	

(1) Des traitements insuffisants en syphilis, février 1931.
Des traitements insuffisants en syphilis, mai 1931.
Syphilis pré-humorale.—Son traitement, janvier 1932.

1934			
	E.	———	
Janvier	C.	———	2,95 grammes de Novarsénobenzol.
	K.	———	
			Douleurs articulaires et épigastriques, vomisse- [ments.
Mars			10 injections hebdomadaires d'huile grise ¼ c.c. [= 8 divisions de la seringue de Barthélemy.
	E.	———	
Juin	C.	———	8 injections bi-hebdomadaires de Néo-luatol. (ab-
	K.	———	[sente pour la campagne).
	E.	———	
Juillet	C.	———	2 injections d'huile grise. Accident d'automo-
	K.	———	[bile).
	E.	———	
Octobre	C.	———	10 injections bi-hebdomadaires de Néo-luatol.
	K.	———	
1935			
	E.	———	
Janvier	C.	———	7 injections bi-hebdomadaires d'huile grise ¼ c.c.
	K.	———	[= 8 divisions.
	E.	———	
Août	C.	———	4 injections bi-hebdomadaires d'huile grise ¼ c.c.
	K.	———	[= 8 divisions.
1936			
	E.	———	
Mars	C.	———	Ponction lombaire proposée.
	K.	———	

Congé si tout est normal.

II. Dossier 5077. — Diagnostic: **Syphilis secondaire.**

Observation. — S. André, 38 ans, grec, commis. Chancre à la verge en décembre 1934 et B. W. fortement positif. Traitement suivi régulièrement depuis.

Traitement:

1935			
	E.	+ + + +	
Janvier	C.	+ + + +	6,75 grammes de Novar. et concurremment.
	K.	+ + + +	13 injections bi-hebdomadaires de Néo-luatol.
			[(Réparations à l'hôpital).
	E.	———	
Juillet	C.	———	6,75 grammes de Novarsénobenzol.
	K.	———	
	E.	———	
Novembre	C.	———	4,65 grammes de Novarsénobenzol.
	K.	———	

1936

E. ————

Février C. ————

K. ————

Le traitement se continue.

III. Dossier 9213. — Diagnostic: **Syphilis secondaire.**

Observation. — G. Henri, 27 ans. Lésions préputiales. Apparition de chancre préputial il y a 16 jours environ. Blennorragie concomitante. Célibataire. Ganglions satellites bilatéraux indolores dans les aines et au cou. Réflexes vifs. Argyll normal.

Traitement:

1934

E. + + + +

Novembre C. + + + + 4,20 grammes de Novarsénobenzol.

K. + + + +

1935

Janvier 7,10 grammes de Novarsénobenzol.

E. ————

Septembre C. ———— 7,05 grammes de Novar. (reçus en ville).

K. ————

E. ————

Novembre C. ———— 3,70 grammes de Novarsénobenzol.

K. ————

1936

E. ————

Janvier C. ————

K. ————

Le traitement se continue.

IV. Dossier 9006. — Diagnostic: **Syphilis secondaire.**

Observation. — L. Maurice, 27 ans, barbier. Lésions cutanées et muqueuses. Chancre initial il y a 3 mois. A reçu à cette date 7 injections de Novarsénobenzol. Laryngite. Plaques muqueuses dans la bouche et sur la langue. Plaques muqueuses sur le gland. Adénopathie inguinale. Lésions cutanées kerato-psoriasiformes aux mains, à la face interne.

Traitement:

1933

E. + + + +

Août C. + + + + 8,40 grammes de Novarsénobenzol.

K. + + + +

E. + + + +

Novembre C. + + + + 4,56 grammes de Novarsénobenzol et conc.

K. + + + + 6 injections bi-hebdomadaires de Muthanol.

1934			
	E.	+ + + +	
Janvier	C.	+ + + +	10,30 grammes de Novarsénobenzol et conc
	K.	+ + + +	11 injections de Néo-luatol.
	E.	————	
Avril	C.	————	11 injections de Néo-luatol et conc.
	K.	————	8,40 grammes de Novarsénobenzol.
	E.	————	
Juillet	C.	————	12 injections de Néo-luatol.
	K.	————	
	E.	————	
Octobre	C.	————	2,10 grammes de Novarsénobenzol.
	K.	————	
1935			
	E.	————	
Janvier	C.	————	8,40 grammes de Novarsénobenzol.
	K.	————	
	E.	————	
Juin	C.	————	8,60 grammes de Novar. (Répar. à l'hôpital).
	K.	————	
1936			
	E.	————	
Janvier	C.	————	
	K.	————	

Le traitement se continue.

V. Dossier 8812. — Diagnostic: **Syphilis secondaire.**

Observation. — L. Albéric, 39 ans. Lésion initiale en mai. Plaques muqueuses de la région anale. Papu'es formant des arcs de cercle au milieu du dos et au cuir chevelu dont quelques-unes sont psoriasiformes. Polyadénite. Angine. Marié, deux enfants. Femme à examiner.

Traitement:

1932			
	E.	+ + + +	
Décembre	C.	+ + + +	11 grammes de Novarsénobenzol.
	K.	+ + + +	
1933			
	E.	————	
Avril	C.	+ + + +	7,50 grammes de Novar. (9 mois de congé sans
	K.	+ +	[permission).
1934			
	E.	————	
Avril	C.	————	10,20 grammes de Novar. et concurremment.
	K.	————	6 injections de Néo-luatol.
	E.	————	
Septembre	C.	+	7,50 grammes de Novarsénobenzol.
	K.	————	

	E.	————	
Décembre	C.	————	6,75 grammes de Novar. (Répar. à l'hôpital).
	K.	————	

Traitement à continuer.

VI. Dossier 72291. — Diagnostic: **Syphilis secondaire.**

Observation. — F. Madame A., 31 ans. Troubles digestifs, céphalée, maux de gorge. Chancre initial il y a 4 semaines. Plaques muqueuses à la gorge. Roséole. Mariée en 1922, 6 grossesses. Mari loin du logis, vétéran.

Traitement:

1931			
	E.	+ + + +	
Juillet	C.	+ + + +	7,75 grammes de Novarsénobenzol.
1932			
	E.	+ + + +	
Février	C.	+ + + +	4,75 grammes de Novarsénobenzol.
	E.	————	
Octobre	C.	+ + + +	4,35 grammes de Novarsénobenzol.
	K.	+ + + +	
1933			
	E.	————	
Janvier	C.	+	3,75 grammes de Novarsénobenzol et conc.
	K.	+ +	9 injections de Muthanol.
	E.	————	
Août	C.	+	5 injections de Muthanol.
	K.	————	
	E.	————	
Octobre	C.	+	2,10 grammes de Novar. (Suit très mal le traitement).
	K.	————	
1934			
	E.	————	
Février	C.	————	3 injections de Néo-luatol.
	K.	————	
	E.	————	
Mai	C.	————	10 injections de Néo-luatol.
	K.	————	
	E.	————	
Août	C.	————	10 injections de Bicréol.
	K.	————	
	E.	————	
Décembre	C.	————	
	K.	————	

SÉRUM ANTI-
HÉMORRAGIQUE
DES Drs DUFOUR & LE HELLO

ANTHEMA

HÉMORRAGIES
HÉMOPHILIE

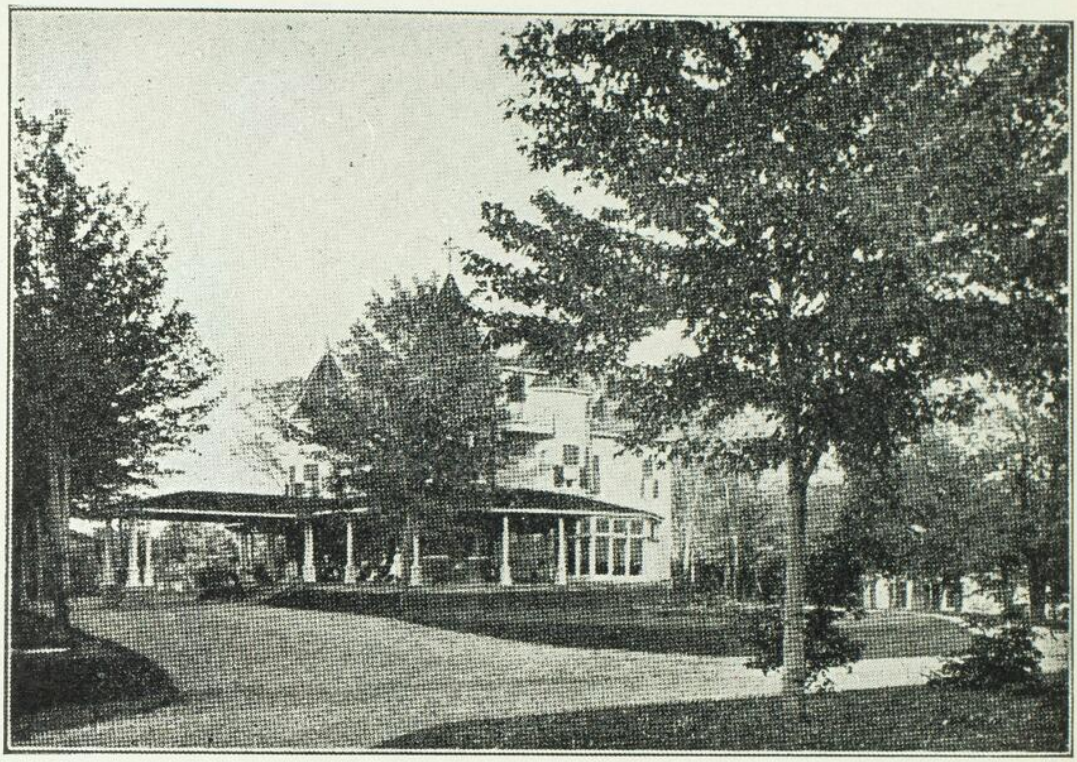
HÉMOSTASE
BIOLOGIQUE
PRÉOPÉRATOIRE

●

LABORATOIRES POULENC FRÈRES du CANADA, Limitée

Distributeurs: ROUGIER FRÈRES MONTRÉAL

SANATORIUM PRÉVOST
INCORPORE



ETABLISSEMENT DE PSYCHOTHERAPIE

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

TRAITEMENT INDIVIDUEL DES AFFECTIONS DU SYSTEME NERVEUX

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

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

4455 Boulevard Gouin ouest, **Téléphone, BYwater 1240**

1935			
	E.	————	
Janvier	C.	————	5 injections hebdomadaires d'huile grise ¼ c.c.
	K.	————	[= 8 div. de la seringue de Barthélemy.
	E.	————	
Octobre	C.	————	
	K.	————	

Traitement à continuer.

VII. Dossier 62135. — Diagnostic: **Syphilis secondaire.**

Observation. — C. Chs, 23 ans, journalier. Lésion initiale passée inaperçue. Alopécie en clairières, angine. Blennorragie non encore guérie. Femme actuellement sous traitement spécifique dans un autre hôpital; aucun enfant, aucune fausse-couche. Plaques muqueuses de la bouche. Leucoplasie linguale. Adénite inguinale et axillaire considérable. Chute des cheveux.

Traitement:

1927			
	E.	+ + + +	
Mars	C.	+ + + +	6,75 grammes de Novar. (Absence de 7 ans).
	K.	+ + + +	
1934			
	E.	————	
Mars	C.	+ + + +	10 injections de Néo-luatol.
	K.	————	
	E.	————	
Avril	C.	+ +	8,40 grammes de Novarsénobenzol et conc.
	K.	————	10 injections de bi-hebdomadaires de Néo-luatol.
	E.	————	
Août	C.	+ + +	8,70 grammes de Novarsénobenzol et conc.
	K.	————	11 injections de Néo-luatol.
	E.	————	
Décembre	C.	+ +	
	K.	————	
1935			
	E.	————	
Mars	C.	+ + +	
	K.	————	
	E.	————	
Septembre	C.	+	
	K.	————	

Traitement à continuer.

VIII. Dossier 53855. — Diagnostic: **Syphilis secondaire.**

Observation. — Z. Michel, 50 ans, cuisinier. Eruption. Blennorragie il y a 6 ans. Célibataire. Roséole depuis 2 semaines. Multiples petits chancres sur le gland. Date de l'infection daterait de 6 mois, lésion initiale.

Traitement:

1930			
	E.	+ + + +	
Juillet	C.	+ + + +	7,35 grammes de Novarsénobenzol.
	E.	————	
Novembre	C.	————	6,30 grammes de Novarsénobenzol.
1931			
	E.	————	
Février	C.	————	5,70 grammes de Novarsénobenzol.
	E.	————	
Avril	C.	————	11 injections bi-hebdomadaires de Muthanol.
	E.	————	
Août	C.	————	6 injections hebdomadaires d'huile grise ¼ c.c.
	E.	————	
Novembre	C.	————	2,55 grammes de Novarsénobenzol.
1932			
Janvier			4,75 grammes de Novarsénobenzol.
	E.	————	
Avril	C.	————	7 injections de Bicréol.
	K.	————	
Juin			6 injections d'huile grise.
	E.	————	
Octobre	C.	————	6 injections de Muthanol.
	K.	————	
1933			
	E.	————	
Janvier	C.	————	10 injections de Muthanol.
	K.	————	
	E.	————	
Août	C.	————	
	K.	————	
	E.	————	
Octobre	C.	————	
	K.	————	

	E.	————	
Décembre	C.	————	
	K.	————	
1934			
	E.	————	
Janvier	C.	————	
	K.	————	
	E.	————	
Juillet	C.	————	
	K.	————	
	E.	————	
Novembre	C.	————	Réflexes normaux. Cœur négatif. Peau et mu-
	K.	————	[queuse nil. Ponction lombaire à faire.
1935			
	E.	————	
Février	C.	————	6 injections de Muthanol.
	K.	————	
	E.	————	
Juillet	C.	————	11 injections de Néo-luatol.
	K.	————	
	E.	————	
Décembre	C.	————	7 injections de Bicréol.
	K.	————	

Congé après ponction lombaire, si tout est négatif.

IX. Dossier 14208. — Diagnostic: **Syphilis secondaire.**

Observation. — B. Berthe, 21 ans, servante. Histoire fausse de viol, un mois après, accouche d'un enfant à terme. Lésion suspecte région supérieure de la cuisse droite et ganglion volumineux du même côté. Large ulcération de la muqueuse au niveau de la dernière molaire inférieure gauche.

Traitement:

1924			
	Ea.	+ + + +	
Février	Ea.	+ + + +	4,65 grammes de Novarsénobenzol.
	Ea.	————	
Juin	Ea.	————	1,70 grammes de Novarsénobenzol.
Septembre			3,60 grammes de Novarsénobenzol.
1925			
	E.	+ + + +	
Février	C.	+ + + +	0,75 centigrammes de Novar. (une seule inj.).
1927			
	E.	+ + + +	
Avril	C.	+ + + +	1,50 grammes de Novarsénobenzol.

1934			
	E.	+ + + +	
Juin	C.	+ + + +	15 injections de Néo-luatol.
	E.	+ +	
Septembre	C.	+ + + +	10 injections de Néo-luatol.
	K.	+ +	
	E.	————	
Novembre	C.	+ + + +	3 grammes de Novarsénobenzol.
	K.	+ +	
1935			
	E.	+	
Janvier	C.	+ + + +	
	K.	+ + +	

Traitement insuffisant — à continuer.

X. Dossier 5160. — Diagnostic: **Syphilis primaire.**

Observation. — M. Henri, 25 ans. Depuis une vingtaine de jours, le patient présente au sillon balano-préputial une ulcération dure, cartonnée, à bords surélevés non décollables, non douloureux (signe du tarse positif). Adénopathie inguinale gauche. Ultra positif.

Traitement:

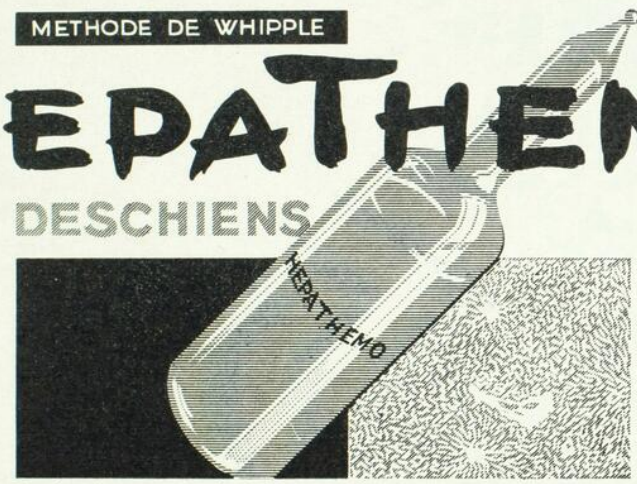
1935			
	E.	————	
4 décembre	C.	————	
	K.	————	
	E.	+ + + +	
11 décembre	C.	+ + + +	3 grammes de Novarsénobenzol.
	K.	+ + + +	
1936			
	E.	————	
Janvier	C.	————	7,50 grammes de Novarsénobenzol.
	K.	————	
	E.	————	
Mars	C.	————	
	K.	————	

Le traitement se continue.

METHODE DE WHIPPLE

HEPATHEMO

DESCHIENS

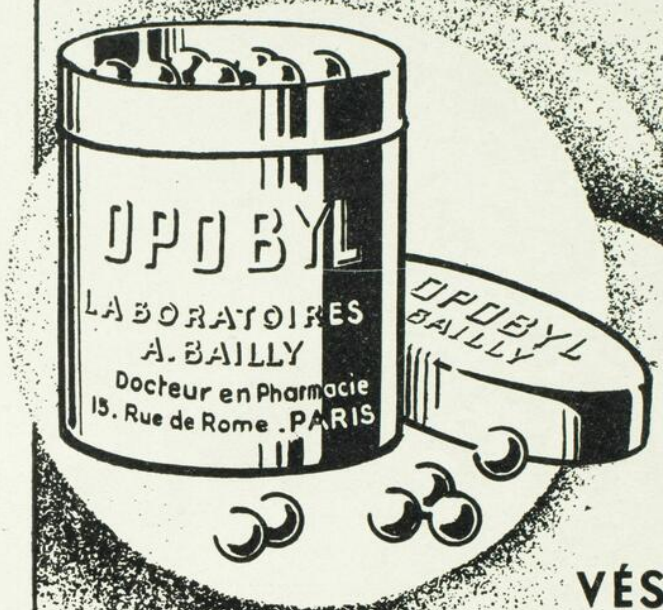


Extrait concentré hydrosoluble de foie de veau
Forme ampoule • Forme sirop

SYNDROMES ANÉMIQUES

DESCHIENS, 9, RUE PAUL BAUDRY - PARIS (VIIIe)
REPRÉSENTANT : ROUGIER, 350, RUE LEMOINE MONTRÉAL (CANADA)

OPOBYL



Pour vos
VÉSICULAIRES
Pour vos
HÉPATIQUES

OPOBYL
associe

L'OPOTHÉRAPIE BILIAIRE ET HÉPATIQUE
A LA MÉDICATION VÉGÉTALE HABITUELLE

●

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

●

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

Agents exclusifs: ROUGIER FRERES, 350 rue Le Moyne, Montréal.

DEUXIÈME GROUPE

Syphilis anciennes

I. Dossier 9041. — Diagnostic: **Syphilis nerveuse.**

Observation. — F. Chs, 35 ans, infection datant de 15 ans, à l'armée, *peu traitée.* Hypoacousie côté droit. Réflexes normaux. Depuis un mois vertiges rotatoires et nausées. Céphalée. L.C.R.: pression intra-rachidienne début 42, jugulaire 49, fin 20; éléments 71; glycorrachie 0,28%; albuminorachie 0.22%; Benjoin colloïdal, réaction positive 12201222220000000. Nouvelle ponction demandée après une série.

Traitement:

1934			
	E.	+ + + +	
Janvier	C.	+ + + +	15 injections bi-hebdomadaires de bismuth.
	K.	+ + + +	
	E.	+ + + +	
Avril	C.	+ + + +	10 injections bi-hebdomadaires de Néo-luatol.
	K.	+ + + +	
	E.	+ +	
Juin	C.	+ + + +	7,50 grammes de Novarsénobenzol et conc.
	K.	+ + +	8 injections de Néo-luatol.
	E.	+	
Septembre	C.	+ + + +	8,70 grammes de Novarsénobenzol et conc.
	K.	+ + + +	6 injections de Néo-luatol.
1935			
	E.	+	
Janvier	C.	+ + + +	6,30 grammes de Novar. (Rép. à l'hôpital).
	K.	+ + + +	

Traitement insuffisant au début.

II. Dossier 62026. — Diagnostic: **Syphilis tertiaire.**

Observation. — B. Eugène, 35 ans, chauffeur. Chancre génital il y a 15 ans; il avait reçu alors 10 *injections intraveineuses.* Marié il y a 6 ans; pas d'enfants; épouse en bonne santé. Rein calculeux enlevé il y a 2 ans; cystostomie pour calculs en 1919. Gomme ulcérée de la base de la langue apparue il y a 1½ mois; cette lésion se présente sous forme d'une masse indurée occupant le côté gauche de la partie inférieure de la langue et s'étendant jusque près de la pointe, et mesure 1½ pc. de long. Hydrocèle du côté droit opéré sans résultat. Néphrectomie en 1925.

Traitement:

1927			
	E.	+ + + +	
Janvier	C.	+ + + +	7,05 grammes de Novarsénobenzol et conc.
			13 injections bi-hebdomadaires de Muthanol.

	E.	+ + + +	
Avril	C.	+ + + +	6,90 grammes de Novarsénobenzol.
	E.	+ + + +	
Juillet	C.	+ + + +	8 injections de Muthanol.
	E.	+ + + +	7,05 grammes de Novarsénobenzol, suivis de 8 inj.
Décembre	C.	+ + + +	[de Muthanol.
1928			
	E.	+ + + +	
Avril	C.	+ + + +	6,90 grammes de Novarsénobenzol.
	E.	+ + + +	
Août	C.	+ + + +	7 injections de Muthanol.
1929			
	E.	+ + + +	
Janvier	C.	+ + + +	7,05 grammes de Novarsénobenzol.
	E.	+ + + +	
Avril	C.	+ + + +	10 injections de Muthanol (absent, voyage dans [l'Ouest).
	E.	+ + + +	
Septembre	C.	+ + + +	12 injections de Muthanol.
1930			
	E.	+ + + +	
Janvier	C.	+ + + +	7,45 grammes de Novarsénobenzol. Herniotomie.
	E.	+ + + +	
Avril	C.	+ + + +	6,15 grammes de Novarsénobenzol.
	E.	+ + + +	
Juillet	C.	+ + + +	6,75 grammes de Novarsénobenzol et conc. 10 injections de Muthanol.
1932			
	E.	+ + + +	
Avril	C.	+ + + +	6,60 grammes de Novarsénobenzol.
	K.	+ + + +	
	E.	+	
Juillet	C.	+ + + +	12 injections de Muthanol.
	K.	+ + + +	
	E.	+ +	
Novembre	C.	+ + + +	4,95 grammes de Novarsénobenzol.
	K.	+ + + +	
1933			
	E.	+	
Janvier	C.	+ + + +	7,05 grammes de Novarsénobenzol.
	K.	+ + + +	

	E.	+ +	
Avril	C.	+ + + +	7,65 grammes de Novarsénobenzol.
	K.	+ + + +	
	E.	+ + + +	
Août	C.	+ + + +	12 injections de Quimby.
	K.	+ + + +	
1934			
	E.	+ +	
Janvier	C.	+ + + +	10 injections hebdomadaires d'huile grise ¼ c..c
	K.	+ + + +	[= 8 div.
	E.	+	
Septembre	C.	+ + + +	5 injections de Néo-luatol.
	K.	+ + + +	

Traitement insuffisant au début.

III. Dossier 53934. — Diagnostic: **Syphilis latente.**

Observation. — St. L., Madame Auguste, 31 ans. Nervosisme, céphalée, perte de mémoire. Probablement *infection* conjugale *passée inaperçue.* Mari trouvé positif, refuse traitement. Mariée depuis 11 ans, 11 grossesses, un enfant vivant à la 2e grossesse, 10 morts en bas âge, pas de fausses-couches. Troubles sympathiques. Enceinte. P. A. 105-75.

Traitement:

1930			
Novembre	C.	+ + + +	
	E.	+ + + +	6 injections de Muthanol et concurremment.
	K.	+ + + +	2,55 grammes de Novar. (Absente, maladie).
1931			
	E.	+ + + +	
Février	C.	+ + + +	5,70 grammes de Novarsénobenzol.
	E.	+ + + +	
Mai	C.	+ + + +	2,55 grammes de Novarsénobenzol.
			(Accouchée à terme d'un enfant en apparence de bonne santé, qui fut mis sous traitement.)
Août			4,95 grammes de Novarsénobenzol.

Syphilis méconnue au début.

IV. Dossier 8945. — Diagnostic: **Syphilis latente.**

Observation. — B. H., 35 ans, marié à 30 ans, femme a eu 2 fausses-couches. Chancre initial en 1926; a reçu à cette date 6 *injections de Novar.* Vertiges. Réflexes rotuliens exagérés?

Traitement:

1933			
	E.	+ + + +	
Août	C.	+ + + +	9,30 grammes de Novarsénobenzol.
	K.	+ + + +	

	E.	+ + + +	
Décembre	C.	+ + + +	7,40 grammes de Novarsénobenzol.
	K.	+ + + +	
1934			
	E.	+	
Avril	C.	+ + + +	7,80 grammes de Novarsénobenzol.
	K.	+ + + +	
	E.	+	
Août	C.	+ + + +	8,25 grammes de Novarsénobenzol et conc.
	K.	+ + + +	9 injections de Néo-luatol.
Novembre			3,45 grammes de Novarsénobenzol.
1935			
	E.	+	
Janvier	C.	+ + + +	7,20 grammes de Novar. (Rép. à l'hôpital).
	K.	+ + + +	
	E.	————	
Septembre	C.	+ +	8,80 grammes de Novarsénobenzol.
	K.	+ + + +	
1936			
	E.	————	
Janvier	C.	+ + +	8,10 grammes de Novarsénobenzol.
	K.	+ + +	

Traitement insuffisant au début.

V. Dossier 62123. — Diagnostic: **Syphilis nerveuse (Tabes).**

Observation. — B. Thomas, 43 ans, forgeron, s'est présenté pour troubles digestifs, douleurs et faiblesse dans les jambes. Lésion génitale en 1904; 3 blennorragies dont la dernière il y a 6 ans. Célibataire. Réflexes rotuliens abolis; réflexes achilléens: abolis du côté droit et diminués du côté gauche. Incontinence d'urine, lenteur des mictions. Pupilles fixes contractées. Crises vésicales, difficulté à uriner. Brûlements d'estomac, etc.

Traitement:

1927			
	E.	+ + + +	
Mars	C.	+ + + +	1,20 grammes de Novar. (Supportant très mal). 11 injections de Muthanol.
1935			
	E.	————	
Octobre	C.	————	14 injections de Bicréol. L.C.R. négatif.
	K.	————	
1936			
	E.	————	
Février	C.	+	Continuation du traitement au Bicréol.
	K.	+	

Traitement intensif à continuer.

VI. Dossier 72367. — Diagnostic: **Syphilis oculaire.**

Observation. — C. Mlle A., 21 ans, presseuse, s'est exposée il ya 3 ans. Iritis depuis 3 semaines et kératite parenchymateuse.

Traitement:

1931

E. + + + +

Août C. + + + + 6,70 grammes de Novar. suivis de 6 inj. de cyanure de Hg., de 0,01 centigramme.

1932

E. + + + +

C. + + + + 2,90 grammes (Absence de 4 ans sans raison).

1936

Keratite parenchymateuse depuis 1 semaine. Mariée, 1 enfant de 19 mois mis sous traitement. Commencement du traitement par du bismuth d'abord et du Novar. ensuite.

E. + + + +

Février C. + + + +

K. + + + +

Syphilis méconnue, et traitement insuffisant.

VII. Dossier 41107. — Diagnostic: **Syphilis nerveuse** (Paralysie générale)

Observation. — P. Ovide, 43 ans, chauffeur; chancre en 1918 sans manifestations secondaires. A reçu 20 *injections intraveineuses* en Belgique. Marié depuis 6 ans, femme a eu 2 fausses-couches, 2 enfants morts, 2 vivants; elle est actuellement sous traitement pour syphilis nerveuse avec B. W. + + + + + + + + +. Céphalée, nervosisme extrême, réflexes patellaires et pupillaires normaux. A fait une hémiplégie. Anxiété, peur de devenir fou, s'inquiète de tout, palpitations, sueurs profuses, constriction cardiaque, tremblements transitoires au moment des inquiétudes, préoccupation de sa santé, puissance sexuelle diminuée du 1/3, irritabilité; réflexes photomoteurs réagissent à peine. Pas de troubles apparents de la motilité volontaire, des réflexes de la sensibilité; léger tremblement de la langue; malade à observer pendant quelque temps.

Traitement:

1925

E. + + + +

Novembre C. + + + + 3,60 grammes de Novarsénobenzol.

1926

E. + + + +

Juillet C. + + + + 5,90 grammes de Novar. (Absence non justifiée).

1927

E. + +

Janvier C. + + + + 6,75 grammes de Novarsénobenzol.

1931

E. +

Décembre C. + + + + 6,90 grammes de Novarsénobenzol.

	E.	————	
Juillet	C.	+ + + +	6,60 grammes de Novarsénobenzol.
1933			
	E.	————	
Janvier	C.	+ +	7,50 grammes de Novarsénobenzol.
	K.	+	

Malade qui n'a eu que quelques injections au début et qui a fait dans la suite de la paralysie générale.

VIII. Dossier 9239. — Diagnostic: **Syphilis latente.**

Observation. — P. Mike, 39 ans, nettoyeur de vitres, s'est présenté en ophtalmologie. Tout passé vénérien absent. Jamais d'injections intraveineuses ou intramusculaires. Marié depuis 20 ans. Réflexes oculaires, gauche paresseux, droit normal. Romberg négatif. Pas de ganglions hypertrophiés. Pas de leucoplasie. Femme examinée et B. W. + + + +.

Traitement:

1935			
	E.	+ + + +	
Janvier	C.	+ + + +	8,15 grammes de Novar. (Rép. à l'hôpital).
	E.	————	
Août	C.	+ + + +	6,00 grammes de Novarsénobenzol.
	K.	+ + + +	
	E.	+ +	
Novembre	C.	+ + + +	8,05 grammes de Novarsénobenzol.
	K.	+ + + +	
1936			
	E.	————	
Janvier	C.	+ + + +	Traitement à continuer.
	K.	+ + + +	

Syphilis méconnue au début.

IX. Dossier 9134. — Diagnostic: **Syphilis latente.**

Observation. — G. Chs, 50 ans, menuisier. Début de la maladie il y a environ 18 ans par un chancre à la verge ayant duré 9 jours, 50 *à* 60 *injections* et arrêt de traitement.

Traitement:

1934			
	E.	+ + + +	
Juin	C.	+ + + +	16 injections bi-hebdomadaires de Néo-luatol.
	K.	+ + + +	
	E.	+ +	
Octobre	C.	+ + + +	7,95 grammes de Novarsénobenzol.
	K.	+ + + +	
1935			
	E.	+	
Janvier	C.	+ + + +	7,65 grammes de Novar. (Rép. à l'hôpital).
	K.	+ + + +	

	E. +		
Juillet	C. + + + +	14 injections de Néo-luatol.	
	K. + +		
	E. +		
Octobre	C. + + + +	13 injections de Bicréol.	
	K. + + + +		
1936			
	E. +		
Février	C. + + + +	Continuation du traitement au bismuth.	
	K. + + + +		

Traitement insuffisant au début.

X. Dossier 5008. — Diagnostic: **Syphilis nerveuse** (Tabes).

Observation. — B. Adélard, 38 ans, rembourreur, chancre initial il y a 6 à 7 ans, *traitement local*, pommade sur le conseil d'un pharmacien; célibataire.

Pupilles fixes. Argyll positif. Réflexes rotuliens abolis. Romberg positif. Diminution de la mémoire et de la vision. Amaigrissement et troubles urinaires. Pas de leucoplasie. ? Traitement à faire.

Traitement:

1925			
	E. + + + +		
Août	C. + + + +	4,05 grammes de Novar. (Rép. à l'hôpital).	
	E. + + + +		
Septembre	C. + + + +	5,10 grammes de Novarsénobenzol.	
	K. + + + +		
1936			
	E. + + + +		
Janvier	C. + + + +	4,50 grammes de Novarsénobenzol, à continuer.	
	K. + + + +		

Traitement insuffisant au début (pommade) = Tabes . . .

Ces observations n'ont pas la prétention d'être parfaites, j'avoue tout au contraire, qu'elles sont incomplètes; elles tendent à prouver néanmoins une chose: tout l'intérêt qu'il y a à traiter un malade au début de son infection, avant que le tréponème ait imprégné l'organisme et s'y soit fixé.

Tout est là, à mon sens.

Et ce pour, c'est d'être renseigné sur ce que le plus grand syphiligraphe américain appelait: "Le problème universel du jour" c'est-à-dire la syphilis. Elle est d'une importance capitale. Elle est égale et même plus grave que la tuberculose, la grande "peste blanche", par la portée très vaste de son influence sur la destinée de l'espèce humaine présente et à venir. Il n'y a pas, dans tout le corps humain,

un tissu ou un organe que la syphilis ne puisse affecter; et il n'existe pas, dans tout le champ des connaissances médicales un aspect sous lequel elle ne puisse se présenter.

Nombre de médecins de grande expérience entretiennent toujours l'idée surannée que la syphilis est une preuve de dégradation morale et l'apanage de déchets humains.

Cette sorte d'opinion se traduit en des formules du genre de: "les maladies du vice", "les bas-fonds de la société", "de tels malades", "ce genre de travail", "femmes tombées", "fille qui tourne mal", "frère égaré".

Mais le Christ n'a-t-il pas dit à la femme adultère: "Et moi non plus, je ne vous condamnerai pas . . ."

La syphilis est un adversaire contre lequel il faut employer les ressources les plus subtiles et la plus indomptable persévérance.

Le public a le devoir d'exiger du corps médical un service de ce genre, et à bien plus forte raison le corps médical est tenu de le fournir; la pression de l'opinion publique, instruite de ce que le médecin doit faire en pareille circonstance, hâtera sans doute le jour où tout médecin sera en mesure et en état d'agir en ce sens.

Redisons-le encore: il n'existe aucun moyen tel que le médecin puisse considérer la lésion, la presser entre ses doigts, tâter les ganglions de l'aine et prononcer sentencieusement le mot fatidique "syphilis".

Pas un malade ne doit se contenter d'un pareil énoncé, ou des innombrables noms "d'irritation", d'"éruption due au froid", de "boutons d'herpès", de "chancres mous", de "verrues", que sais-je, accompagnés d'un sourire qu'un médecin lui offrira pour le rassurer.

Les chancres peuvent révéler toutes les formes, avoir toutes les dimensions et se développer n'importe où. — Un chancre peut avoir l'apparence herpétiforme et l'herpès avoir l'apparence chancriforme.

Le microscope est le premier arbitre.

Un médecin, un hôpital, un dispensaire qui n'est pas outillé pour identifier le germe (Tire-bouchon) de la syphilis ou ne se préoccupe pas de procurer ailleurs aux malades le bénéfice de ces méthodes, si la nature de son cas le réclame, n'a aucun titre à prétendre traiter la syphilis primaire.

Et l'examen à l'écran noir doit être immédiat, sans traitement préalable, local ou général. Des examens microscopiques répétés, des épreuves de sang répétées, de façon à relever les premières traces morbides dans la circulation, font partie des nécessités modernes.

RECOMMANDÉE DANS L'ALLAITEMENT MATERNEL

En usage dans les Maternités du monde entier. Une nourriture pure, concentrée sous une forme d'emploi facile. Ajoutée à du lait chaud elle fournit l'aliment supplémentaire nécessaire, et fait un breuvage délicieux et agréable.

OVALTINE

Aliment - Tonique - Liquide

PROVEINASE

MIDY

"RÉGULATEUR DE LA CIRCULATION VEINEUSE"

TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE

LABORATOIRES DE LA PIPÉRAZINE MIDY
New Birks Bldg. MONTREAL

2 à **4** comprimés par jour.

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

Le progrès en médecine

Depuis que nos laboratoires présentèrent l'Emménine (Collip) en 1930, l'importance du rôle que jouent les glandes endocrines apparaît de plus en plus comme primordiale. La littérature médicale renferme de nombreuses observations qui démontrent la valeur des hormones hypophysaires dans le traitement d'une grande variété d'affections, mais ce n'est que tout récemment que les diverses hormones du lobe antérieur de l'hypophyse ont été préparées avec succès. En accord avec les développements en opothérapie, nous présentons maintenant plusieurs hormones de la préhypophyse.

Les solutions stériles des hormones préhypophysaires ci-dessous, à moins d'indication contraire, sont préparées et standardisées d'après la méthode du Dr J. B. Collip du Laboratoire de Biochimie, Université McGill.

Pour injections sous-cutanées ou intramusculaires.

POLYANSYN

Indications — Conditions telles que le syndrome de Simmonds (cachexie hypophysaire) ou l'insuffisance préhypophysaire générale; ainsi que le traitement post-opératoire dans quelques cas d'ablation de tumeurs hypophysaires.

PROLACTIN
(hormone lactogène)

Une solution stérile de l'hormone lactogène de la préhypophyse préparée d'après la méthode des Drs Oscar Riddle et Robert W. Bates (*J. Pharmacol. & Exp. Therapeutics* 55: 365, 1935.)
Indications — Stimule la sécrétion lactée lorsque la glande mammaire est développée.

HORMONE DE MATURATION
(gonadotrope)

Indications — Aménorrhée, stérilité, cryptorchidie (ectopie testiculaire) et infantilisme.

HORMONE THYRÉOTROPE

Indications — Myxœdème et insuffisance thyroïdienne qui n'est pas de nature myxœdémateuse.

HORMONE ADRÉNOTROPE

Indications — A cause de son effet en ramenant à la normale la substance corticale de la glande surrénale atrophiée chez l'animal hypophysectomisé, l'action trophique de ce facteur amène souvent une amélioration dans des cas d'insuffisance surrénale, surtout en présence d'un hypofonctionnement hypophysaire.

AYERST, McKENNA & HARRISON, LIMITÉE

Biologistes et Pharmaciens

MONTRÉAL CANADA

Tout en donnant espoir aux victimes, n'oublions pas que la véritable stratégie dans la lutte contre la syphilis est la prévention, et que le traitement abortif et le traitement organique primitif ont une valeur dont aucun effort de rapiècement et de réparation scientifique ne peut se targuer.

Le traitement du chancre dans les quelques jours qui suivent son apparition est en même temps le plus sûr traitement de la méningo-encéphalite et du tabes dorsal, de la cirrhose du foie, de la myocardite syphilitique et de la sclérose coronaire, de l'aortite et de l'anévrisme, de l'atrophie optique primitive et de la surdité de l'oreille interne, et aussi de toute cette liste de maux aux dénominations diverses qui jalonnent la voie de la syphilis à travers le champ de la médecine.

CONTRIBUTION À L'ÉTUDE DES HÉMATOMES SOUS-DURAUX POST TRAUMATIQUES.[1]

Par

Thomas I. HOEN, et J. PANET-RAYMOND,

Montréal.

Il y a très peu d'entités nosographiques qui, en dépit des longues études poursuivies par les pathologistes et les cliniciens, portent tant à confusion que les hématomes sous-duraux.

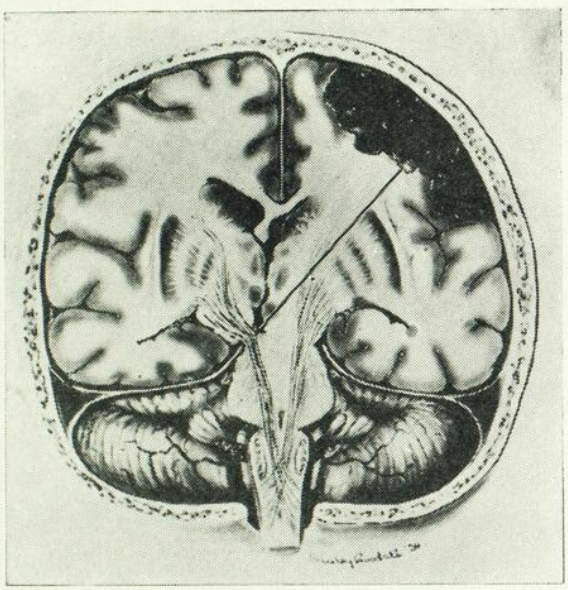
Depuis Virchow, la plupart des chercheurs ont été d'accord pour diviser ce syndrome en deux groupes : la pachyméningite hémorragique interne, habituellement corollaire d'une maladie systématisée, et les hématomes post-traumatiques. Nous nous réservons le droit de discuter cette division dans une publication ultérieure. En somme, puisque nos cas sont, de fait, inclus dans cette dernière catégorie, nous dirons quelques mots sur la symptomatologie et la pathogénie de ces cas post-traumatiques.

Le début est habituellement un coup à la tête, mais parfois ce coup est si léger qu'il passe même inaperçu du malade. Puis vient un espace de temps où le patient ne se ressent de rien ou n'accuse que quelques céphalées légères. Ce peut n'être que plusieurs jours ou plusieurs mois après que le patient ressentira de sérieux troubles. Les symptômes s'accentuent plus ou moins progressivement et avec un polymorphisme extraordinaire. Les troubles mentaux prédominent et peuvent revêtir l'aspect de quelques syndromes psychiques. Les patients sont indociles, irritables, souvent déments et désorientés. On rencontre aussi de l'amnésie, du gâtisme et un état stuporeux. Et ceci explique le fait qu'on découvre souvent ces cas à l'autopsie dans des asiles d'aliénés. A ce stade les signes d'hypertension intracrânienne sont très frustes : deux de nos cas avaient une stase papillaire, mais chez le troisième la papille était normale. Par ailleurs, il peut se produire une aphasie, une paralysie ou des crises convulsives accompagnées de spasmodicité, mais habituellement les réflexes sont diminués, voire abolis, et tout indice de localisation fait défaut. On peut aussi rencontrer des troubles de la musculature extrinsèque de l'œil, de l'anisocorie, du strabisme ou de la déviation conjuguée, mais c'est

---

(1) Service de Neuro-chirurgie de l'hôpital Saint-Luc.

une grave erreur que de se fier uniquement sur les signes oculaires. Ce polymorphisme peut s'expliquer par ce fait que l'hématome joue le rôle d'une tumeur comblant un espace avec cette caractéristique de s'adapter aux contours de la boîte crânienne, en réduisant ainsi la capacité de cet espace sans déterminer de pression bien localisée. Ainsi que l'a démontré l'un de nous dans une communication récente, ce facteur peut déterminer le curieux phénomène de l'hémiplégie ipsilatérale par compression de l'encéphale sur le côté opposé du crâne et par angulation du pédoncule cérébral opposé sur le bord de la tente du cervelet.



(Fig. 1)

La pression du liquide céphalo-rachidien peut être normale, sans augmentation d'albumine ou d'éléments, mais il est plus habituel de voir une légère hypertension accompagnée d'une hyperalbuminose et d'une légère xanthochromie, mais on ne doit pas s'attendre à trouver du sang dans le liquide, puisque l'hématome est encapsulé entre l'arachnoïde pariétale et la dure-mère et ne présente aucune communication avec les espaces sous-arachnoïdiens. L'hyperalbuminose et les pigments sanguins libérés par le caillot en liquéfaction se retrouvent dans le liquide céphalo-rachidien après avoir traversé le feuillet viscéral de l'arachnoïde par osmose, ainsi que viennent de le démontrer tout récemment Munro et Houston Merritt.

En dépit de la variété étonnante du tableau clinique, la lésion anatomique demeure toujours sensiblement identique; l'hémorragie occupe habituellement la région pariétale. On ignore encore quel est le vaisseau qui est lésé, mais on tend à incriminer les veines corticales qui se déversent dans les sinus; quoi qu'il en soit, l'hémorragie siège entre la dure-mère et le feuillet pariétal de l'arachnoïde, et peut ainsi recouvrir plus ou moins l'hémisphère tout entier. Il ne faut pas oublier toutefois que dans la plupart des hémorragies intracrâniennes traumatiques, le sang s'accumule entre la dure-mère et le crâne, comme dans le cas typique de rupture de l'artère méningée moyenne, ou encore, sous les deux feuillets arachnoïdiens comme dans les cas où le sang, dilué dans le liquide céphalo-rachidien, est recueilli par ponction lombaire. Dans l'une ou l'autre de ces alternatives, si l'hémorragie n'est pas trop considérable, le sang finit par se résorber suivant le processus physiologique habituel, mais tout autre est l'évolution dans les cas d'hématome sous-dural. Dans ce cas les cellules endothéliales des méninges encapsulent, après 3 ou 4 jours, l'hématome d'une membrane à fibroblastes. Ces mêmes cellules, issues du système réticulo-endothélial, d'après Aschoff, tout comme les cellules du foie de Kupffer, ont la même fonction que ces dernières et transforment les pigments sanguins en biliverdine et bilirubine. C'est à ce phénomène qu'est dû l'aspect si caractéristique de ces lésions qui ont une coloration rouge verdâtre qui se rencontre même dans la dure-mère et à la corticalité du cerveau imprégnée de ces pigments.

Au début, les lésions sont toutes semblables et ne varieront d'aspect qu'en autant que ces cellules endothéliales évolueront soit vers la fibrose, soit vers l'hémolyse. Ainsi dans le 3e cas rapporté, la membrane avait une épaisseur de 1 cm. et se composait d'un tissu de granulation excessivement cellulaire, tandis que l'hématome proprement dit donnait l'aspect général d'une accumulation de globules rouges intacts. Dans le 2e cas, au contraire, la membrane était formée d'une légère couche de tissu fibreux adulte renfermant dans sa cavité un liquide donnant l'aspect de la bile, produit de l'hémolyse complète des globules rouges.

Le traitement qui s'impose alors ne peut être que chirurgical et présente deux alternatives: 1) simple drainage par un trou de trépan et rupture de la membrane externe de l'hématome suivie de l'insertion d'un drain dans la cavité durant quelques jours; 2) extirpation complète et radicale de l'hématome et de ses membranes par un

large volet osseux. Il est bien évident que selon le type d'hématome, le premier traitement sera amplement suffisant dans les cas où les membranes sont minces et le caillot liquéfié, tandis qu'au contraire il échouera totalement si l'hématome est organisé. Mais étant donné qu'en plus de ces deux types d'hématomes (liquides et solides) il en existe un troisième, mixte, composé, d'une part, d'un caillot liquéfié et enkysté, d'autre part, d'une partie fibreuse, nous sommes en droit d'affirmer que tous les cas devraient bénéficier de l'extirpation radicale.

Nous avons cru intéressant de rapporter trois cas d'hématomes sous-duraux post-traumatiques guéris par l'intervention chirurgicale afin de montrer le bien-fondé de notre prétention.

CAS I. — M. L. D., 44 ans, nous fut adressé de Trois-Rivières par le Dr Baribeau, le 3 novembre 1934, pour troubles mentaux survenus à la suite d'un accident d'automobile, le 14 septembre précédent. Il fut inconscient durant six heures après le traumatisme, et l'on nota ensuite une atteinte globale de toutes les facultés intellectuelles. Le patient se maintint alors dans un état végétatif des plus marqués, ne parlant pas, ne mangeant qu'à peine, et ne manifestant aucune activité psychique. On pratiqua une ponction lombaire, le 29 octobre, qui donna issue à un liquide clair et chimiquement normal. L'état s'aggrave, quoiqu'on n'ait jamais pu mettre en évidence aucun signe localisateur d'un traumatisme cérébral. C'est alors qu'on nous adressa le malade dans le service de neuro-chirurgie. A son arrivée il était dans un état d'agitation psycho-motrice intense: il cherchait constamment à sortir de son lit et faisait de la logorrhée, tenant des propos incohérents et ne reconnaissant pas les objets qu'on lui présentait. Le tableau était quelque peu celui d'un aphasie sensorielle. Physiquement, le patient était très amaigri, ne pesant que 90 lbs (41 kilos). Sa pression artérielle était de 90/68. Rien d'autre ne fut constaté sauf une légère cicatrice du cuir chevelu à la région pariétale gauche et une fracture du tiers supérieur de l'humérus gauche en voie de consolidation. L'examen neurologique fut entièrement négatif, et on ne décela point de stase papillaire. La radiographie du crâne fut négative.

Devant un tel tableau, aucun diagnostic précis ne fut porté et l'on décida de faire une encéphalographie gazeuse par voie lombaire. Celle-ci fut exécutée le 7 novembre: la pression initiale du liquide au manomètre d'Ayer fut de 300 mm.^{3} d'eau (élevée) et la finale à 200 mm.^{3}. On retira 100 c.c. d'un liquide légèrement xanthochromique remplacés par 100 c.c. d'oxygène. L'analyse chimique de ce liquide montra une hyperalbuminose de 0 gr. 30, une glycorachie de 0 gr. 54 et une augmentation des éléments à 51 par mm.^{3}. La radiographie consécutive montra très nettement un déplacement vers la droite de tout le système ventriculaire et une absence de gaz dans les espaces péricérébraux gauches (Fig. 2).

L'intervention chirurgicale fut alors pratiquée le 9 novembre.

Intervention: Anesthésie basique à l'avertine complétée par un peu d'éther à cause de l'état d'agitation du patient. Un grand volet gauche fut levé en évitant la cicatrice du cuir chevelu, qui était infectée. A l'ouverture du volet osseux, la dure-mère apparut tendue et de coloration violacée; son épaisseur était en outre considérablement augmentée. Après incision semi-circulaire de cette dure-mère, on vit apparaître l'hématome, qui s'étendait de la région pariétale postérieure au pôle frontal et qui avait une épaisseur de 1 à 2 cm.; une membrane l'enkystait complètement et fut enlevée assez

(Fig. 2)

facilement. On effectua la fermeture par plans successifs avec drainage selon la technique habituelle. L'intervention avait duré 2 hrs 25 min.

Evolution: Dès le 3e jour on remarqua une amélioration notable de l'état mental au point que le patient put se lever. Le 6e jour on dut retirer par ponction environ 50 c.c. d'un liquide sanguinolent accumulé entre l'os et la dure-mère. Depuis ce jour l'état mental du patient alla en s'améliorant et il put quitter l'hôpital complètement guéri vers le milieu de décembre.

CAS II. — M. A. M., 56 ans. Patient adressé à nous par le Dr Patenaude, de Beauharnois, pour troubles mentaux et hémiplégie droite depuis le 29 octobre 1934. A la suite d'une altercation, le 18 août 1934, le patient reçut un coup de chaîne d'attelage sur le crâne. Il perdit connaissance durant

un court espace de temps, après quoi il revint à lui et continua son travail jusqu'à midi. Subitement, il eut un vertige et ressentit un violent mal de tête. Dans l'après-midi du même jour, il retourna à la maison et s'en fut consulter son médecin dans la soirée.

Le jour même de son accident il ressentit en outre une lourdeur de la jambe droite qui s'accentua graduellement jusqu'au 29 octobre, date à laquelle s'établit une hémiplégie complète du côté droit. Vers le 4 novembre il ne pouvait mouvoir ni son bras ni sa jambe droite et présentait en plus un embarras de la parole accompagné de troubles mentaux se manifestant par de fausses reconnaissances et un langage incohérent. A l'exmen, fait le 8 novembre, à son entrée ici, le patient était plutôt conscient, mais

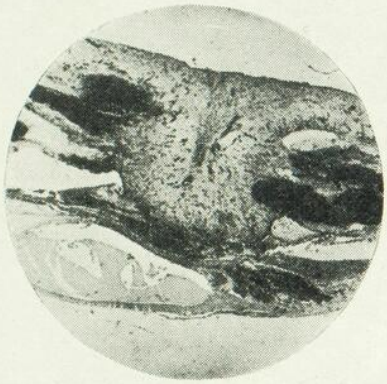


Fig. 3
Coupe microscopique du cas 1, illustrant l'intense prolifération fibroblastique et l'organisation du caillot enlevé 45 jours après l'accident.

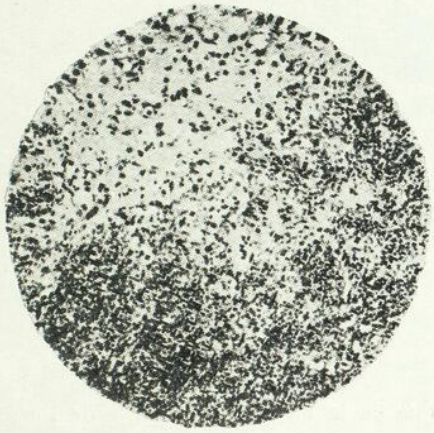


Fig. 4
Fort grossissement de la même préparation où l'on voit l'envahissement du caillot par les fibroblastes.

divaguait si l'on poussait quelque peu l'interrogatoire. On constatait une hémiplégie droite flasque avec abolition des réflexes ostéo-tendineux de ce côté, absence de Babinski. Aucun trouble de la sensibilité à tous les modes autant qu'on put le constater étant donné son manque de compréhension. Il existait, de plus, une aphasie de type sensoriel, bien démontrée par la logorrhée, et la fausse dénomination des objets. Aucune atteinte des nerfs crâniens sauf pour la IIe paire.

Fond d'œil: œdème de la papille bilatéral. Champ visuel impossible à prendre.

R. X. du crâne: élargissement et déformation de la selle turcique sans disparition complète des clinoïdes. Asymétrie des sinus frontaux, le gauche étant la moitié moins développé. (M. Grondin.)

P. A. 136/100.

T° 98.2.

Pouls: 80.

Etant donné cette histoire de traumatisme et cette progression très nette des signes cliniques, nous jugeâmes inutile une ponction lombaire, persuadés

qu'elle n'éclairerait en rien le diagnostic d'hématome sous-dural de l'hémisphère gauche que nous posâmes aussitôt. A plus forte raison dut-on s'abstenir de faire une ventriculographie.

Intervention: 12 novembre 1934.

Position couchée; anesthésie locale. On découvrit, après ouverture d'un volet fronto-pariétal gauche, un hématome sous-dural s'étendant du pôle frontal à la tente du cervelet, recouvrant tout l'hémisphère sauf le lobe temporal. La membrane était ici très ténue et avait une épaisseur moyenne de 3 mm. (Fig. 5.)

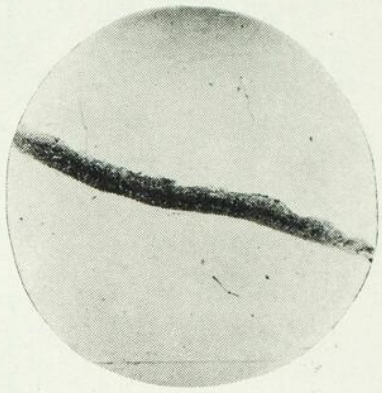


Fig. 5

Vue de la membrane externe de l'hématome du cas 2, enlevé 86 jours après l'accident. Cette mince membrane fibreuse renfermait un énorme kyste rempli de liquide noirâtre d'aspect bilieux.

Durant la manœuvre d'extraction, celle-ci se rompit et laissa s'échapper une quantité considérable d'un liquide noir verdâtre. On réussit à enlever ces membranes dans tout le champ opératoire, et même un peu jusque dans la partie antérieure du volet, mais on ne put réussir à les extraire au delà de cette région ni en arrière, près de la tente. La substance cérébrale sous-jacente ne reprit pas aussitôt son expansion normale, mais on peut croire que le feuillet interne du kyste, demeuré en place, l'en prévint. Pour remédier à cet inconvénient on dilacéra les membranes restées en place. Un drain fut inséré dans l'espace sous-dural et la dure-mère suturée en totalité. On rabattit le volet osseux puis on referma le lambeau selon la technique habituelle. Durée de l'intervention, 2 hrs 35 min.

Evolution: Le 16 novembre, 4 jours après l'intervention, les mouvements actifs sont réapparus dans les membres supérieur et inférieur droits. Le patient s'exprime mieux, mais emploie encore quelques mots inadéquats. Son état psychique est encore anormal. Le 22, les réflexes ostéo-tendineux réapparaissent aux membres droits et le psychisme est normal (jour du lever). La force musculaire, enregistrée au dynamomètre, se lit ainsi pour le membre supérieur: main droite 100, main gauche 125.

Le 26, jour de son congé, le patient était tout à fait normal au point de vue neurologique et psychique.

CAS III. — Mlle A. L., 47 ans, célibataire.

Cette patiente nous fut adressée par le Dr R. Amyot, le 27 avril 1934, avec cette note: tendance dépressive, débilité intellectuelle, peu communicative, solitaire, aurait souffert de céphalées pendant une longue période à l'âge de 27 ans. L'état actuel se serait installé depuis pratiquement 2 mois. Aucune précision quant au début, ou plutôt au mode de début.

A son admission dans le service, l'examen n'apporte que très peu de renseignements.

Examen physique: négatif à tous points de vue.

T. A.: 138/90.

B. W.: négatif.

Azotémie: 0 gr. 500.

Glycémie: 1 gr. 18.

Urines: légères traces d'albumine.

Radiographie du crâne: pas d'agrandissement de la selle turcique. Quelques impressions digitales de la table interne à la région occipitale. (M. Grondin.)

Examen neurologique: très difficile à cause du manque de coopération de la malade. Toutefois on ne nota aucun signe objectif bien évident, sauf de l'œdème papillaire bilatéral.

Intervention: 4 mai 1934.

Anesthésie locale. Position couchée. Ventriculographie.

Une ponction exploratrice bilatérale fut pratiquée au niveau de la partie postérieure de la région pariétale; on aperçut alors par l'orifice de trépanation, à droite, une dure-mère violacée qui recouvrait après incision, une masse rouge verdâtre, au lieu des circonvolutions comme à l'état normal. On ferma les trous de trépanation et on installa la malade pour craniotomie droite (1). Après soulèvement d'un grand volet osseux, on incisa la dure-mère qui recouvrait un large hématome très enkysté qui s'étendait de la faux au lobe temporal, recouvrant tout le lobe occipital à sa partie postérieure, mais s'arrêtant au niveau du lobe frontal. On fit une ablation totale sans toucher aux circonvolutions et l'on ferma le tout après avoir inséré un drain à travers la couche musculaire.

Evolution: L'évolution se fit sans incidents et 19 jours après l'intervention on nota que ses facultés intellectuelles étaient redevenues tout à fait normales. Nous revîmes la malade le 8 août suivant, et elle nous parut en excellente santé puisqu'elle vint à pied de Cartierville jusqu'à l'hôpital.

Conclusions

Les hématomes sous-duraux post-traumatiques sont très fréquents et revêtent, le plus souvent, l'aspect d'un syndrome psychique sans autre signe bien défini de lésion organique du système nerveux. Pour étayer un diagnostic précis il faut donc recourir à l'encéphalographie gazeuse, ou mieux parfois à la ventriculographie. Enfin nous sommes d'avis que les explorations limitées, telles que ponctions par simples trous de trépan, sont totalement insuffisantes et que le seul traitement adéquat consiste à faire une craniotomie large avec extirpation des membranes enveloppantes de l'hématome.

(1) Il était, en effet, inutile de continuer la ventriculographie et d'insuffler les ventricules puisque l'on avait localisé le côté de l'hématome par la trépanation.

RECUEIL DE FAITS

UN CAS D'ULCÈRE DU CANAL PYLORIQUE

Par J.-Alfred MOUSSEAU, F.R.C.P. (Canada)
Professeur agrégé à l'Université de Montréal,
Chef de la consultation de gastro-entérologie à l'hôpital Notre-Dame.

Les remarquables travaux du Dr Gutmann et Hoffman sur l'ulcère du canal pylorique, nous ayant permis d'établir avec exactitude un diagnostic jusqu'alors imprécis, nous croyons qu'il est intéressant de nous y arrêter en raison de son extrême rareté. Cette localisation de l'ulcère du canal pylorique ne nous est apparue distinctement, dans toute sa splendeur, qu'au quatrième examen radiologique, exigé par la persistance du syndrome douloureux chez notre malade, et en dépit d'une thérapeutique itérative et toute moderne.

Croyant à la simulation de troubles gastriques vagues dont notre jeune homme se plaignit, nous étions sur le point de le congédier quand, par acquit de conscience, nous fîmes ce quatrième examen radiographique qui fut révélateur d'un ulcère pylorique proprement dit, dont l'appellation rigoureusement exacte ne doit plus laisser subsister aucun équivoque avec l'ulcère gastro-pylorique ou pyloro-duodénal.

Au point de vue pratique, cette localisation de l'ulcère sur l'un ou l'autre versant du canal pylorique est importante à connaître pour le pronostic à en tirer, car selon sa localisation, l'ulcère est susceptible ou non de se transformer en cancer.

Quant à la valeur indicatrice de la veine pylorique qui, classiquement, marquait autrefois pour les auteurs américains, la limite entre ce qui était gastrique ou bulbaire, elle est nulle maintenant.

Il est vrai de dire que cette localisation est beaucoup plus facile à déceler sur les clichés radiographiques qu'elle ne l'est au moment de l'intervention chirurgicale.

J'emprunte à Gutmann des clichés qui montrent, au point de vue radiologique, la localisation et la limitation du pylore.

L'ulcère du canal pylorique est assez exceptionnel. Moutier, sur 628 cas, n'en signale aucun. Pierre Cayer, sur 22 cas d'ulcères gastro-pyloriques, en mentionne 2. Salos, sur 69 ulcères gastro-duodénaux, en relève 11 cas. Butsch (Bull. de la Mayo Clinic), durant quinze années d'observation, fait 46 fois le diagnostic topographique d'ulcère pylorique, et Gutmann conclut en disant qu'il n'a retenu dans les observations retrouvées dans la littérature qu'une vingtaine de cas où l'ulcère du pylore semble avoir été authentique.

Si, au cours des quatre dernières années, celui-ci en a lui-même rencontré 41 cas, c'est qu'à sa consultation de la Salpétrière, son matériel d'observation est très grand, et que malgré cette abondance de cas, ils ne lui ont fourni qu'un pourcentage de 1 à 2 pour cent.

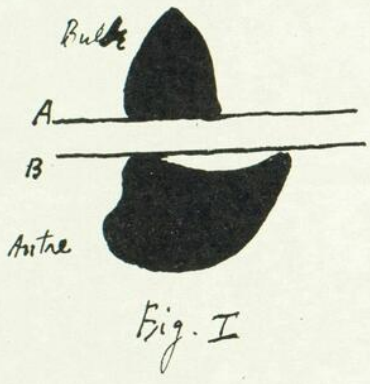


Fig. I

Dans la figure 1, nous supposons le sphincter fermé, aucune substance opaque ne passant par le pylore, celui-ci reste invisible = distance A et B.

Fig. 2

Dans la figure 2, la bouillie opaque passant par le canal pylorique, les radiographies peuvent mettre immédiatement celui-ci en relief et déterminer sa localisation précise.

Etiologiquement l'ulcère du canal pylorique se rencontre entre 25 et 45 ans. Notre malade n'avait que 21 ans et présentait une physionomie clinique tout à fait atypique d'ulcère gastrique. Voici son histoire:

Observation. — M. J., 21 ans, journalier, vient à la consultation de gastro-entérologie de l'hôpital Notre-Dame en décembre 1935, pour des troubles gastriques (pyrosis, éructations, sensation de plénitude) qui ont débuté il y a un an et demi. L'ingestion de bicarbonate de soude favorise alors l'émission des gaz par la bouche et fait disparaître les malaises gastriques.

Au début, les douleurs apparaissaient deux heures après les repas; la durée des périodes douloureuses étaient de 3 jours environ avec des périodes de rémission de trois semaines.

Peu à peu, les périodes de rémission sont devenues de plus courte durée; de même, l'horaire de la douleur, se fait plus tôt après les repas.

A son entrée à l'hôpital, le patient se plaint de brûlements d'estomac survenant presque immédiatement après les repas. Les périodes de calme deviennent plus rares et durent à peine deux jours.

En plus du pyrosis, des éructations et des régurgitations acides, une douleur épigastrique sans irradiation, le tenaille, provoquant parfois des vomissements alimentaires très acides qui, sans aucun doute, sont la cause d'une constipation opiniâtre. Le tabac, les bonbons, le chocolat en particulier, accentuent fatalement tous les troubles.

L'examen clinique, en dehors de l'histoire gastrique, ne révèle rien de particulier.

Les examens de laboratoire nous fournissent les renseignements suivants:

Azotémie	0,41
Glycémie	1,41
B. W.	négatif.

Formule sanguine et analyse d'urine: ..... Normales.

Il y a présence de sang dans les selles le 4 décembre 1935 et le 10 janvier 1936.

Le poids est de 125 lbs. P. A. = 110/80.

Le 23/12/35.

	Hcl.	Ac. f.	Ac. T.
Tubage à jeun:	0.7	0.1	1.2
Tubage après repas d'épreuve (Ewald)	1.9	0.3	2.6
Tubage après injection d'Histamine			3.1 après la 20e minute.

Cette apparition précoce de l'acidité maximale à la vingtième minute (3.1) caractéristique de la présence d'ulcère gastrique, vient à l'appui des idées de Michel Demole (Genève) qui soutient que l'horaire de la sécrétion maximale gastrique a une plus grande valeur pour le diagnostic de l'ulcère que le taux de l'acidité. La simple mesure de la concentration acide a fait son temps.

Cette apparition précoce de l'acidité (tachysécrétion) nous laisse croire, malgré le tableau clinique tout à fait typique présenté par notre malade, que nous pouvions bien avoir affaire à un ulcère gastrique.

Le 6 décembre 1935. Premier examen radiographique:

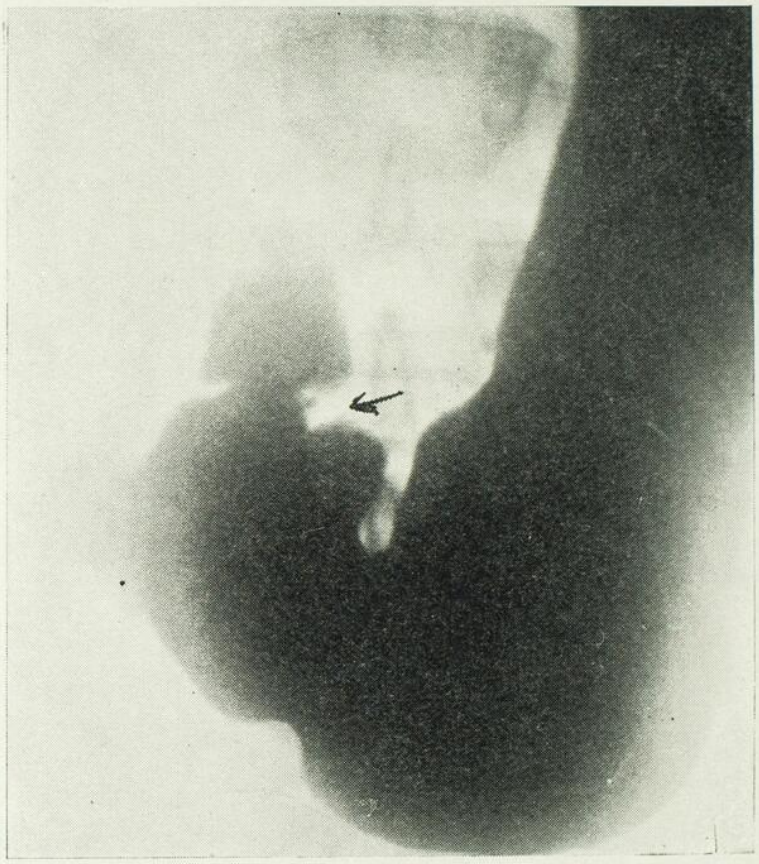
"L'estomac est hypotonique, son fond descend à 8 centimètres sous les crêtes. Les courbures paraissent normales sauf la *petite courbure*, où à la région moyenne il y a une *tendance à la rectitude* segmentaire; cette région est en même temps douloureuse.

Le pylore et le bulbe paraissent normaux. L'évacuation de l'estomac se fait en temps normal. Ulcère de la petite courbure?"

(Signé) D. LÉONARD, M.D.

Le 26 décembre 1935. Deuxième examen radiographique:

"L'estomac est orthotonique. Les contractions sont fortes et rapides. La région *juxtapyloriqyue*, sur petite courbure est *déformée*. Ulcère juxtapylorique. Le bulbe est déformé par compression de sa grande courbure. La 2e portion du duodénum est très spasmodique. L'estomac se vide rapidement au début mais est lent à se vider complètement. Ulcère *juxtapylorique* et duodénite."



(Signé) D. LÉONARD, M.D.

Le 17 janvier 1936. Troisième examen radiographique:

"L'estomac paraît normal. Le pylore reste encore avec un aspect quelque peu irrégulier, avec léger vestige d'ulcère. Le bulbe est allongé, sans déformation. L'estomac se vide bien".

(Signé) D. LÉONARD, M.D.

Le 10 mars 1936. Quatrième examen radiographique:

"L'estomac paraît normal et se vide normalement, mais sur la petite courbure près du pylore il persiste une petite déformation, avec une petite pointe. Le bulbe est encore un peu irrégulier."

(Signé) D. LÉONARD, M.D.

Ces différentes constatations nous amènent à faire une revue minutieuse et soignée des nombreuses radiographies relatives à ce cas, sur lesquelles nous distinguons cette fois une lésion typique d'ulcus du canal pylorique qui nous avait, disons-le franchement, totalement échappé.

Nous comparons nos radiographies avec celles que Gutmann a publiées dans son remarquable travail mentionné au début du présent article (*archives Mal. App. Dig. et Nut.*, déc. 1935), et nous en venons à la conclusion que nous sommes vraiment en présence d'un ulcère du canal pylorique.

*
* *

Notre malade, au cours des trois mois qu'il fut sous nos soins, reçut trois séries d'Histidine (Larostidine), entrecoupées de repos de 15 jours, traitement qui, pour ce cas, fut à peu près inefficace, tant au point de vue organique que fonctionnel.

D'autre part, chez trois autres malades, porteurs d'ulcères de la petite courbure et du bulbe, l'Histidine nous a donné des résultats très appréciables, mais uniquement au point de vue fonctionnel: les lésions décelables à la radiographie n'ayant subi aucune modification notable.

L'Histidine n'agirait-elle donc que sur l'élément douleur à la façon de tous ses congénères, Pepsine, etc., ce qui serait déjà un apport qu'il ne foudrait pas négliger, le traitement vraiment spécifique étant encore à trouver.

Radiologiquement l'ulcère du canal pylorique se manifestant par une niche, signe capital, situé en plein canal pylorique, il faudrait pouvoir compter sur une technique toujours rigoureuse pour la bien mettre en évidence. On pourra aussi s'appuyer sur un signe négatif, mais de grande valeur: l'absence de rétraction ou de rigidité de la petite courbure.

Il serait toujours intéressant de pousser aussi loin que possible nos investigations dans ce domaine, ne serait-ce, comme dit Gutmann, que pour attirer l'attention sur des ulcères peu connus, peu étudiés et dont la fréquence est plus grande pourtant qu'on pourrait le supposer.

La classification des ulcères, selon le segment anatomique, qu'ils occupent: pré-pylorique, pylorique, base du bulbe, est extrêmement importante pour l'établissement du pronostic, et pour la conduite à tenir au cours d'une intervention chirurgicale.

ANGIOME PLAN TRAITÉ PAR LA CRYOTHÉRAPIE ET LE RADIUM

Par Albéric MARIN,
Professeur agrégé de Dermato-Syphiligraphie,
Chef du service de Dermato-Syphiligraphie à l'hôpital Notre-Dame.

Il est divers types cliniques de naevi vasculaires sanguins et il importe au plus haut point de savoir les distinguer. Les méthodes et résultats thérapeutiques diffèrent grandement selon la variété.

Il n'existe pas de traitement "omnibus" pour les hémangiomes mais différents agents physiques dont l'un est de mise dans tel cas alors que plusieurs seront utilisés dans tel autre.

Les *points rubis,* minimes élevures d'un rouge vif, les *angiomes stellaires,* fines télangiectasies s'irradiant d'un point central, taches superficielles parfois minuscules, peuvent être volatilisées avec la pointe fine du galvano-cautère, l'électrolyse, l'électro-dessication, la neige carbonique.

L'angiome tubéreux, saillie plus ou moins accentuée, globuleuse, de volume et de profil variables, disparaissent fort bien avec le radium. Celui-ci peut être appliqué en surface ou sous forme de radium-puncture. Nos préférences vont vers celle-ci. Le radium renfermé dans une aiguille, est introduit en pleine masse angiomateuse et y est laissé un certain nombre d'heures. Plusieurs facteurs déterminent la dose à donner.

Les radiations provoquent des phénomènes inflammatoires, entre autres une endartérite oblitérante. Les vaisseaux ectasiés voient leur lumière diminuer, s'obturer tout à fait. L'angiome s'affaisse, pâlit, s'efface.

Comme le radium (en radiumpuncture) a été introduit sous la peau, aussi profondément que les circonstances de voisinage le permettent, la réaction se passe au sein même de l'angiome. Le tégument n'est que peu ou pas touché par le rayonnement et nulle brûlure cutanée consécutive n'est à craindre. Ceci est important puisque la radiodermite présente des séquelles inesthétiques marquées, tout aussi apparentes que l'angiome dont elle a pris la place.

L'application de radium en surface expose le sujet à ces inconvénients. Elle provoquera souvent une radiumdermite, avec ses suites

indélébiles, sans pour cela obtenir une régression de la lésion. On en peut dire autant des rayonsX : leur faisceau doit traverser et parfois léser la peau avant d'obtenir une fonte de l'angiome.

L'angiome plan, caractérisé par des télangiectasies innombrables, non par des lacs sanguins, au contraire du tubéreux, est radiorésistant. Les rayons X, le radium donnés en de multiples séances n'en viennent qu'exceptionnellement à bout ; peut-être les améliorent-ils légèrement.

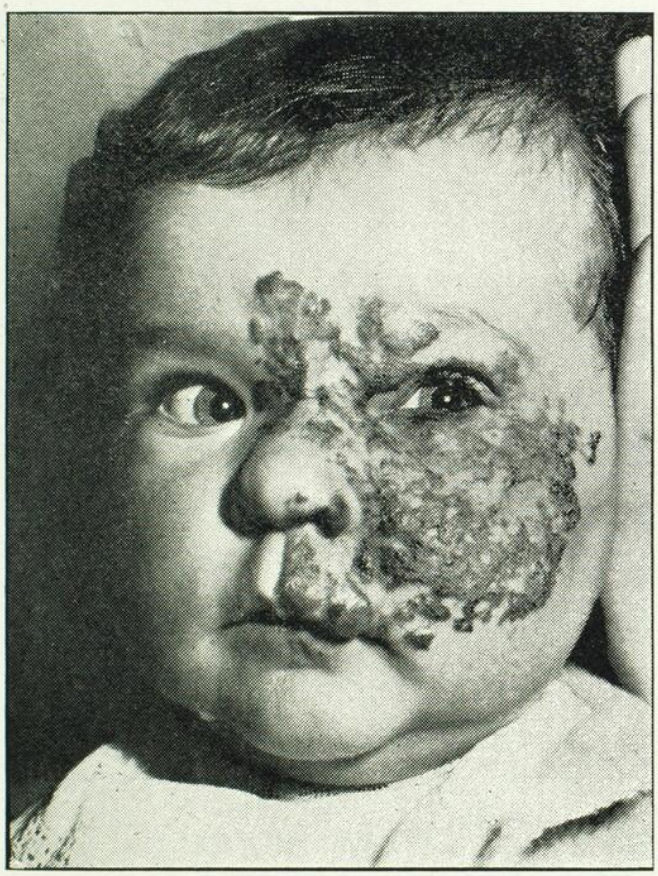


Photo I : 6 mois.

Cette tache de vin s'accompagne quelquefois çà et là de soulevements tubéreux qui eux répondent bien à la radiumpuncture alors que le voisinage plan y est insensible.

La cryothérapie peut rendre de grands services. Elle ne réussira pas dans tous les cas à blanchir complètement un angiome mais les atténuera toujours.

Les chances de réussite seraient d'autant plus marquées que le traitement aura été entrepris de bonne heure, dès la première année de l'existence. Ceci est essentiel.

Il existe malheureusement un préjugé encore solidement ancré: c'est d'attendre puisqu'il existe un certain nombre d'angiomes qui disparaissent spontanément.

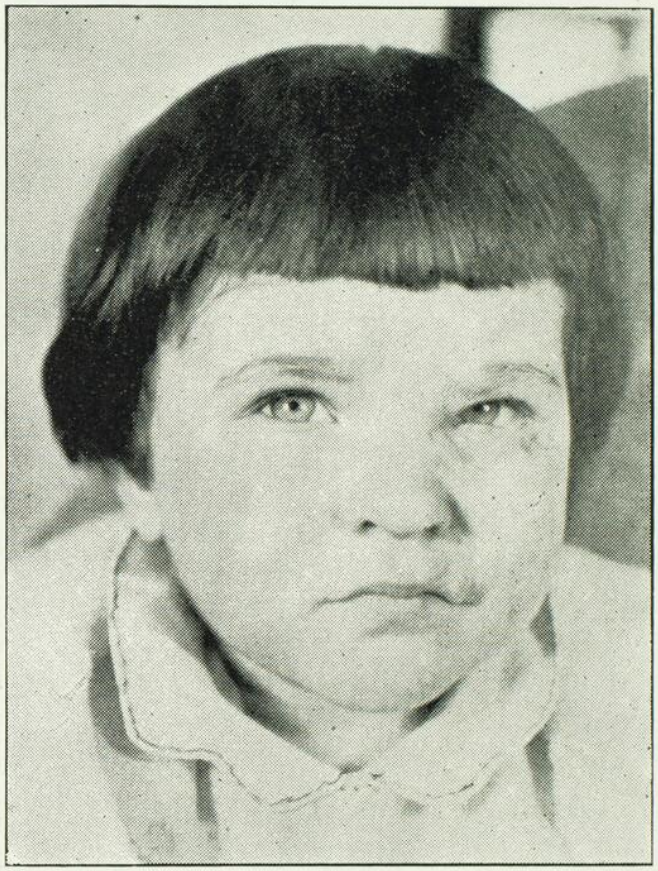


Photo II: 2½ ans.

Mais à côté de ces derniers il en est de très nombreux qui sont stationnaires et d'autres qui ont une tendance à s'accroître. Et rien n'indique à l'apparition d'un naevus vasculaire sanguin à quelle variété évolutive il appartient, s'il disparaîtra ou s'étalera. Entreprendre le traitement dès les premiers mois de l'existence aidera ceux de la première catégorie à disparaître et empêchera ceux de la deuxième de s'accroître.

Nous comprenons qu'il serait sage d'attendre si l'intervention par la neige carbonique devait laisser des séquelles inesthétiques. Or, il n'en est rien. Quelques applications légères sont souvent suffisantes et ne laissent nulle trace même superficielle.

Il vaut donc mieux, de toutes façons, intervenir tout de suite pour ne pas courir le risque de voir l'angiome grossir et d'être tenu à multiples interventions.

L'observation suivante est celle d'un enfant que nous avons traitée à notre Service de Dermato-Syphiligraphie de l'Hôpital Notre-Dame.

Gilberte C..., âgée de 6 mois, nous est amenée en juillet 1933, pour un vaste angiome plan recouvrant la presque totalité de la joue gauche, la lèvre supérieure, les deux paupières du même côté, remontant sur le nez et la portion médiane du front.

La lèvre supérieure et la région située près du canthus interne présentent des gonflements tubéreux. Deux radiumpunctures sont faites et ces lacs sanguins se résorbent.

Un traitement cryothérapique est alors commencé: à tous les quinze jours environ pour la première année, à toutes les trois-quatre semaines pour la seconde année des applications de neige carbonique de moyenne intensité sont faites qui font pâlir peu à peu cette tache de vin.

Le seconde photographie, prise deux ans après le début, montre la disparition de l'angiome. Çà et là toutefois subsistent quelques points encore plus légèrement colorés que normalement et qu'il sera facile d'estomper.

La peau est légèrement amincie mais il est logique de croire qu'elle reprendra graduellement sa texture normale au fur et à mesure que l'enfant vieillira.

*
* *

Nous restons convaincu que si le traitement cryothérapique avait été entrepris tardivement, "si l'on avait attendu", nous aurions eu un échec.

GLIOME DE L'AQUEDUC DE SYLVIUS

Par

William V. CONE et **Jean SAUCIER**

Montréal.

L'enfant dont nous rapportons ci-dessous l'histoire eût été fatalement voué au trépas avant l'ère de la neurochirurgie. Il a présenté pendant plusieurs mois, — avant l'éclosion des signes franchement tumoraux, — un syndrome dyskinétique qui fut attribué à de la chorée. Il a atteint les limites concevables de l'hypertension intracranienne. Voici, du reste, les faits et le cours des événements:

L'enfant I. B. a aujourd'hui onze ans et demi. En novembre 1932, à la suite des oreillons et d'une amygdalectomie, Mme B. remarqua que les mains de son enfant tremblaient un peu et qu'il devenait irritable. En juin 1933, un médecin fut consulté et fit le diagnostic de chorée; il donna à l'enfant des injections dont nous ignorons la composition. En septembre de la même année, il vint à la consultation externe de neurologie de l'hôpital Notre-Dame. A ce moment, le diagnostic de chorée fut confirmé par l'un de nous et le traitement habituel des états choréiques fut prescrit. Le tableau clinique d'alors ne faisait guère songer à d'autres possibilités: les mouvements, involontaires, incoordonnés, brusques, illogiques dominaient la scène. Les nerfs craniens étaient tous normaux, tandis que la force musculaire, la réflectivité et la sensibilité étaient intactes. L'enfant était toujours irritable, mais ne se plaignait aucunement de céphalée, d'amblyopie ou de vertiges. Il demeurait actif et enjoué, voire espiègle. Il offrait, en somme, le tableau classique des dyskinésies choréiques. Nous le perdîmes de vue jusqu'en 1934 lorsqu'il nous revint le 12 janvier, se plaignant de céphalée intense. Nous l'admîmes dans notre service et en une semaine, les événements se précipitèrent à une allure excessivement rapide. A notre examen du 13 janvier, l'enfant marchait avec difficulté, était somnolent, vomissait fréquemment et se plaignait de céphalée occipitale intense. Nous remarquâmes l'augmentation considérable du volume de la tête (23 pouces de circonférence); sa mère nous dit spontanément que la casquette de son enfant était devenue trop petite et qu'il ne pouvait même plus coiffer celle de son frère aîné.

Le tremblement des mains était très marqué et les épreuves de mesure révélèrent une dysmétrie grossière aux quatre membres. La sensibilité était normale à tous les modes et la force segmentaire demeurait bonne. Les réflexes tendineux étaient vifs aux quatre membres, mais leur exagération était symétrique. Les cutanés abdominaux et les crémastériens étaient vifs; les plantaires étaient en extension bilatérale.

La vision ne parut pas mauvaise, mais l'examen du fond d'œil nous révéla une congestion veineuse marquée tandis que les bords papillaires étaient encore assez nets. Les pupilles étaient très dilatées et réagissaient faiblement à la lumière et à l'accommodation; elles étaient toutefois égales et régulières. Il n'existait pas de ptosis. Les autres nerfs craniens étaient normaux.

L'histoire antérieure révélait, en plus des oreillons et de l'amygdalectomie, un traumatisme pariéto-occipital médian survenu à l'âge de cinq ans alors que l'enfant fut frappé sur la tête par une bouteille de lait. L'épaisseur habituelle des bouteilles de lait nous aide à nous représenter la violence du traumatisme. Le choc fut douloureux, mais il n'y eut pas de perte de connaissance. L'examen somatique éliminait par ailleurs les séquelles d'autres maladies antérieures sérieuses. Dans l'histoire familiale il n'y eut rien autre à noter sauf que la grand'mère paternelle mourut de cancer du foie.

En somme, il fallait penser à un agent compressif localisé à la fosse postérieure, juxta-cérébelleux, et probablement vermien à cause de l'absence de latéralisation des signes.

Nous délaissâmes définitivement la piste fallacieuse de la chorée, — pourtant bien séduisante, six mois auparavant, — et nous entreprîmes la seule thérapeutique logique en semblable occurrence: déloger l'obstacle. Nous nous méfiâmes des aléas des recherches intempestives et nous ne fîmes pas de ponction lombaire. Devant la richesse des signes déjà énumérés, les renseignements obtenus par cette manœuvre n'eussent rien ajouté d'utile et la procédure eut pu devenir dangereuse. Nous avions déjà la certitude que l'obstacle, — très probablement une tumeur, — siégeait au niveau du carrefour liquidien de la base ou en un point du parcours de la voie liquidienne voisin de ce carrefour. Comme l'Institut neurologique n'existait pas encore à ce moment, l'enfant fut transféré dans le service de l'un de nous à l'hôpital Victoria pour franchir l'étape décisive.

Le 21 janvier, la ventriculographie démontra une hydrocéphalie énorme, ainsi qu'on peut le voir sur les clichés inclus dans notre texte: les cornes frontales sont démesurément agrandies et l'empreinte des circonvolutions sur la table interne du crâne est manifeste; le tissu cérébral est réduit à une mince lame, les lobes fronto-pariétaux, notamment, sont comprimés au maximum; le cerveau postérieur est moins refoulé. On se demande comment une telle compression n'a pas déclanché de crises épileptiques!

Les aiguilles de ventriculographie étant en place, on procéda à une ponction lombaire afin de comparer la teneur en albumine des deux liquides, cérébral et spinal. La ponction lombaire était à ce moment beaucoup moins dangereuse parce que la soustraction d'une partie du liquide ventriculaire avait grandement diminué la tension intracranienne. Celle-ci mesurait plus de 700 m.m. d'eau. L'albuminose du l. c. r. ventriculaire était de 30 centigrammes au litre, et celle du l. c. r. spinal, de 70 centigrammes.

Le 25 janvier, l'un de nous opéra le malade.

Ventriculographies: en vue latérale et antéro-postérieure.
(Clichés dus à l'amabilité du service de radiologie de l'Institut Neurologique de Montréal.)

Résumé de l'opération:

Craniotomie musculoplastique sous-occipitale, section de l'arc postérieur du trou occipital et de l'arc postérieur de l'atlas.

Absence de tumeur au niveau des angles latéraux du quatrième ventricule, des hémisphères du cervelet et du vermis. Exploration de l'aqueduc de Sylvius et découverte de la tumeur à la partie toute supérieure du toit du quatrième ventricule, en plein aqueduc. Tumeur mesurant approximativement un centimètre carré et ne présentant aucune démarcation nette avec les tissus voisins. Enlèvement minutieux du tissu tumoral par succion après cathétérisme prudent de l'aqueduc. Rétablissement de la circulation normale du l. c. r. entre le troisième et le quatrième ventricule. Exérèse périsylvienne limitée au strict tissu suspect. Absence d'hémorragie sérieuse. Fermeture sans drainage.

L'examen histologique, pratiqué par le regretté W. L. Sprong, permit d'identifier un gliome astrocytaire.

Les suites opératoires furent relativement simples, à l'exception des trois ou quatre premiers jours, où l'enfant dut être gavé. Il quittait l'hôpital le 2 mars pour venir poursuivre sa convalescence dans le service de l'un de nous à l'hôpital Sainte-Justine.

Nous le gardâmes assez longtemps à Sainte-Justine, car à ce moment l'enfant ne marchait pas, parlait avec difficulté et présentait un strabisme qui défiait toute description. Il avait reçu au R. V. H. des doses énormes de radiothérapie profonde. Il s'agissait maintenant de le rééduquer. En deux mois, il marchait fort convenablement, il parlait distinctement et son ou plutôt ses strabismes étaient notablement corrigés.

Nous le revîmes plusieurs fois dans la suite, et il n'a cessé de s'améliorer, à tel point qu'il est retourné à l'école et qu'il se classait parmi les cinq premiers. Il lui reste actuellement une démarche un peu hésitante, une légère adiadococinésie bilatérale, une parole lente et un peu scandée, mais fort intelligible, de la vivacité de la réflectivité tendineuse, et la macrocéphalie, qui n'a pas rétrocédé: sa tête mesure encore exactement 23 pouces de circonférence. Par ailleurs, ses yeux ne sont plus strabiques, sa céphalée n'a pas reparu, son écriture est presque normale, son intelligence est intacte et il se comporte comme les enfants de son âge. Un seul symptôme demeure inchangé depuis l'opération: l'abolition du réflexe photo-moteur, que nous n'avions pas mentionnée à dessein.

Nous pourrions commenter cette observation longuement et en tirer des enseignements utiles à des points de vue variés si nous l'avions inscrite comme *mémoire,* mais nous avons cru préférable de la livrer à titre de simple *recueil de faits* afin que chacun puisse faire ses propres commentaires. Nous avons vu qu'il était facile d'errer, et d'errer assez longtemps; par conséquent, on se méfiera des chorées qui durent trop longtemps et qui évoluent suivant un rythme anormal. On ne pense problablement jamais aux tumeurs de l'aqueduc de Sylvius. En fait, elles sont très rares, mais cet exemple confirme l'au-

thenticité de leur existence et dévoile son mode d'aggression. Il faut se convaincre qu'une chorée n'est jamais banale puisqu'elle peut être le prélude d'un syndrome beaucoup plus profond et beaucoup plus compliqué.

Notre malade doit sa survie à son âge et à l'élasticité de ses tissus. Un adulte n'eut certainement pas toléré une semblable compression de son cerveau. Lorsque nous avons revu notre malade au début de 1934, sa macrocéphalie a immédiatement déterminé chez nous l'association idéo-verbale: *hydrocéphalie-tumeur-opération*. Nous n'avons pas perdu de temps. Chez un adulte nous eussions été plus hésitants parce que le volume de la tête n'aurait pas été modifié; nous aurions fait une ponction lombaire qui eût pu être fatale; nous aurions tergiversé, consulté, et peut-être agi trop tard.

Nous savons que la tumeur n'a pas été enlevée en totalité. Son siège en rendait l'exérèse totale impossible à moins de sacrifier la vue sinon la vie du malade. L'essentiel consistait à en enlever la plus grande partie possible et à assurer la libre communication du l.c.r. La radiothérapie a certainement ralenti, peut-être arrêté la marche de l'envahissement. L'âge du malade a facilité sa rééducation fonctionnelle. Nous avons fait récemment une encéphalographie au malade par voie lombaire: elle n'est pas assez nette pour la reproduire ici: nous y voyons bien que les ventricules ont repris leur volume à peu près normal mais leurs contours ne sont pas très réguliers. Il semble que certaines zônes du cerveau aient plus souffert de la compression prolongée tandis que d'autres, par compensation, — occupent à l'intérieur du crâne un espace plus considérable.

Il est difficile de statuer sur l'avenir de cet enfant: il paraît relativement favorable puisque près de quatre ans après l'opération l'amélioration persiste et s'accentue. Dans une zône aussi étroite que la calotte ponto-pédonculaire les signes cliniques de compression ou de destruction ne peuvent manquer d'être perçus, et pourtant, rien n'est venu troubler l'horizon. Il semble que dans ce cas, la collaboration post-opératoire de la radiothérapie profonde a arrêté, peut-être définitivement, le processus tumoral.

DEUX OBSERVATIONS DE DIABÈTE SUCRÉ CONSÉCUTIF À UN TRAUMATISME CRANIEN

Par L.-Henri GARIÉPY,
Médecin de l'hôpital Notre-Dame[1].

Cas nº 371. Un homme de 30 ans qui fut frappé par une automobile le 1er septembre 1935. Il perdit conscience et à son arrivée à l'hôpital ne se rappelait rien des circonstances qui avaient entouré l'accident. La gardemalade note dans son rapport qu'il divaguait et l'interne du service qui l'examina à son entrée fit les constatations suivantes: Pouls 48; température 98; tension artérielle 134/72; les pupilles réagissent normalement à la lumière; les réflexes tendineux sont normaux sauf le réflexe patellaire gauche qui est diminué et le droit qui est aboli. Il y a un souffle systolique à la pointe et au foyer aortique. Taille: 5 pds, 6 pces ½. Poids: 132 livres. Le B.W. est négatif.

Le lendemain l'analyse des urines indique une glycosurie de 28 gr. au litre et des traces d'albumine. Une radiographie du crâne montre une fracture sans déplacement du pariétal droit.

La glycémie faite le 3 septembre est de 1 gr. 80 et l'azotémie 0.57.

Le 5, on nous demande de voir le malade qui a à ce moment une glycémie de 2 gr. 12, avec une glycosurie très légère. Il est très conscient et répond bien à nos questions. Personne dans sa famille n'a jamais souffert de diabète ni d'aucune maladie pouvant y faire penser. Lui-même ignore en avoir jamais souffert et n'a jamais remarqué de perte de forces, de soif exagérée, de polyurie, de plaie infectée (sauf un panaris il y a plusieurs années, dont l'évolution ne présenta rien d'anormal), de furoncle, d'anthrax, de diminution de l'acuité visuelle, de polyphagie ni de prurit. En un mot, il n'a jamais été malade.

Nous faisons faire une ponction lombaire qui nous fournit les renseignements suivants: Tension 45 cm., assis. Albumine 0.40. Lymphocytes 19.4. Sucre 1.28. Quelques globules rouges.

L'examen du fond de l'œil fait par le Docteur Godin révéla un œdème considérable des deux papilles. Les artères très petites. Les veines grosses.

Nous prescrivîmes un régime contenant 182 gr. d'hydrates de carbone, 45 gr. de graisses et 63 gr. de protéines avec 10 unités d'insuline 3 fois par jour ce qui suffit à rendre la glycémie normale et les urines exemptes de sucre après quelques jours. Ce traitement fut continué jusqu'au départ du malade, le 9 octobre. Il devait revenir à la consultation externe mais nous ne le revîmes pas. Nous avons fait une enquête dernièrement et nous avons appris qu'il travaillait régulièrement et qu'il ne pouvait s'absenter le jour pour venir au dispensaire. Il se porte bien mais nous n'avons pu savoir s'il continuait le traitement prescrit.

---

(1) Service des maladies de la nutrition.

Cas nº 75. Homme de 54 ans, pompier. Le 19 octobre 1932 il se trouvait dans une voiture du service des incendies qui vint en collision avec un tramway. Le choc le précipita sur la chaussée où on le releva inconscient. Il reprit connaissance 24 heures plus tard à l'hôpital. Les deux jours suivants il fut très agité et confus et dut être maintenu avec la camisole de force; il fit aussi pendant ces deux jours de l'incontinence vésicale et rectale.

L'examen mentionne que les réflexes tendineux sont normaux, que les pupilles sont égales et réagissent bien. La région pariétale droite est le siège d'un gros hématôme et le diagnostic fait, fut celui de commotion cérébrale grave.

Le B. W. était négatif dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. La ponction lombaire donna une tension de 28 cm. couché; albuminose 0.30; lymphocytose 1.2.

Après les deux premiers jours la condition générale et locale revint graduellement à la normale mais le malade resta sous observation dans le service de chirurgie jusqu'au 14 novembre. Environ quatre semaines plus tard, il revint au dispensaire de chirurgie se plaignant d'un malaise général, de fatigue et d'insomnie. Il fut réadmis pour examen et on constata une glycémie à jeun de 2 gr. 50, sans glycosurie. Le malade fut transféré dans le service des maladies de la nutrition.

C'est un homme de 5 pieds 8 pouces et demi, pesant 230 livres. Les constatations de l'examen se résument, à part son obésité et l'hyperglycémie mentionnée ci-dessus, à l'existence d'une polyurie de 2 litres par 24 heures avec polydipsie, apparues récemment.

La polyphagie est difficile à apprécier car le malade a toujours été un gros mangeur. Sa dentition est très mauvaise.

Le cholestérol est à 2 gr. 38 au litre et l'urée 0.62.

Nous l'interrogeons soigneusement pour découvrir des signes de diabète dans son passé. Personne dans sa famille n'en a présenté. Il a subi un examen médical à son entrée dans le service des incendies en 1913 et il est vraisemblable qu'il n'en faisait pas à ce moment puisqu'il a été admis. Il a fait en 1914 une plaie infectée de la main et un phlegmon de l'avant-bras dont la guérison aurait pris deux mois et demi. Dix-huit mois avant l'accident, alors que son poids était de 273 livres il consulta un médecin pour maigrir. J'ai interrogé ce médecin qui m'a assuré que le malade ne faisait pas alors de glycosurie. Le traitement institué comportait des restrictions alimentaires globales qui firent descendre le poids à 230 livres. Ses urines furent encore analysées quelque temps avant l'accident par le médecin des pompiers qu'il avait consulté pour un malaise quelconque. Elles ne présentaient rien d'anormal. Il n'aurait jamais uriné la nuit auparavant mais il aurait constaté qu'il urinait davantage depuis 5 ou 6 mois. Ses renseignements sur ce point sont imprécis.

Nous prescrivîmes un régime approprié, et, pendant les 3 semaines qu'il fut dans le service le dosage de la glycémie à jeun donna les chiffres suivants: 2 gr. 50; 2 gr. 27; 1 gr. 42; 2 gr.; 1 gr. 47; 1 gr. 33. La glycosurie à l'état de traces au début du traitement, fut toujours absente par la suite sauf une fois qu'elle monta à 10 gr. au litre après un écart de régime. Le malade ne prit pas d'insuline.

Pour permettre à vos patients d'obtenir **LACTOGEN** à plus bas prix,

le prix de la boîte de **LACTOGEN** de 1 livre a été réduit de $16\frac{2}{3}$ % à nos marchands de gros.

●

NESTLÉ'S MILK PRODUCTS
(CANADA) LTD.
Metropolitan Building
TORONTO CANADA

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

PRIX ORFILA 1872 — *PRIX DESPORTES* 1904

DIGITALINE NATIVELLE
CRISTALLISÉE

Agit plus sûrement que toutes les autres préparations de Digitale

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

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, rue de la Procession, PARIS (XVe)

Draeger

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

L'Arthrite Chronique

Les Médecins et les Chirurgiens appuient sur l'importance des agents physiques dans la conduite de l'arthrite chronique.

Au nombre des applications topiques, l'Antiphlogistine joue en physiothérapie un rôle prépondérant, grâce à l'action nettement favorable qu'elle exerce sur le processus arthritique.

Son influence sur le métabolisme est incontestable : augmente l'anabolisme et le catabolisme et favorise la résorption des exsudats inflammatoires et des déchets toxiques.

Ce mode d'application locale est un des plus simples et des plus efficaces qui soient.

ANTIPHLOGISTINE

(*fabriquée au Canada*)

Echantillon sur demande :

THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY
153 ouest, rue Lagauchetière
MONTREAL

Dans cette observation ainsi que dans la précédente le diagnostic de diabète ne fait pas de doute. Nous pouvons l'admettre sans discussion. Dans les deux cas également, traumatisme cranien précédant l'apparition du diabète, traumatisme assez grave pour entraîner des troubles au moins fonctionnels dans les centres encéphaliques ainsi qu'en témoignaient la condition des malades et les épreuves de laboratoire pratiquées à leur admission dans le service.

Nous ne pouvons évidemment affirmer l'absence de diabète avant l'accident avec la même certitude, les malades n'ayant pas été examinés complètement à ce point de vue, et pour cause. Si les renseignements que nous avons sur leur condition antérieure ne nous permettent pas de conclure, ils nous semblent cependant suffisants pour admettre au moins l'aggravation d'une forme latente ou potentielle de diabète, par le traumatisme. Si nous admettons cette possibilité, assez indiscutable dans ces deux cas, il est difficile de ne pas admettre également qu'un traumatisme cranien puisse dans certaines conditions déterminer entièrement la maladie. L'entente sur ce point n'existe pas encore chez les diabétologues et elle ne sera possible que lorsque les travaux des anatomistes et des physiologistes nous auront éclairés sur la pathogénie du diabète, ce qui est encore à venir.

*
* *

Nous suivons depuis plus de trois ans le malade de la dernière observation (cas nº 75) et l'évolution de sa maladie sous l'effet du traitement nous a permis de faire certaines constatations qui valent d'être notées.

La première diète à laquelle le malade fut soumis était la diète riche en hydrates de carbone et pauvre en graisses que nous employons depuis plus de trois ans. Suivant la technique habituelle nous augmentâmes chaque jour la quantité des hydrates de carbone de 18 gr. en débutant avec 56 gr. pour arrêter à 164 gr. La diète contenait à ce moment 45 gr. de graisses et 60 gr. de protéines. A ce traitement, la glycémie descendit de 2 gr. 50 à 2 gr. 27 puis à 1 gr. 42. Glycosurie nulle. Pas de corps cétoniques.

A ce point du traitement le malade fit volontairement un écart de régime, donnant comme excuse qu'il ne pouvait se faire à un régime aussi fortement végétarien. La glycémie remonta à 2 gr. Nous prescrivîmes alors une nouvelle formule plus conforme aux goûts du malade et se rapprochant des anciennes formules, riches en graisses.

La composition en était: Hydrates de carbone 50 gr., graisses 150 gr., protéines 50 gr., et la valeur calorique 1750 calories.

Pendant les 4 mois qui suivirent, la diète fut bien observée et nous fîmes 6 contrôles de la glycémie qui furent assez satisfaisants et qui donnent comme moyenne 1.28. Il n'y eut jamais de glycosurie pendant cette période mais l'acétone fut trouvée présente 9 fois sur un total de 15 analyses ce qui ne s'était jamais produit avec la diète précédente dans laquelle le rapport des éléments cétogènes aux éléments anticétogènes est moins élevé.

Comme la condition du malade était excellente et qu'il nous assurait de sa collaboration, nous fîmes l'essai de la diète dite "hypohydrocarbonée" (quelquefois appelée "antidiabétique"!), simple liste d'aliments sucrés et amylacés, *défendus,* et d'aliments gras et protéiques, *permis.* Les fruits étaient permis avec modération. Pendant les 4 mois que dura l'expérience, il n'y eut pas de sucre ni d'acétone dans les urines et la moyenne de 7 glycémies donne 1.48. Condition générale toujours bonne.

Nous revinmes alors à la diète du début, riche en hydrates de carbone que nous dûmes modifier après quelque temps pour arrêter la diminution du poids qui avait été assez régulière depuis le début du traitement et qui représentait alors une perte de 78 livres. Comme le malade avait commencé à se faire maigrir avant son accident et qu'il avait déjà perdu 43 livres ceci fait une diminution totale de 121 livres. On a beau être obèse.....

La formule à laquelle nous nous arrêtames et qui n'a pas été modifiée depuis plus de 2 ans est la suivante: Hydrates de carbone 272 gr., graisses 88 gr., protéines 112 gr., valeur calorique 2328 calories. La moyenne de 8 glycémies faites pendant la dernière année donne 1.09. Il n'y eut jamais de sucre ni d'acétone dans les urines et le poids a monté de 152 à 173 livres. Le malade est bien, et satisfait de son régime qu'il suit d'ailleurs à la lettre. Il n'a jamais pris d'insuline.

Nous reproduisons ci-dessous deux courbes d'hyperglycémie provoquées exécutées chez ce malade. Elles indiquent sa réaction d'hyperglycémie une demi-heure, une heure, deux heures et deux heures et demie après l'ingestion de 100 gr. de glucose. La première courbe fut faite trois mois et demi après le début du diabète et la deuxième, trois ans après:

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
Glycémie	1.36	2.04	2.56	2.00	2.04	grammes au litre.
Glycosurie	0	0	17.	16.	5.	" " "

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
Glycémie	1.11	2.17	2.32	1.42	1.33	grammes au litre.
Glycosurie	0	T.L.T.	19.	Tr.	0	" " "

NEOTONINE BUISSON

Accélérateur de la nutrition

MEDICATION RECONSTITUANTE

Vanadium Phosphore — Phosphore
Arsenic — Strychnine.

AMPOULES
ET
GOUTTES

Société Générale d'Applications Thérapeutiques

THÉRAPLIX

Distributeurs: ROUGIER Frères, Montréal

UROPRAZINE

ÉLIMINE L'ACIDE URIQUE

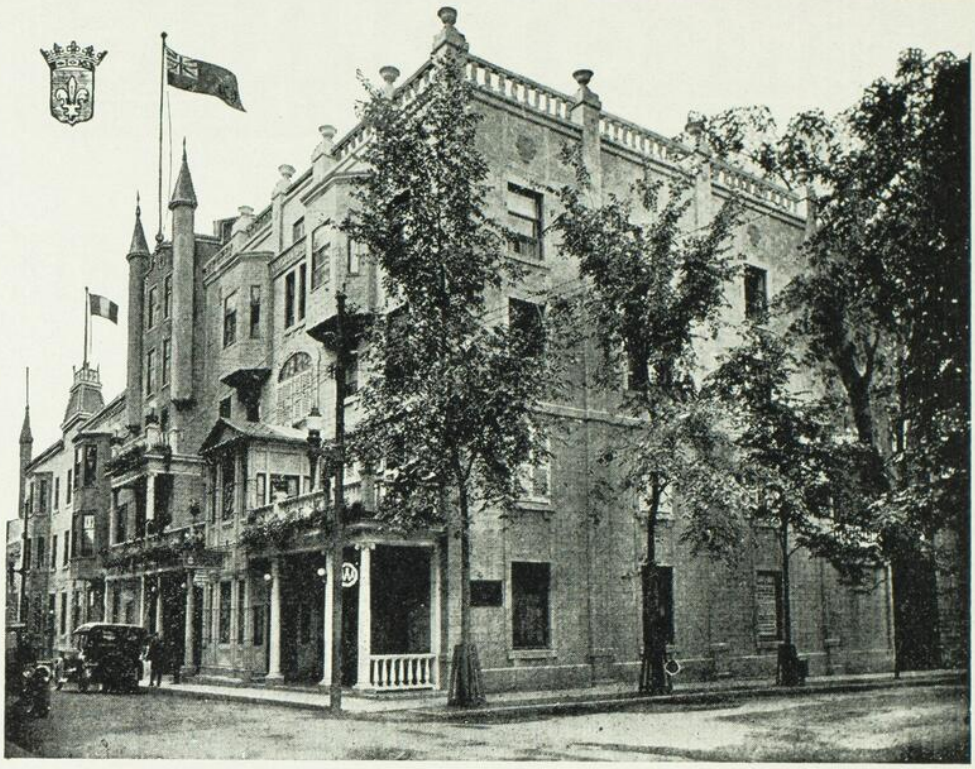
Pipérazine
Héxaméthylenetétramine
Soufre colloïdal
Formiate de lithine
Goutte, rhumatisme, sciatique

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.

SOMMAIRE

Deux malades apparemment en bonne santé et n'ayant jamais présenté de symptômes de diabète, subissent un traumatisme cranien à la suite duquel on constate l'existence du diabète sucré.

Un de ces malades suivi plus de 3 ans à différents régimes à permis de faire les constatations suivantes:

Au régime riche en graisses: Glycosurie 0. Acétonurie 9 fois sur 15 analyses. Moyenne de la glycémie 1.28.

Au régime hypohydrocarboné non pesé: Glycosurie 0. Acétonurie 0. Moyenne de la glycémie 1.48.

Après 2 ans du traitement diététique (diète pesée, de 2328 calories et de composition à peu près normale) sans insuline, amélioration de la tolérance qui permet une augmentation substantielle des 3 éléments de la diète. Glycosurie 0. Acétonurie 0. Moyenne de la glycémie 1.09.

VARIÉTÉS

LYON MÉDICAL.

Visite à l'Institut d'Auguste Lumière — et du Prof. Bérard

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

Sur le retour du Congrès du Caire, étant débarqué à Marseille, nous arrêtâmes, en remontant vers Paris, à Lyon, où M. Auguste Lumière, qui a étudié et expérimenté à fond la question du *carbone intraveineux,* nous avait invité à en venir causer avec lui.

Le midi de la France avait souffert de pluies abondantes depuis l'automne, les rivières débordaient, le Rhône se montrait terrible. Avignon, entourée de ses vieux murs, avait été isolée par l'inondation, et même on avait dû la ravitailler par des barques.

Les champs, les vignobles étaient inondés. Notre hiver a été certes, paraît-il, rigoureux, mais ne nous plaignons pas trop, nous aurions pu souffrir différemment et pire.

Lyon

Lyon est une ville antique, située au confluent du Rhône et de La Saône. Elle est campée en vallée, bordée de collines très respectables escaladées par les maisons qui s'étagent. D'un côté, les hauteurs de Fourvière, couronnées par une basilique moderne, fort élégante, et recherchée par les pèlerins. De l'autre côté, la colline de la Croix Rousse, où nos religieuses de Jeanne-d'Arc ont leur maison mère, qui est une clinique privée, dominant la ville. Quartiers anciens, aux rues pierrées et étroites, alternant avec les quartiers modernes aux larges avenues. C'est ici, chez lui, que M. Auguste Lumière nous reçut.

M. Auguste Lumière

Il nous accueille avec la plus grande bienveillance. Faut-il présenter le savant de Lyon, si connu par ses travaux scientifiques et ses découvertes en photographie ?

Auguste Lumière est un "jeune" vieillard de 73 ans. J'ai dit jeune, car il est d'une activité débordante que bien peu de jeunes égalent. Petit de taille, aux épaules carrées, l'œil vif et fort éveillé, une figure ouverte, une forte chevelure blanchie par le travail, tel est l'homme. Son pas vif et alerte fatiguerait plus d'un jeune à son allure empressée, presque endiablée.

A date, il a fait plus de 535 communications scientifiques. Conçoit-on la somme de travail et la masse d'observations requises pour un tel monument. On en a le secret quand on apprend qu'à quatre heures du matin il est à son cabinet de travail, aux murs garnis de livres; à six heures il se rend à son Institut pour examiner les rapports de la veille, que ses attachés de laboratoires ont accumulés; à neuf heures il est à sa clinique ou dispensaire externe, où il se retrouve avec ses collaborateurs médecins: car Aug. Lumière est physicien et chimiste de carrière, — ce qui lui est reproché par plus d'un, comme si celui qui révolutionna le concept officiel des maladies aiguës infectieuses au siècle dernier, Pasteur, avait été un médecin. Pasteur et Lister n'eurent-ils pas à soutenir une forte lutte de la part du monde officiel pour leurs idées? N'intervenons pas ici, nous n'avons pas la compétence suffisante. Mais nous pouvons dire que ses laboratoires sont parmi les mieux installés que nous ayons vus: laboratoire pour les urines, la recherche de l'urée, de la glycémie, de la cholestérinémie, des éléments figurés du sang, des chlorures, etc., en un mot, pour toutes les recherches biologiques possibles. Et comme il a le choix des collaborateurs et qu'il tient à ses idées autant qu'à sa réputation, il est à supposer que ses collaborateurs sont des hommes de compétence excellente. Le matin de notre visite, plus de 300 malades s'étaient présentés aux diverses consultations de son Institut, et 72 radiographies de la poitrine avaient été prises. Elles étaient parfaites, et nous pûmes entre autres admirer une radio de médiastinite et une de cancer de l'œsophage.

Cette clinique externe sera bientôt complétée par une section hospitalière de 50 lits, pour l'observation des malades qu'il confie à des mains expérimentées.

Nous connaissons ses idées très personnelles sur la tuberculose: qu'elle n'est que peu ou pas contagieuse pour l'adulte, bien que dangereuse pour le jeune enfant qui n'est pas vacciné; qu'elle est héréditaire comme graine et terrain. Et Lumière appuie sa thèse sur des observations que l'on ne saurait toutes repousser d'un geste léger. Paul-René Archambault les résumait ici même (*Union Médicale,*

déc. 1935). Mais l'Ecole officielle, Sergent, Besançon en tête, et d'autres s'y opposent avec des raisons sérieuses. Sergent les a exposées dans le *Bulletin* dernier de l'A. M. L. F. de l'Amer. du Nord, comme de même dans *le Monde Médical,* 1935, où MM. Sergent, Besançon et Lumière exposaient chacun leurs idées et leurs arguments.

Laissons les Maîtres exposer, discuter et établir chacun leur cause: ils en ont toute la compétence, et l'avenir dira où est toute la vérité. Voyons donc d'ici quel soulagement pour les familles si les idées de Lumière étaient prouvées justes: l'inutilité d'ostraciser de nos familles nos tuberculeux au lieu de les expulser au loin dans l'isolement, pour protéger les autres membres de la famille. Par contre, s'il y a danger, il faut s'y résigner.

La question mérite d'être bien étudiée, bien pesée. Pourquoi ne pas unir les forces pour la clarification de ce problème angoissant?

N'oublions pas l'exemple de Pasteur et Lister: ne furent-ils pas longtemps tournés en ridicule par leurs contemporains? Et pourtant la vérité totale était de leur côté.

S'il est un terrain sur lequel l'union sacrée dans la recherche devrait exister, c'est bien celui-ci, à cause de ses intenses réactions sociales. Souhaitons ici l'harmonie pour la recherche de la vérité. Les travaux de Sergent, de Besançon et de tant d'autres sont à lire et à méditer, mais tout aussi ceux de Lumière: son *Hérédo-tuberculose,* qui vient de paraître et résume ses arguments.

Confions la question aux phtisiologues, qui pourraient chez nous, dans une étude d'ensemble, nous présenter la question sous toutes ses faces, apportant leurs observations personnelles à être versées au dossier. Mais passons.

Ceux qui lisent auront peut-être parcouru l'article d'Aug. Lumière sur *la Granulothérapie* originant de l'Anthracothérapie ou C. I. V. que nous avions proposée (voir *Presse Médicale,* novembre 1935 et février 1936). Le carbone intraveineux se répand en France plus qu'on ne le croit ici. Trois thèses furent présentées cette année à la Faculté de médecine de Paris sur le sujet, par MM. Gaudoin, Varin et — la plus complète et la meilleure — par Ménétrel (un volume de 225 pages), remplies d'observations cliniques les plus variées et dont nous recommanderions la lecture aux incrédules. Cette thèse de Ménétrel est basée, en plus des recherches expérimentales très variées et très poussées sur les animaux, sur 162 observations cliniques personnelles prises dans divers services hospitaliers de Paris.

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 ténesme et de la pollakiurie — l'un des meilleurs adjuvants médicaux par voie interne, c'est le principe actif de l'essence de Santal — le "SANTALOL".

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

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

ARHÉOL (Astier)

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

Dans la période aiguë de la gonorrhée, l'Arhéol (Astier) soulage la douleur, réduit l'inflammation, atténue la gêne de l'urètre postérieur et diminue la fréquence des mictions. Lorsqu'il y a indications du traitement local, il agit comme adjuvant utile aux antiseptiques et aux astringents locaux. Il peut être employé, avec avantage, dans la Cystite, le Catarrhe vésical, la Prostatite, l'Urétrite postérieure. Dans la Pyélite, grâce à ses propriétés antiseptiques, l'Arhéol (Astier) constitue une aide précieuse pour vaincre l'infection dans le rein et le bassinet.

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
Caféine	*0 gr. 10*
Théobromine	*0 gr. 10*

Dose: 1 à 2 cuillerées à café par jour.

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

TOUTES LES TOUX
SIROP ET GOUTTES
RAMI
au bromoforme

Dépôt : ROUGIER FRERES. Montréal

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

Nous ne sommes pas sans savoir que Sabrazès, de Bordeaux, fait des réserves sur cette méthode, disant entre autres choses: "Si cette thérapeutique a sans doute *des effets utiles,* si les particules jouent à l'égard des produits toxiques un *rôle d'adsorption,* d'agent de *désintoxication,* quelles vont être les séquelles à échéance plus ou moins éloignée de cette anthracose provoquée?"

Notre jeune collègue Archambault s'est arrêté complaisamment à le signaler ici même.

Pourquoi ces particules seraient-elles plus nocives au poumon que celles trouvées chez les anthracosiques pulmonaires des mines de charbon qui développent rarement la tuberculose, le fait est connu? Nous savons pertinemment que dans un hôpital anglais on expérimente actuellement dans cette direction, marchant ainsi sur les traces de Wedekind, Apiz et Sommerlad. Il est des milieux où l'on aime à expérimenter avant de parler.

Ménétrel, répondant aux allégations pusillanimes de Sabrazès, qui parle sans expérience clinique, signale ceci: "Il a sans doute utilisé une des préparations dont nous avons nous-même apprécié les dangers. De plus, le dosage du carbone n'était pas proportionné au poids de l'animal."

Et il ajoute: "D'autres animaux avaient reçu des doses importantes de carbone et ont été sacrifiés de 2 à 13 mois après la dernière injection. Or *aucun processus anatomo-pathologique en évolution* n'a pu être mis en évidence avec la netteté signalée par Sabrazès. Des anatomo-pathologistes éminents pas plus que nous-même n'ont constaté de réactions inflammatoires qui se soient développées dans le voisinage de ces particules charbonneuses." (Thèse, p. 101 à 103.)

Nous avons là par-devant nous quantité de préparations microscopiques provenant d'individus — homme et femme — et d'animaux en expérimentation. Or dans aucune, nous le répétons, n'avons-nous constaté de réaction quelconque au voisinage des particules de charbon — et elles seraient visibles. Il faut dire que les injections avaient été faites avec du Carbonactyl ou du carbone Theraplix, tous deux absolument inoffensifs. Sabrazès se ressent en plus, nous craignons, du voisinage du Midi.

Nous le signalons et nous y insistons, les particules de carbone aspirées par les mineurs, et singulièrement plus grosses, causent-elles par leur présence ces dégâts que *craint* Sabrazès. Il les craint, mais il n'en a aucune expérience clinique.

Et les remarques de notre collègue canadien, sur quoi reposent-elles autrement que sur les visions de notre collègue de Bordeaux?

Mignot, qui reprenait l'étude générale de la question dans une magistrale analyse (voir *Presse Médicale,* 1er février 1936), dit en terminant: "La contradiction entre les dires de Sabrazès et les constatations de Ménétrel et divers anatomo-pathologistes n'est qu'apparente: elle tient à la différence des préparations employées." Et Mignot conclut en disant: "Des diverses considérations exposées, on peut conclure, avec tous les auteurs qui ont expérimenté la méthode, que le C. I. V. constitue un agent anti-infectieux inoffensif, souvent actif, qui mérite d'être connu et utilisé. Les brillants résultats déjà obtenus doivent inciter les médecins à y avoir recours dans les états infectieux."

Le Carbonactyl n'est pas proposé pour remplacer les sérums en tous les cas. D'ailleurs, ceux-ci sont-ils toujours effectifs? Ils doivent de plus être spécifiques, doivent être frais, doivent être donnés à hautes doses et répétées avec le danger d'une crise anaphylactique. Nous en savons tous les réactions sériques urticariennes et arthralgiques, et cependant on continue de les employer, avec raison. Le C. I. V., qui est inoffensif, ne cause rien de tout cela. D'ailleurs, nos collègues deviennent avec raison moins timides, et l'usage s'en répand décidément même ici.

Auguste Lumière a recherché si des grains plus fins encore de carbone seraient plus effectifs. Les rapports présentés devant moi semblent indiquer une moindre réaction leucocytaire, qui est pourtant un des éléments importants de la défense de l'organisme.

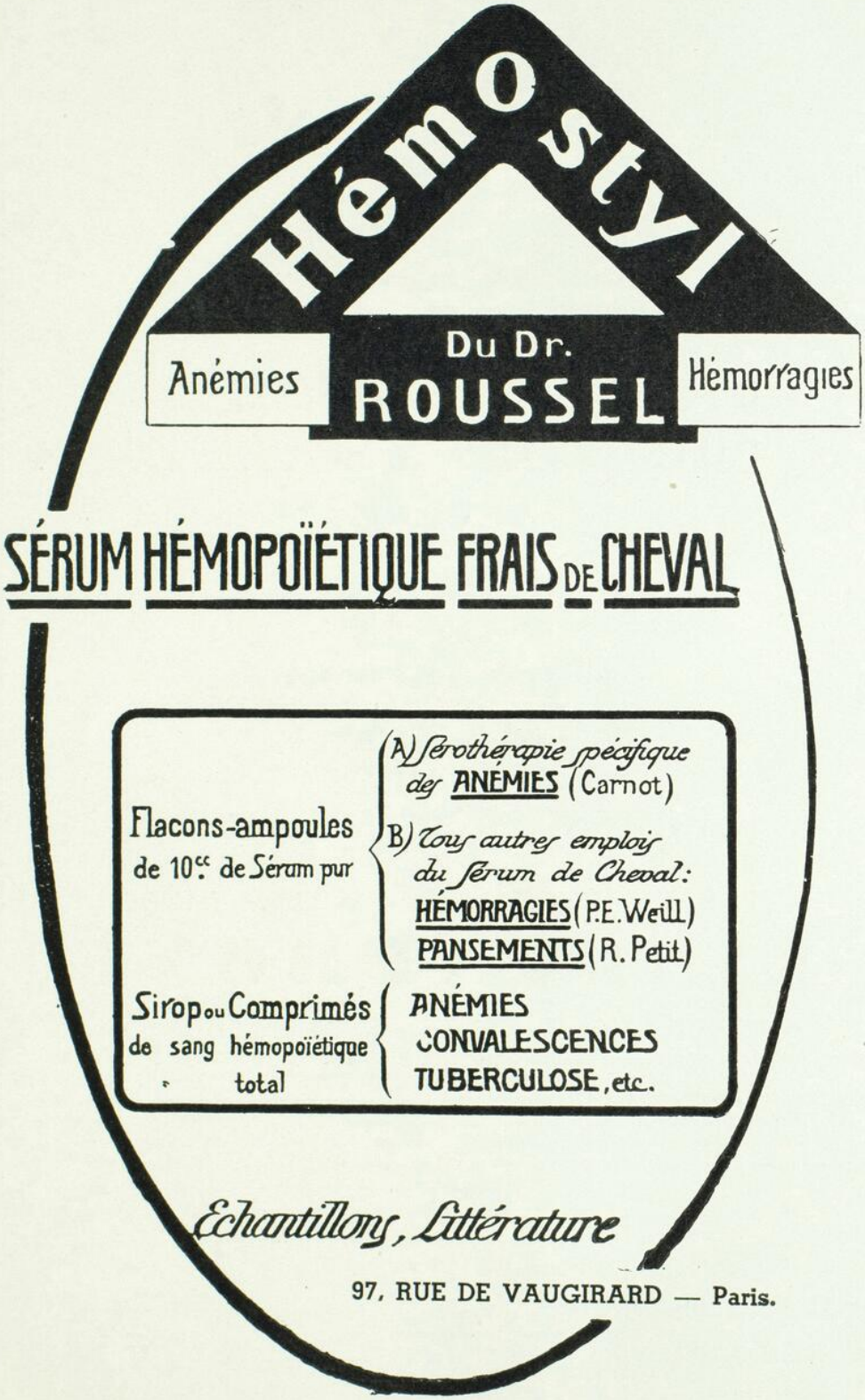
De même Auguste Lumière trouve-t-il le carbone animal préférable au carbone végétal, parce que ses particules présentent moins d'aspérités angulaires: c'est celui qui est employé pour le Carbonactyl.

Dans le moment, nous cherchons à préciser s'il est d'autres raisons à son action. A date, voici ce que nous savons:

1) Il augmente la *leucocytose,* qui, d'après Lumière, double de la 6e à la 10e heure;

2) Il a une action *antitoxique,* par son pouvoir *ad*sorbant sur les toxines infectieuses, ce que Roy Fraser, prof. de bactériologie à Mt. Allison University, N.-B., a établi (voir *Journal M. L. F.,* octobre 1935);

3) Il est *sédatif de la douleur* rapidement. L'expérience clinique l'a souvent prouvé, pourvu qu'on le donne à doses suffisantes et si besoin répétées;



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

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

ANGLAIS
ESPAGNOL
ITALIEN
ALLEMAND

ou toute autre langue

SANS EFFORT CHEZ VOUS QUAND VOUS VOULEZ!

PAR LA NOUVELLE ET FACILE MÉTHODE

LINGUAPHONE

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

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

DEMANDEZ
AUJOURD'HUI
NOTRE BROCHURE
GRATUITE

→

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

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

Nom.....

Adresse.....

Ville.....**Prov.**.....

Quelle langue vous intéresse?.....

4) Il semblerait stimuler les éléments cellulaires du système réticulo-endothélial, où le microscope nous les fait voir.

M. Lumière étudie dans le moment s'il est d'autres secrets à arracher à l'organisme sur son mode d'action.

Quoi qu'il en soit, même si nous ne pouvons pas tout expliquer dans son mode d'action soyons satisfaits des résultats cliniques, qui sont on ne peut plus encourageants, et donnons à la méthode un essai loyal.

Les cliniques universitaires de Lyon

Le service du professeur Bérard — Son Institut anticancéreux

Le professeur Bérard est connu de plusieurs parmi nous. Nous l'avions rencontré au Congrès de Madrid. Une gracieuse invitation nous amenait dans son service.

Les services hospitaliers universitaires de Lyon occupent un vaste espace dans un quartier nouveau de la ville. Edifiés à deux étages, bien isolés les uns des autres, blanches silhouettes, propres et de belle allure.

Le professeur Bérard

Un homme fort accueillant: figure ouverte, grande activité, agréable empressement qui se ressent de l'entrain du Midi. Salles hautes, bien éclairées et ventilées: tout est neuf ici et disposé d'après ses suggestions. Les infectés sont séparés des autres malades, ce qui assure des convalescences plus heureuses.

Tout à son côté, son

Institut du Cancer

installé à grands frais, auquel il a personnellement largement contribué: bel exemple. Les laboratoires de recherches sont aussi variés que bien aménagés, et les collaborateurs, nombreux. Nous y avons retrouvé le professeur Arloing. Anatomie pathologique, biologie, rayons X, radium, tout est là pour la recherche et le traitement. Pour le moment, le professeur Bérard est à expérimenter un produit ferrugineux préparé par M. Aug. Lumière, car les deux chercheurs opèrent en agréable coopération mutuellement profitable.

Des photos de guérisons, aux murs, montrent les heureux résultats des traitements.

Dans son service nous avons trouvé un jeune médecin de Québec, le Dr Jobin, qui trouve grand avantage de se trouver à Lyon, et spécialement dans le service du professeur Bérard, très gracieux à son endroit. Les grands centres français, hors Paris, offrent souvent à nos jeunes gens plus désireux d'apprendre que de se distraire, des avantages pratiques qu'ils ne peuvent que difficilement se procurer dans la capitale — tel à Lyon et à Strasbourg.

L'accueil bienveillant reçu de ces deux personnalités lyonnaises nous a laissé de Lyon une agréable impression que nous conservons avec plaisir.

NÉCROLOGIE

LE DOCTEUR ARTHUR RICARD
1864 - 1936

C'était un modeste. Praticien très dévoué, il consacra sa vie à soigner les humbles.

Avant d'être médecin d'une grande compagnie d'assurances, il fut pendant de nombreuses années à l'hôpital Notre-Dame, puis à la Crèche de la Miséricorde, assistant du regretté docteur Séverin Lachapelle, premier professeur titulaire de Pédiatrie à l'Université de Montréal. Nous possédons, dans notre service, à la Crèche de la Miséricorde, une photographie représentant une consultation du professeur Lachapelle avec les docteurs Arthur Ricard et Raoul Masson ;

ce dernier, dont nous avons été l'élève, succéda plus tard au docteur Lachapelle à l'Université.

Arthur Ricard fut donc un des pionniers de la Pédiatrie chez nous. Aussi convient-il de souligner son passage à la Crèche de la Miséricorde.

À titre de professeur agrégé à la Faculté de médecine, il donna des cours de Pédiatrie, à une époque où l'on ne trouvait pas exagéré d'accorder trente leçons à l'enseignement théorique de la Médecine des Enfants.

Il n'a pas laissé de travaux scientifiques, mais sa vie de dignité et de labeur, son dévouement aux hôpitaux et à l'Université, lui vaudront d'avoir une place à part parmi les pionniers de la Pédiatrie chez nous.

Paul LETONDAL.

REVUE DES LIVRES

Hérédité. Manuel de Génétique, par le P. LOUIS-MARIE, O.C.R., professeur à l'Institut Agricole d'Oka.

Non, mon révérend Père! Les médecins ne parlent plus de télégonie et de transmission des caractères acquis. Ils n'ont jamais cru à l'orthodoxie scientifique de Léon Daudet. Freud a pris pour certains d'entre eux figure plus sympathique... mais après émasculation. Et il y a belle lurette qu'ils ont rangé Lombroso parmi les vieilles barbes...

Ces réserves faites — pour vous taquiner tout simplement — votre *Manuel de Génétique* me devient infiniment sympathique. Le très peu que j'ai dû apprendre sur l'hérédité, comme tous mes confrères, d'ailleurs, je l'ai pigé, au prix de bien des efforts, dans une multitude d'articles, de mises au point, de volumes écrits la plupart du temps en langue étrangère, tous en langue étrange pour les non-initiés.

Vous avez su, en quelque 450 pages, nous donner de la Génétique un aperçu fort bien fait, en général parfaitement au point, joliment présenté, clair, abondamment illustré de schémas et de photographies et, ce qui ne gâte rien, écrit en un excellent français. Vous avez fait plus. Votre manuel intéressera vos lecteurs médicaux et nos étudiants en médecine auxquels je le conseille très fortement, par l'étude scientifique de l'hérédité, c'est entendu, mais aussi par vos rappels de cytologie, de physiologie, de sociologie et par les commentaires philosophiques et littéraires qui l'agrémentent, et, à mon humble avis, le complètent.

Si on doit un jour — ce qui reste encore discutable — introduire cette matière nouvelle dans le curriculum des études médicales proprement dites, c'est sous cette forme qui révèle chez l'auteur du *Manuel de Génétique* une culture véritablement humaniste que je voudrais la voir enseigner.

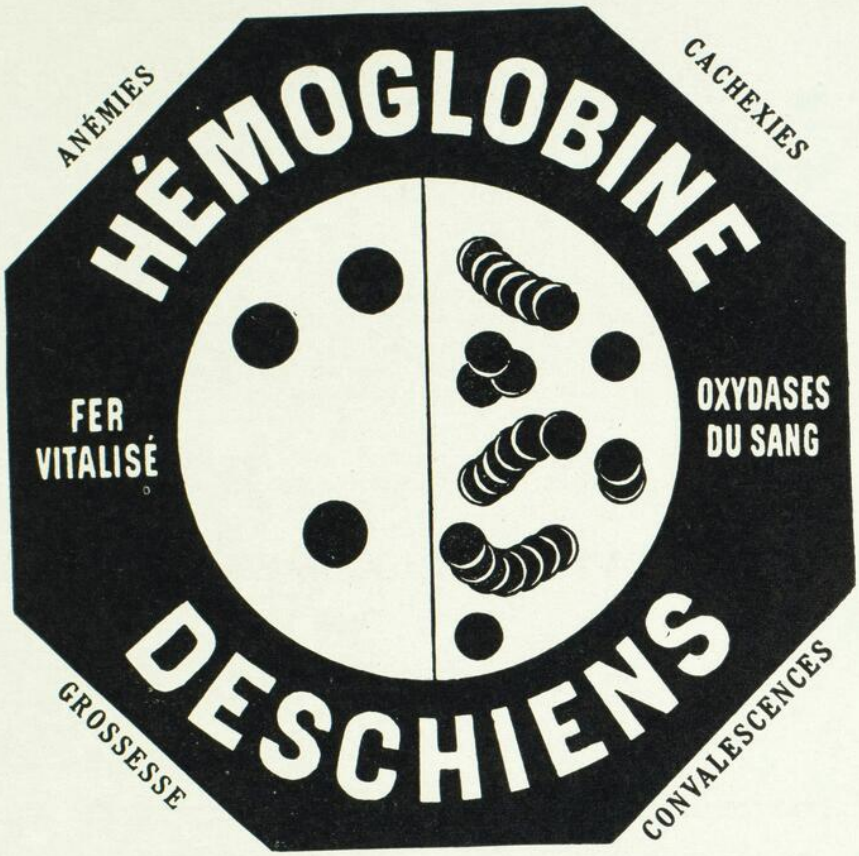
Antonio BARBEAU.

TABLE DES CHAPITRES

1. Préliminaires.

Première partie: GENETIQUE GENERALE

2. La définition de l'hérédité.
3. Le siège de l'hérédité.
   Appendice: Mécanisme — finalisme, animisme.
4. Le Cytogénétique.
5. Mendel et ses précurseurs.
6. L'œuvre de Mendel.
   Appendice: Renseignements, techniques (problèmes).



Opothérapie Hématique

Sirop de DESCHIENS

à l'Hémoglobine

Renferme intactes les Substances Minimales du Sang

MÉDICATION RATIONNELLE DES

Syndromes Anémiques et des Déchéances Organiques

Une cuillerée à potage à chaque repas. Doubler dans les cas graves.

DESCHIENS, Docteur en Pharmacie, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8e)

Agents Généraux : ROUGIER Frères, 350, Rue Le Moyne, MONTRÉAL

Nouvelle médication du Salicylate de Soude.

SODIOSAL

Ce nom, formé par les abréviations des mots **Sod**ium, **Io**de, **Sal**icylate, désigne un produit pharmaceutique sous forme de granulé effervescent à base de Salicylate de Sodium et d'Iode organique.

Formule:	Salicylate de Soude naissant	40 grs.	2.58
	Carbonate de Lithium	20 grs.	1.29
	Salicylate d'Hexaméthylènetétramine	16 grs.	1.03
	Iode Organique	4/5 gr.	0.52
	Enzymes Mixtes (Papaïne-Trypsine)	8 grs.	0.51
	Base effervescente q.s.	1 oz.	30 gr.

SODIOSAL, d'un goût agréable, plaira au malade, ne fatiguera pas l'estomac, conservera indéfiniment son efficacité, au contraire des solutions — avantage précieux pour le patient qui prend quelques jours ou quelques semaines de repos et doit reprendre son traitement, car, malgré l'apparence de guérison, on recommande aux rhumatisants de suivre par intermittence et durant quelques jours un traitement au Salicylate.

SODIOSAL devrait plaire au médecin, parce que nous lui donnons un médicament bien préparé et rencontrant toutes les exigences de l'art médical et pharmaceutique.

LABORATOIRE NADEAU LIMITÉE

Sous la surveillance de
HERVÉ NADEAU, chimiste et pharmacien,
Licencié ès Sciences de l'Université de Paris,
Professeur de Chimie, Faculté de Médecine, Université de Montréal.

100 ouest, rue ST-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.

7. Les mécanismes héréditaires.
8. Les blocs héréditaires.
   Problèmes.
9. La mutation.
   Appendice: l'Ordre dans l'univers.
10. Le sexe.
   La parthénogénèse.
   L'autostérilité.
   Xénie.
11. La biométrique.
   Appendice: Notions générales de statistique.

Deuxième partie: GENETIQUE SPECIALE
(Plantes et animaux)

12. Méthodes de reproductios améliorante.
13. L'exogamie (hétérozygie).
14. L'autogamie et l'inogamie.
15. La génétique de l'éleveur.
16. L'origine et la culture des plantes.
17. Domestication des animaux de la ferme.

Troisième partie: GENETIQUE HUMAINE (eugénique)

18. L'homme du passé (les origines).
   Appendice Le problème de l'évolution biologique.
19. L'homme du présent.
20. L'homme de l'avenir.
   Appendice: "Brave New World".
   L'eugénisme chrétien.
   Epilogue.
   Glossaire.
   Bibliographie.
   Index des auteurs.
   Index des matières.
   Contributions de l'I. A. O. à la Génétique.

BIBLIOGRAPHIE

Maladies de l'Intestin, par les Drs Paul CARNOT, J. CAROLI, P. JACQUET, J. RACHET, BOUTTIER, Jacques DUMONT, J. FRIEDEL, E. LIBERT. Un vol. grand in-8 de 676 pages avec 197 figures et 17 planches: 150 fr. (1er fascicule du tome XVII du "Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique", dirigé par les professeurs P. Carnot et P. Lereboullet. J.-B. Baillière et Fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris [6e]).

Ce volume a pris une extension considérable en raison de tous les faits nouveaux relatifs aux maladies de l'intestin depuis l'introduction de techniques radiologiques, coprologiques, endoscopiques et bactériologiques. Le 1er fascicule, qui vient de paraître, consacré aux *maladies générales de l'intestin*, comprend, en effet, 676 pages de texte et sera suivi bientôt d'un 2e fascicule,

beaucoup plus court, sur les *maladies particulières aux divers segments digestifs* (ulcères du duodénum, appendicites, colites, recto-sigmoïdites, etc.).

Malgré l'abondance des matières traitées et le nombre des collaborateurs, cet ouvrage conserve cependant une grande unité de plan et de descriptions, étant entièrement rédigé par le professeur Paul Carnot et ses collaborateurs de chaque jour à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Il comprend d'abord un article d'ensemble de P. Carnot et J. Dumont sur les *microbes de l'intestin.*

Vient ensuite un important article de 200 pages de P. Carnot et E. Libert sur les *techniques d'exploration* (examen clinique; endoscopie; radiologie; tubages intestinaux; coprologie) et sur les *grands syndromes intestinaux* (constipation et stases intestinales chroniques; diarrhées; perforations; occlusions; syndromes muco-membraneux; infarctus; crises entéralgiques, etc.) communs à des affections de pathogénies différentes, et qui ne doivent pas être traités comme des maladies autonomes.

Puis vient une étude d'ensemble de P. Carnot et P. Jacquet sur les *malformations digestives* (136 pages), qu'il y a intérêt à rapprocher quel que soit leur siège, parce que sont associés: diverticules du duodénum, d. de Meckel, d. du gros intestin; ptoses digestives; gigantisme et nanisme intestinaux: mégaduodénum; méga et dolichocôlon; brachycôlon, etc.; malformations pariétales (éventrations diaphragmatiques et abdominales; hermès épigastriques, etc.).

L'étude des *dystopies intestinales* est due à P. Carnot et à Caroli. Celle des *parasitoses et infections intestinales* est faite par P. Carnot et J. Rachet, elle comprend l'étude des verminoses, de la lambliase, de l'amibiase, etc., ainsi que celle des dysenteries bacillaires, des tuberculoses intestinales diverses, etc.

Enfin la dernière partie est consacrée aux *tumeurs bénignes ou malignes de l'intestin* (117 pages) par P. Carnot et Bouttier; ici on rapproche et on compare les divers néoplasmes intestinaux (cancer du duodénum, ampullome-cancer de l'appendice, cancers des côlons, etc.). Les *tumeurs ano-rectales* sont étudiées par P. Carnot et Friedel.

Un grand nombre de schémas, de dessins, de photographies et de radiographies complètent les descriptions.

Ainsi qu'on le voit, ce plan nouveau est orienté nettement vers la pathogénie et compare constamment les lésions pathogéniques semblables des différents segments, en reliquat à la séméiologie. les syndromes communs ou encore mal définis; et c'est là, semble-t-il, un progrès didactique important qui permet de mieux classer les faits accumulés en ces dernières années relativement à la pathologie de l'intestin.

"Ne fumez plus", par Georges ROUX. Préface du Docteur Gaston DURVILLE. (1 volume: 15 fr. Edition G. Roux, 20 blvd Montmartre, Paris.)

Cet ouvrage apporte une clarté nouvelle sur le problème du tabac. Le docteur Gaston Durville, dans une préface très documentée, fait ressortir à quel point l'habitude de fumer intoxique l'individu et porte atteinte au capital de santé des humains. Il expose comment la combustion du tabac produit de l'oxyde de carbone et comment cet oxyde de carbone se combine avec l'hémoglobine du sang pour former l'hémoglobine oxy-carbonée qui, au

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.

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.-W. Pacaud, 1469, rue Drummond. Tél.: LAncaster 4887.

OFFRE DE SERVICES

Dames recommandées (femme et fille de médecin décédé) tiendraient maison, prendraient charge bureau jeune médecin ou autre. Meubleraient deux pièces. S'adresser à T. Valiquette, administrateur de "L'Union Médicale", 418 est, rue Sherbrooke, Marquette 7334.

APPAREILLAGE "ACIDE MANDELIC" B. D. H.

POUR UN TRAITEMENT DE QUATORZE JOURS.

L'expérience en pratique médicale confirme les découvertes initiales ("Lancet", 4 mai 1933, p. 1032) concernant la valeur du traitement par l'acide "Mandelic" en remplacement du régime cétogène dans les infections urinaires.

L'emploi de l'appareillage Acide "Mandelic" B. D. H. rend la technique si simple que le patient, en suivant les indications du médecin, peut suivre son traitement seul.

En vente dans les principales pharmacies au Canada. Renseignements complets sur demande à

THE BRITISH DRUG HOUSES (CANADA) LTD.

Terminal Warehouse TORONTO 2, Ont.

Mnd/Can/365F

LIBRAIRIE
MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

Grand choix de livres Français (Dernières Editions)

Edités par: F. ALCAN, J .B. BAILLIERE & FILS,

G. DOIN et Cie, EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE,

GAUTHIER - VILLARS & Cie, A. LEGRAND,

N. MALOINE,

MASSON & Cie, VIGOT Frères.

En Vente chez : **J. EDDÉ Ltée,** Edifice New Birks, MONTRÉAL

IODONE ROBIN

GOUTTES INJECTABLE R.C. 22139

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.

lieu de servir à nos combustions profondes les contrarie et s'y oppose fortement.

La nocivité du tabac étant amplement démontrée, Georges Roux expose la méthode qu'il préconise pour guérir en quelques jours la manie de fumer, à quelque degré d'intoxication que l'on se trouve.

Beaucoup d'entre nous, ayant ressenti les effets néfastes du tabac, ont maintes fois essayé de ne plus fumer. Il faut dire que c'est là une expérience pénible et que, si la volonté permet de rester quelques semaines sans fumer, on redevient ensuite, et souvent avec plus d'intensité, l'esclave du tabac.

Georges Roux explique très clairement le processus de ces tentatives et s'attaque résolument au problème par des solutions agréables qui montrent sa parfaite connaissance de la question. Il suit son sujet d'heure en heure, parfois de minute en minute, et sans aucune drogue, sans efforts inutiles ou pénibles, le guide avec certitude vers le résultat final.

Cette méthode sérieuse, absolument inédite, non seulement atteint son but mais enrichit puissamment le psychisme de l'individu. De nombreuses personnalités du corps médical en ont fait l'éloge.

LIVRES REÇUS

EN MARS 1936

Le dernier rempart de l'esclavage, par le Prof. G. C. BARAVELLI. Societa Editrice Di "Novissima", Rome, 1935.

Les calcaires du Canada, par M. F. GOUDGE. J.-O. Patenaude, Ottawa, imprimeur.

Les petites règles de la chirurgie parfaite, par J. OKINCZYC. Masson & Cie, éditeurs.

Données anatomiques en vue de la chirurgie réparatrice mammaire, par le Dr CLAQUE et I. BERNARD. Librairie Maloine, S. A., 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1935.

Thérapeutique de l'ulcère gastro-duodénal, par J. GATELLIER, F. MOUTIER. Gaston Doin & Cie, éditeurs, Paris.

Le lait concentré sucré, par G. PAISSEAU. G. Doin & Cie, Paris.

Manuel pratique d'anesthésie chirurgicale, par J. MAISONNET. G. Doin & Cie, éditeurs, Paris.

La goutte larvée, par le Dr H. BOULOMMIER. G. Doin & Cie, Paris.

Année hydroclimatologique 1934, par Maurice UZAN. G. Doin & Cie, éditeurs, Paris.

"Ne fumez plus", par Georges ROUX. (Un volume 15 fr. Editions G. Roux, 20, blvd Montmartre, Paris.)

EN AVRIL 1936

Maladies de l'intestin, par Paul CARNOT, J. CAROLI, P. JAQUET, J. RACHET, BOUTTIER, Jacques DUMONT, J. FRIEDEL, E. LIBERT. En vente chez J.-B. Baillière & Fils, Paris.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT MÉDICAL DES SINUSITES AIGUËS

Les sinusites aiguës guérissent souvent spontanément, tout comme les coryzas qui peuvent les engendrer, mais il ne faut pas trop compter sur ce mode de guérison. La preuve en est dans le fait qu'il existe une foule de cas de sinusites qui sont passés à la chronicité et qui nécessitent maintenant des interventions chirurgicales dont on n'est pas toujours assuré du succès.

Les sinusites aiguës peuvent être d'origines odontogène ou rhinogène. Dans le premier cas le patient est remis entre les mains de son dentiste qui en traitant la cause dès le début obtient le plus souvent un succès rapide et complet.

Supposons en ce qui nous concerne qu'il s'agit de sinusites rhinogènes ou grippales, localisées à un des sinus de la face, soit le maxillaire, le frontal, l'éthmoïdal ou le sphénoïdal.

Traitement prophylactique

La sinusite aiguë étant une complication du coryza, toute personne atteinte de ce dernier ne devra pas le négliger, mais bien le traiter au moyen de pommades ou d'huiles antiseptiques soit à base de menthol ou d'eucalyptus, de goménol, etc., etc.

Le plus important dans le traitement prophylactique de la sinusite ce n'est pas tant de savoir ce qu'il faut faire, c'est surtout de savoir ce qu'il ne faut pas faire. Le médecin qui traite un patient atteint de rhinite aiguë doit lui conseiller d'éviter de se moucher fort, ou de se moucher les deux narines en même temps, car ce faisant il risque de projeter des sécrétions jusque dans les ouvertures naturelles des sinus ou dans l'entrée de la trompe d'Eustache et de déterminer ainsi une sinusite ou ce qui n'est guère mieux, une otite ou une mastoïdite. Il ne devra donc se moucher qu'une narine à la fois et ce avec beaucoup de douceur.

On devra également prohiber à ce dernier l'usage des douches nasales qui pourraient avoir pour effet d'entraîner le muco-pus jusque dans le sinus ou vers l'oreille.

Traitement médical

Ce que nous recherchons dans le traitement de la sinusite c'est l'écoulement du pus. Pour y arriver il faut décongestionner les muqueuses afin de redonner aux orifices naturels leur perméabilité normale, et l'on doit de même fluidifier les sécrétions par l'emploi de vapeurs volatiles qui pénètrent dans les sinus, les désinfectent et excitent les sécrétions de leurs muqueuses.

CONTIENT LES MINÉRAUX ESSENTIELS
SODIUM
POTASSIUM
PHOSPHORE
CALCIUM
FER
MANGANÈSE

Pendant la grossesse et pendant le post-partum un traitement reconstituant est essentiel

Il s'agit alors de renouveler la masse sanguine qui s'est appauvrie, de reconstituer les réserves de sels minéraux qui se sont exagérément réduites, et de surmonter la dépression nerveuse. Pour cela, il n'est pas de meilleur tonique que le Sirop Fellows.

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

ECHANTILLONS SUR DEMANDE

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

SIROP FELLOWS
AUX HYPOPHOSPHITES

Elixir-Ducro

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.

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 & LEBOUCQ, COURBEVOIE — PARIS

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

Médication

a) Pour décongestionner les muqueuses.

Chl. cocaïne	0.10	ctg.
Adrénaline Sol. 1/1000	0.10	ctg.
Eau distillée	10.	grammes

Sig.: En vaporisations nasales 4 à 5 minutes avant les inhalations.

N.B. Cette solution peut être remplacée par d'autres médicaments vaso-constricteurs tels que: métaphédrine, épinéphrine, "chlorétone inhalant", etc., etc.

b) Pour fluidifier les sécrétions et désinfecter les sinus.

Alcool à 90°	100.	grammes.
Menthol	5.	"

Sig.: Une cuillerée à café dans un récipient d'eau bouillante pour inhalations durant 5 à 10 minutes, 4 à 6 fois par jour.

c) Contre les douleurs:

Aspirine, pyramidon, etc.
Pansements humides tièdes.

d) Médication d'ordre général:

Les médicaments qui augmentent la défense de l'organisme ont aussi leur indication, de même que certains sérums et vaccins immunogènes (anticatarrhalis co.)

Le médecin qui emploie tous ces moyens réussira presque toujours à améliorer son malade et à le guérir en quelques jours de traitement. Si malgré toute cette médication les douleurs persistent et qu'il ne se produit pas d'amélioration il sera sage de consulter un rhinologiste qui jugera de l'opportunité d'une intervention chirurgicale.

Dr Jules BRAULT.

ANALYSES

MÉDECINE

C. LIAN et J. JACQUET. — **Hypertension artérielle paroxystique.** "Année Médicale Pratique", 1935.

Avec Donzelot, il faut distinguer trois variétés d'hypertension paroxystique: l'hypertension paroxystique greffée sur une hypertension permanente, celle qui est associée à un syndrome clinique bien défini, et celle qui est liée au développement d'une tumeur de la surrénale.

Greffée sur une hypertension permanente, l'hypertension paroxystique constitue un phénomène assez fréquent se traduisant surtout par une surélévation plus ou moins marquée de la pression artérielle. Cette hypertension momentanée s'accompagne d'habitude de crampes dans les jambes, de céphalée, de douleurs précordiales et d'une polyurie énorme. Des accidents très graves, tels qu'œdème aigu du poumon par défaillance du ventricule gauche et hémorragie cérébrale par rupture d'une artère, peuvent survenir, ce qui assombrit considérablement le pronostic, même quand on se trouve en face d'une hypertension modérée.

L'hypertension paroxystique associée à un syndrome clinique nettement défini forme un groupe assez disparate. On a rapporté des cas de paroxysmes hypertensifs dans le saturnisme, l'éclampsie, les crises gastriques du tabes, dans les maladies aiguës telles que typhoïde, méningite et pneumonie, dans les affections cérébrales telles que traumatisme, tumeurs, embolie, hémorragie, dans les coliques hépatiques et néphrétiques, etc.

Enfin, la troisième variété d'hypertension paroxystique, celle qui est liée au développement d'une tumeur de la région surrénale, est rare, mais elle n'en réalise pas moins une entité morbide particulière. Cette affection est caractérisée cliniquement par des douleurs qui commencent aux membres inférieurs, montent dans l'abdomen puis à la région précordiale, et enfin céphalée intense. Le pouls est accéléré, d'habitude, mais dans certains cas ralenti, le deuxième bruit du cœur est fortement claqué, la pression est très élevée, avec parfois une certaine dissociation de la différentielle. Ces crises durent quelques minutes, puis deviennent plus tard subintrantes, et enfin l'hypertension permanente succède à l'hypertension paroxystique. Le malade succombe en quelques mois si une intervention chirurgicale ne vient à point le débarrasser de sa tumeur surrénale, seul traitement de cette affection. Dans la littérature médicale on ne relève, jusqu'à présent, qu'une douzaine d'observations de surrénalome hypertensif.

Gabriel LAFRESNIERE.

"Vous restez donc ainsi toute seule?"
"Non pas seule . . . j'ai mes Sweet Caporals."

CIGARETTES SWEET CAPORAL

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

Bronchites

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

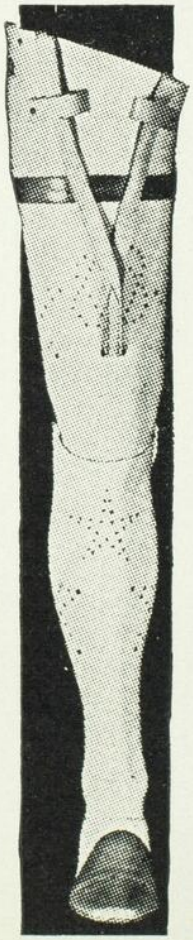
MATIN, MIDI et SOIR une cuillerée à soupe de

SIROP FAMEL

Echantillons gratuits sur simple demande adressée à

P. FAMEL, Fabricants de Produits Pharmaceutiques, PARIS (20e), 20-22, Rue des Orteaux

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.*

DUCKETT

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**

GASTRO-ENTÉROLOGIE

VASSELLE. — **La disparition des niches et images diverticulaires gastriques après traitement médical de l'ulcère d'estomac.** "Cahiers de Radiologie", N° 19, 15 février 1936, p. 27-33.

La distinction de deux ulcères chroniques, l'un curable médicalement, l'autre incurable, ne se justifie plus, les examens radiologiques en série ayant montré que toutes les niches, même les plus grosses, qui correspondraient à des ulcères calleux, anciens et extériorisés, peuvent disparaître, et facilement, après quelques semaines de traitement médical.

La guérison médicale des ulcères gastriques a été démontrée depuis très longtemps. Cependant, la disparition radiologique d'une niche veut dire cicatrisation, mais non forcément guérison définitive; d'ailleurs, il peut y avoir persistance de l'image diverticulaire avec sédation symptomatique. La contradiction est plus apparente que réelle. La gastroscopie paraît devoir apporter quelque clarté.

Il faut commencer par se mettre à l'abri des causes d'erreur. L'examen radiologique doit se pratiquer sous diverses incidences et dans toutes les positions. Il y a danger de ne baser son diagnostic que sur une ou deux radiographies. Une niche bien identifiée peut disparaître sous l'influence du traitement médical seul, et V. en présente plusieurs exemples. Une résistance marquée doit faire soupçonner la syphilis.

A côté des cas favorables, il y a les cas rebelles, qui relèvent de la chirurgie, de même que les cas compliqués d'obstruction partielle ou complète de nature cicatricielle.

En résumé, il faut être prudent sur l'interprétation de la disparition d'une niche de la petite courbure: le fait indique un travail accentué de cicatrisation, et ce renseignement de premier ordre permet de porter un pronostic favorable.

Albert JUTRAS.

ENDOCRINOLOGIE

Selmar ASCHHEIM. — **Tests biologiques de grossesse.** "J.A.M.A.", 15; 1324-1329, 13 avril 1935.

Il faut bien préciser, dès le début, qu'il n'y a pas d'hormone spécifique de la grossesse, et qu'une réaction biologique spécifique de la grossesse n'existe pas plus. Cependant, certaines hormones se trouvent dans le sang et dans l'urine de femmes enceintes à une telle quantité, que cette augmentation, révélée par leurs effets sur des animaux d'expérience, devient un test utile et ingénieux. Donc, les tests biologiques de la grossesse n'offrent pas une formule qualitative par rapport à l'état humoral des femmes enceintes, mais ils constituent plutôt des réactions biologiques quantitatives. Deux types d'hormones s'accroissent durant la grossesse:

a) C'est d'abord l'hormone ostrogène, dont on peut reconnaître la présence par le test d'Allen-Doisy sur la rate ou la souris castrées;

b) C'est ensuite l'hormone gonadotrope ou le principe à action similaire à l'hormone gonadotrope de l'hypophyse antérieure. Cette hormone peut être décelée par 1) les changements dans les ovaires que provoque son administration à des rates ou souris impubères; 2) ses effets sur la fonction endocrinienne des testicules de rats ou de souris impubères; 3) enfin, les modifications produites dans les ovaires de lapines pubères.

Par l'inconstance des résultats fournis par le test d'Allen-Doisy durant les huit premières semaines de la grossesse (17 résultats positifs sur 57 tests), et parce que c'est surtout au début de la grossesse qu'on requiert un test biologique à peu près certain, il en résulte que ce test d'Allen-Doisy n'est pas pratique et pas utilisé.

Il en est tout autrement de la substance gonadotrope, qui s'accroît considérablement dans le sang et l'urine, dès les premiers jours qui suivent la période de la première menstruation absente. Aussi, dès lors, un à trois centimètres cubes d'urine produisent l'effet gonadotrope: effet tout à fait similaire à l'action sur l'ovaire que créent la greffe de pituitaire antérieure ou l'administration de ses extraits à des souris impubères.

Quels sont ces effets?

a) Production de follicules de de Graaf à maturité (producteurs de substance oestrogène ou folliculine); réaction physiologique;

b) Apparition de corps jaunes contenant encore l'ovule; réaction pathologique;

c) Formations de larges follicules hémorragiques; réaction pathologique.

L'auteur, du fait que l'hypophyse s'hypertrophie durant la grossesse et que l'on croit que cette hypertrophie correspond à une hyperactivité de la glande, a établi le postulat qu'on devait prouver l'hyper-production des hormones hypophysaires en les recherchant dans les humeurs de la grossesse. Par l'intermédiaire du test ovarien sur la souris impubère, il démontra, en effet, que le sérum de femmes enceintes contenait une grande quantité de principe gonadotrope. Plus tard, on rectifia la notion de provenance du principe et on en vint à cette conclusion qu'il ne venait pas de l'hypophyse, mais plutôt probablement du placenta.

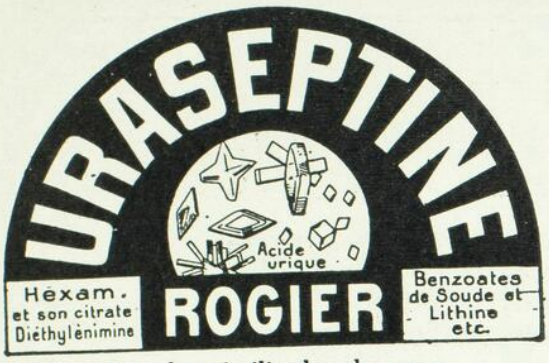
L'expérimentation, en apparence, démontrait la véracité du postulat, alors qu'il était faux. Il n'en reste pas moins vrai que cette erreur scientifique et spéculative a donné naissance à une réaction biologique importante, passée maintenant dans le domaine de la pratique courante.

L'auteur, sous la croyance que le principe devait être excrété, aboutit à la découverte du test par l'emploi de l'urine de grossesse. Cette urine est riche en principe gonadotrope, au point qu'elle détermine les réactions typiques dans les conditions et circonstances mentionnées plus haut.

Ces expériences furent poursuivies par l'auteur en collaboration avec Zondek. Elles démontrèrent que la réaction *a*) pouvait se produire également avec l'urine de ménopause, de femmes castrées ou qui souffrent d'aménorrhée secondaire tenace. Aussi les auteurs en arrivèrent-ils à cette conclusion que seules les réactions *b*) et *c*) possèdent un critère définitif de grossesse.

Ces deux réactions sont cependant moins précoces que la première. Il n'en demeure pas moins vrai qu'il est possible de déceler les modifications ovariennes parfois dès la sixième heure après l'injection de l'urine, jamais

ANTISEPTIQUE URINAIRE ET BILIAIRE par excellence



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.

Se méfier des similitudes de noms

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

INDICATIONS : Pyélites — Pyélo-néphrites — Bactériuries — Cystites — Prostatites — Urètrites — Pyuries — Blennorrhagies — Abcès urineux — Phosphaturie — Catarrhes 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

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-phtaléine, 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 1re 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.**

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

plus tard que la quatre-vingt-seizième. Ces modifications (les follicules hémorragiques et le corps jaune pathologique) peuvent être aperçues à l'œil nu.

Le test a été positif, dans certains cas, dès le seizième jour qui a suivi le coït fécondant; il n'apparaît plus après le septième qui suit la naissance d'un enfant à terme.

On ne doit pas se fier à la négativité d'un seul test, durant une grossesse reconnue, pour conclure à la mort du fœtus. Il faut recourir non seulement à plusieurs tests de contrôle, mais aussi aux épreuves cliniques et radiographiques d'usage. Seule cette façon de procéder permettra d'affirmer que le fœtus a cessé de vivre, et d'effectuer la délivrance.

L'auteur aborde le problème des rapports certains entre le test et la grossesse extra-utérine, la môle hydatiforme, le chorio-épithéliome et les tératomes des voies génitales.

Des modifications de la méthode d'Aschheim et Zondek ont été effectuées. L'auteur n'en retient que celle de Friedman, qui applique le test à des lapines pubères. L'urine de grossesse y détermine la rupture de follicules mûrs dès la seizième ou vingt-quatrième heure. Cette méthode de Friedman semble sûre et est plus expéditive. A tout événement, le test de grossesse découvert par Aschheim et Zondek est une épreuve éminemment ingénieuse et très utile.

Elle permet un diagnostic de grossesse beaucoup plus précoce.

Elle a été éprouvée de multiples fois et elle a droit d'existence définitive dans le groupe des recherches complémentaires à la clinique.

Si on la juge par le nombre considérable d'essais contrôlés, on en vient à cette conclusion qu'elle ne présente un pourcentage global d'erreur que d'environ 0.65% chez les femmes enceintes, que de 1.1% chez les femmes non enceintes.

Roma AMYOT.

Herbert McLean EVANS. — **L'hormone de croissance de la pituitaire antérieure.** "J.A.M.A.", 14; 1232-1237, 6 avril 1935.

Paltauf avait émis cette hypothèse que l'hypoactivité hypophysaire, par antagonisme à l'acromégalie de Pierre Marie attribuée par Minkowski à une hyperactivité de la pituitaire, devait déterminer le nanisme.

La preuve expérimentale devait confirmer cette hypothèse.

Nanisme expérimental.

Aschner, dans ses expériences classiques, démontra que l'ablation de l'hypophyse à de jeunes chiens arrêtait leur croissance. De nombreuses expériences faites sur des rats par d'autres auteurs renforcèrent la valeur des travaux d'Aschner.

Gigantisme expérimental.

Evans et Long, en 1921, rapportèrent la production expérimentale du gigantisme chez des jeunes rats auxquels ils fournirent par voie parentérale, pendant une longue période, des extraits d'hypophyse antérieure de bœufs.

Il fut démontré qu'une limite maxima de croissance ne pouvait être dépassée, quelles que soient les doses supra-maximales employées et l'extension

de la période d'emploi des extraits. Vers 14 à 18 mois d'âge du rat, le ralentissement de la croissance corporelle se produit. En plus, ce qui est acquis en croissance osseuse ne rétrocède pas, si on cesse l'introduction des extraits.

Acromégalie expérimentale.

Elle peut être réalisée chez le chien.

Méthode d'identification et de titrage du contenu des extraits pituitaires en hormone de croissance.

On recourt à l'administration des extraits, soit à des rates adultes. âgées de 5 mois, dont les cartilages de conjugaison ne sont pas encore soudés, mais dont la croissance est arrivée à un stade dit "en plateau" et chez lesquelles la poussée de croissance déterminée par l'administration des extraits rend facilement compte de leur richesse en hormone de croissance; soit à des rats hypophysectomisés, encore plus sensibles à l'action de l'hormone de croissance que des jeunes rats non privés d'hypophyse.

Usages cliniques des préparations d'hormone de croissance.

Il est difficile d'admettre qu'une insuffisance hypophysaire ne puisse diminuer ou abolir que la sécrétion d'une seule hormone de cette glande. Cependant, il se rencontre des cas de nanisme hypophysaire pur. Il est plus probable que le défaut de croissance de ces malades s'accompagne d'autres déficiences hypophysaires frustes et moins clairement démontrables.

Il a été prouvé que l'administration concomitante d'autres hormones, comme la prolactine et l'extrait thyroïdien, aidait considérablement l'activité de l'hormone de croissance sur le nanisme hypophysaire.

D'autre part, il est difficile d'obtenir de la pituitaire antérieure l'hormone de croissance à l'état pur. Son extraction entraîne infailliblement, en quantité plus ou moins variable, les hormones thyrotrope, adrénotrope et gonadotrope.

Il est important qu'une hormone de croissance, employée contre le nanisme hypophysaire, ne contienne pas l'hormone gonadotrope selon un coefficient trop élevé; car le facteur gonadotrope entraîné pourrait précipiter la soudure des cartilages de conjugaison et entraver l'action recherchée de stimulation sur la croissance du squelette.

Extraction et concentration de l'hormone.

L'hormone de croissance est une protéine ou une substance étroitement associée à une protéine. Son extraction exige une technique méticuleuse et complexe. Sa concentration dans les extraits employés est très imparfaite, mais suffisante pour amener des effets de croissance maximale chez des animaux à test par l'administration quotidienne d'un milligramme de la substance desséchée. Il est évident que ces extraits sont loin d'être purs. Seule l'hormone, obtenue sous forme cristallisée, pourra produire des effets susceptibles de renseigner exactement sur le potentiel maximum de son action physiologique.

Roma AMYOT.

AMINO-SEL BYLA

Remplace le Sel

Régimes Achloruré et Déchloruré

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

Pelletierine Tanret

TŒNIA

98 EXPULSIONS SUR 100 TENTATIVES

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

La Pelletierine Tanret est le vermifuge **le plus sûr et le plus facile à prendre.**

La Pelletierine ne doit pas être donnée aux épileptiques.

TENEBRYL GUERBET

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

Moyen de contraste pour Urographie Intraveineuse

THÉRAPEUTIQUE ANTALGIQUE
TRAITEMENT IODÉ
RADIODIAGNOSTIC

LIPIODOL LAFAY

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

AMPOULES
CAPSULES
EMULSION
COMPRIMÉS

LABres A. GUERBET & Cie
22, RUE DU LANDY
ST OUEN – PARIS

LES ÉTABLISSEMENTS BYLA, - - PARIS
LABORATOIRES A. GUERBET & CIE - PARIS

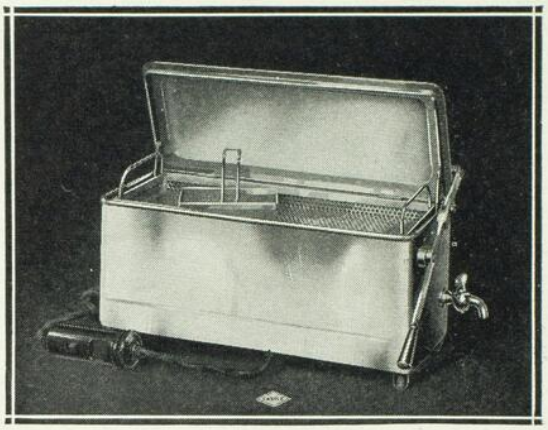
Agents pour le Canada: **VINANT Ltée,** 533, rue Bonsecours, **MONTRÉAL**

STERILISATION

EFFICACE AUTOMATIQUE ECONOMIQUE

POUR

MEDECINS ET HOPITAUX



Les Stérilisateurs CASTLE vous assurent une stérilisation parfaite sans qu'il vous soit nécessaire de les surveiller constamment.
Installez un CASTLE "Full Automatic" entièrement automatique. Ils ne sont jamais en bas du point bouillant.
Ils maintiendront le degré de stérilisation sans qu'il soit nécessaire de tourner aucune clef.
Vous ne pouvez endommager le Stérilisateur par négligence.
La bouilloire est en bronze coulé d'un seul morceau.

WILMOT CASTLE COMPANY
Rochester, N. Y.

"CASTLE"

CASGRAIN & CHARBONNEAU LIMITÉE, MONTRÉAL

Représentants Exclusifs

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

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

Générateurs à Thérapie Profonde 200 - 400 K. V.
Générateurs Combinés (Diagnostique - Thérapie)
Générateurs à Diagnostique (Haut Milliampérage)
Générateur à Diagnostique (Condensateurs)
Générateurs à Diagnostique pour Praticien
Tables à Rayons-X (modèles de tous genres)
Fluoroscopes verticaux. Stéréoscope
Civière Radiographique Spéciale
Appareils à Haute-Fréquence
Escamoteurs de Cassettes
Ampoules à Rayons-X
Electro-Cardiographe
Accessoires.

W Westinghouse X-Ray

Littérature descriptive gracieusement fournie

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée

Représentants Exclusifs

LAncaster 3292 **MONTREAL** 30 est, rue St-Paul

CARDIOLOGIE

H. D. GREEN. — **Etude sur le pouls alternant à la suite d'une circulation coronarienne diminuée.** "American Journal of Physiology", Vol. 114, N° 2, janvier 1936, page 407.

L'auteur diminue (*mais ne supprime pas*) la circulation dans une région donnée du muscle cardiaque. Il étudie la manière de se comporter de cette région relativement anémiée, et la nature de l'alternance qui en résulte.

Il provoque un pouls alternant, en diminuant la circulation dans la région du ventricule gauche irriguée par la branche artérielle descendante antérieure. Les changements dans la contraction de la région étudiée sont recueillis sur myocardiogrammes.

Les tracés (optiques) de pouls alternant obtenus par pression de l'aorte ne se distinguent pas de ceux recueillis dans les cas où un ventricule entier est privé de sa circulation.

L'étude de nombreux myogrammes montre qu'une région privée totalement de son irrigation peut ne pas se contracter ou le faire moins efficacement pour les petites pulsations de l'alternance, alors qu'elle peut se contracter normalement ou simplement être diminuée (mais pas autant que dans le premier cas), pour les pulsations plus fortes.

Parmi ces tracés, il y en a où les contractions naissent et manquent pour des régions largement anémiées; il s'ensuit qu'il y a raison de croire que de semblables omissions dans la contraction d'un ventricule ou du cœur entier peuvent survenir pour des régions de muscle anémiées plus nombreuses mais moins étendues.

L'alternance de cause régionale est donc à considérer également, dans l'expérimentation et la clinique. (Faits.)

Vu qu'alternativement le raccourcissement et l'allongement (temps) accompagne aussi les grandes et petites pulsations (dues à une diastole subitement allongée) ; vu que le temps de cette diastole est plus long pour les petites pulsations, il s'ensuit que le temps de récupération, plus que les changements dynamiques de la tension diastolique, est le facteur principal qui fera penser à l' "alternance temporaire", dont il est question.

Il est douteux que l'alternance puisse se produire sans une absence ou du moins sans une diminution périodique de la force de contraction, pour des régions fractionnées d'un ventricule.

Gaétan BARRY.

PHTISIOLOGIE

Maurice CORD. — **La thoracoplastie dans la tuberculose pulmonaire.** "L'Orientation Médicale", mars 1936.

Nombre de cliniciens connaissent mal la thoracoplastie parce que de toutes les méthodes thérapeutiques en T. B. pulmonaire, c'est la dernière. C'est, pour plusieurs, une aventure hasardeuse, une intervention douloureuse, mutilante et incertaine. Elle représente tout autre chose. C'est une série

d'interventions, de résections costales pratiquées en plusieurs temps opératoires à la mesure précise des lésions. Le risque opératoire est bénin lorsqu'elle est judicieusement appliquée. L'auteur nous dit que ce sont les formes froides ou refroidies ulcéro-fibreuses, unilatérales à plèvre symphysée qui sont le plus susceptibles de la thoracoplastie.

1) Formes froides ou refroidies. La thoracoplastie n'est pas une intervention d'urgence. Elle ne doit jamais être appliquée au cours de la première année de la T. B. pulmonaire. La préséance doit être donnée à la cure sanatoriale et au pneumothorax. Il faut 12 à 18 mois avant de s'assurer du caractère torpide des lésions. Seul le temps peut le dire. Si l'amélioration, si les lésions ulcéro-fibreuses restent stationnaires, l'éventualité de la thoracoplastie peut alors se poser.

2) L'unilatéralité des lésions s'impose. Une poussée contro-latérale est toujours à craindre. Il existe parfois de rares cas où il est possible de pratiquer la thoracoplastie, c'est lorsque les lésions contro-latérales sont rigoureusement cicatrisées et apparaissent comme un "état séquelle".

3) La symphyse pleurale. C'est par le pneumothorax que l'on peut savoir si le collapsus du poumon atteint est praticable.

Maintenant, envisageons les indications de la thoracoplastie au point de vue anatomo-pathologique des cavernes.

a) La *taille* des cavernes. Si la caverne présente un évidement total ou partiel d'un lobe supérieur, la thoracoplastie est inutile.

b) *L'épaisseur des parois cavitaires.* Les cavités à parois très épaisses entourées d'un gros cercle noir de sclérose, sont médiocrement influencées par la thoracoplastie.

c) *La multiplicité des cavernes.* Si les cavités sont nombreuses, la thoracoplastie est à rejeter.

d) *L'état du poumon péricavitaire* est à étudier. Si une poussée congestive focale est en évolution, il faut différer l'intervention et attendre la disparition de cette alvéolite péricavitaire. Si les cavernes ont des contours fibreux, scléreux, ou si elles siègent dans un lobe dense, la thoracoplastie agit mal, à cause du manque de détente et d'élasticité.

e) L'existence d'une *arche scissurale* offre un obstacle à la rétraction post-opératoire.

f) *La tendance rétractile* des lésions facilite le succès de la thoracoplastie, elle aide la nature en ajoutant sa force pour étouffer les lésions.

Paul-René ARCHAMBAULT.

G. MAURER. — **Pneumothorax partiel électif par symphise lobaire provoquée.** "Rev. de la Tub.", Rapp. Soc. p. 1086, nov. 1935.

L'auteur obtient la symphise des lobes inférieurs, en vue de créer un pneumothorax électif, par la désépithélisation de l'un des feuillets de la séreuse saine. Il parvient à faire éclater les cellules par un moyen simple: le sérum glycosé hypertonique à 50%. En plaçant le malade mi-couché, mi-assis. Maurer injecte 20 c.c. la première semaine, 30 c.c. la seconde et 50 c.c. la troisième semaine. Un léger épanchement vient s'ajouter au liquide injecté, provoquant une légère douleur et un peu de température.

plus économique et pratique
QUE LES PRÉPARATIONS LIQUIDES
LES COMPRIMÉS DE
Codoforme
BOTTU
CALMENT LES TOUX REBELLES ET RESPECTENT L'ESTOMAC
Laboratoires BOTTU 35 rue Pergolèse PARIS

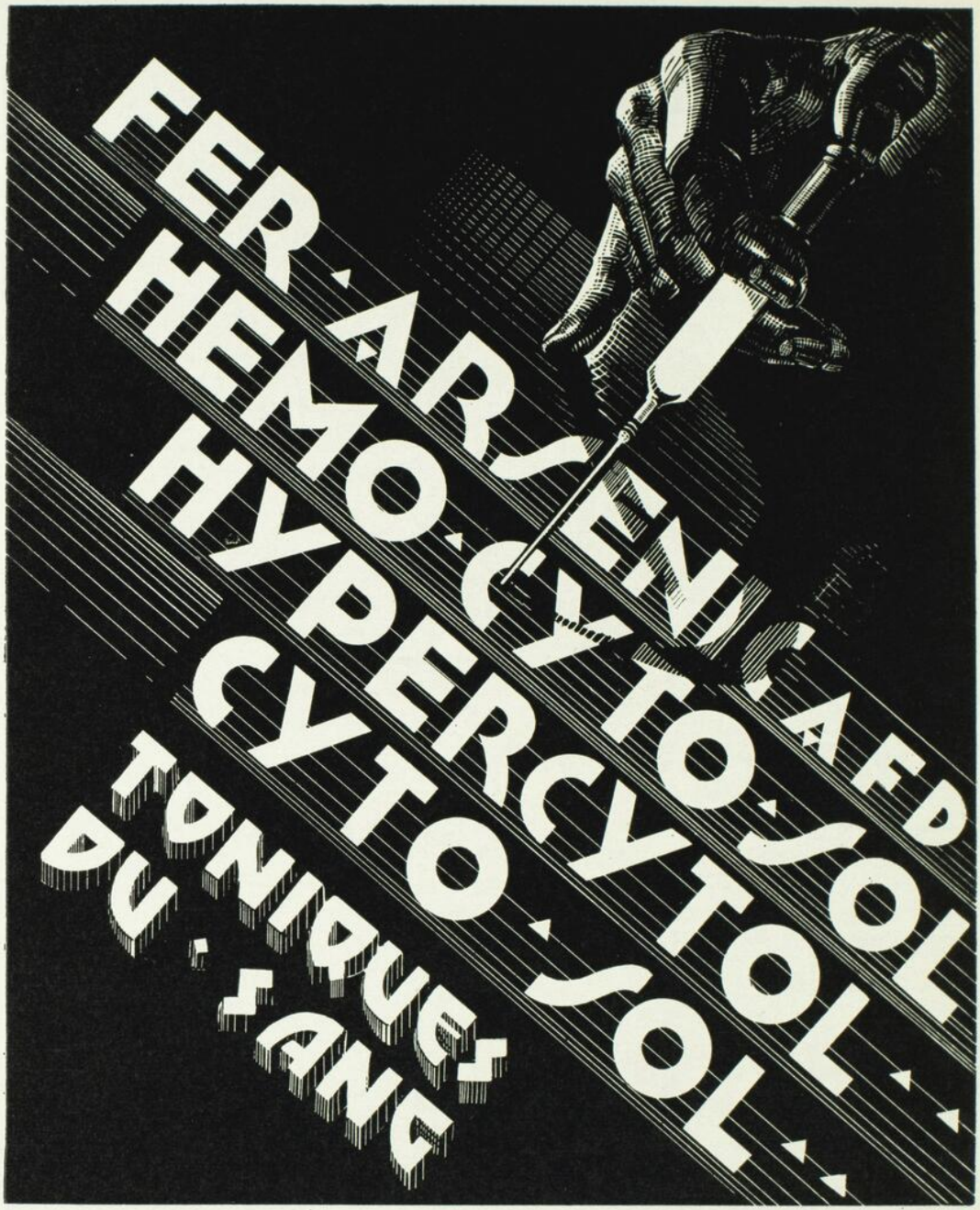
HEMORRAGIES
l'Arhemapectol
GALLIER
SOLUTION ISOTONIQUE STÉRILE, DE PECTINE
en CHIRURGIE
en MÉDECINE
NOUVEL HEMOSTATIQUE
Préventif et curatif
NON TOXIQUE
Sans contre-indications
Par voie buccale
Agit uniquement par Augmentation de la Coagulabilité du sang
LABORATOIRES R. GALLIER
38 Boulevard du Montparnasse

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

ASSOCIATION : DIGITALINE et OUABAINE
GOUTTES
Laboratoires Deglaude
préparation exclusive de médicaments cardiaques
Dr L. DEGLAUDE
Docteur en Médecine — Licencié ès-Sciences
Pharmacien de 1ère classe

SOLUCAMPHRE
DELALANDE
CAMPHRE SOLUBLE DANS L'EAU
AMPOULES
GOUTTES
COMPRIMÉS
Laboratoires Michel Delalande
COURBEVOIE (Seine)
L'ANCIENNE MÉTHODE (huile camphrée)
LA NOUVELLE MÉTHODE (camphre soluble)
EN INJECTION SOUS-CUTANÉE PROFONDE
INTRAMUSCULAIRE OU INTRAVEINEUSE
OU PER OS

Dépôt général pour le Canada, MILLET, ROUX & LAFON Ltée, 1215 St-Denis, Montréal



Littératures à la disposition de Messieurs les Docteurs

Représentants exclusifs pour le Canada:

ANGLO-FRENCH DRUG CIE

354 est, rue Sainte-Catherine, **MONTREAL**

La symphise se produit lorsque le poumon vient séjourner près de la paroi, tandis que les insufflations sont espacées. Lorsque l'accollement est assez solide, il faut réinsuffler et parfois avec des pressions positives pour conserver le coussin d'air qui reste à la partie supérieure, coussin d'air constituant le pneumo électif désiré.

Maurer n'a pas eu de résultats malheureux dans les quelques cas où il a employé ce mode de traitement. Il considère que dans ces cas:

1° Les pressions négatives ou positives offrent un danger moindre que celui offert par un pneumo complet.

2° Que le territoire malade et apte à une infection surajoutée est devenu restreint et, de ce fait, plus apte à une chirurgie ultérieure possible.

3° Que la capacité respiratoire est augmentée.

Jean Philippe PAQUETTE.

NUTRITION

L. BETHOUX. — **Contribution à l'étude du terrain et du diagnostic au cours de la tuberculose pulmonaire chronique: l'indice Glutathio-Cholestérolemique.** "Presse Médicale", N° 15, 19 fév. 1936.

Malgré la grande diversité dans l'évolution de la T. B. pulmonaire chez les différents individus, l'auteur croit pouvoir se baser sur le taux du cholestérol et du glutathion sanguins pour établir un pronostic d'évolution. Voici les conclusions auxquelles il s'arrête:

1) Le taux du cholestérol sanguin est d'autant plus abaissé que le processus est plus avancé et plus évolutif; il se relève quand l'affection s'améliore et tend vers la fibrose;

2) Le glutathion réduit, total et oxydé du sang est, au cours de la T. B. pulmonaire chronique, nettement inférieur à son taux normal; il semble même qu'il est d'autant plus bas que le processus de caséification est plus intense et plus étendu.

L'auteur attribue l'abaissement parallèle de ces deux corps à une déficience, dans la T. B., des organes (foie, rate, surrénales, ovaires) qui contiennent le plus de cholestérol et du glutathion et qui seraient les endroits du métabolisme de ces deux substances.

L'auteur rapporte le résultat d'analyses de 67 tuberculeux qu'il classifie en quatre groupes selon l'évolution clinique de leur maladie: fibreuse, fibro-caséeuse, fibro-caséeuse évolutive et ulcéro-caséeuse.

De plus, pour rendre la variation plus sensible, Béthoux multiplie l'une par l'autre, la quantité de cholestérol et de glutathion et arrive ainsi à des chiffres progressivement descendants avec les quatre groupes cliniquement différenciés.

Cette diminution régulière de l'indice-glutathio-cholestérolémique (dont la normale est 945), semble à l'auteur liée à la gravité de l'affection et aussi au fléchissement de l'organisme: d'où pronostic possible.

Lionel PATOINE.

R. RIVOIRE. — **La lutéine.** "Presse Médicale", 1er jan. 1936.

Seconde hormone ovarienne, peut s'obtenir sous forme cristallisée, et aussi, synthétiquement à partir de la cholestérine. La lutéine ne doit pas être opposée à la folliculine, car le cycle menstruel physiologique résulte de l'action *harmonieuse et successive* des deux hormones ovariennes sur l'utérus. Le rôle physiologique essentiel de la lutéine est de transformer en endomètre prégravidique la muqueuse utérine hyperplasiée par la folliculine. La lutéine possède d'autres propriétés physiologiques:

1) Elle sert dans la nidation de l'œuf (une lapine castrée après fécondation avorte, à moins qu'on ne lui injecte de la lutéine);

2) Elle possède une action trophique sur l'œuf fécondé;

3) Elle inhibe l'action contracturante de l'hypophyse postérieure sur le muscle utérin;

4) Sa présence inhibe l'ovulation (par action sur l'antéhypophyse);

5) Elle semble douée d'une action proliférative sur la glande mammaire.

La constitution de la lutéine la rapproche de la folliculine et de l'hormone sexuelle mâle. L'unité habituellement utilisée est l'unité Clauberg, qui correspond à un demi-milligramme d'hormone cristallisée. La lutéine est très sensible et ne doit pas être administrée par la bouche.

En gynécologie elle a de multiples indications, que l'on peut, schématiquement, rattacher à quatre:

1) L'aménorrhée: où la lutéine passe après la folliculine. De toute façon, on ne doit donner l'une ou l'autre que sous la plus petite quantité nécessaire pour faire disparaître les troubles subjectifs d'insuffisance ovarienne, car ni la folliculine ni la lutéine ne stimule l'ovaire lui-même;

2) Dans la dysménorrhée, dont le mécanisme pathogénique semble lié à une insuffisance lutéique, les résultats sont remarquables; instituer le traitement 2 ou 3 jours avant le début des règles et injecter deux unités Clauberg par jour;

3) La stérilité et l'avortement habituel: éliminer les autres causes (malformation, sclérose) puis donner longtemps de fortes doses;

4) Les métrorragies sont l'indication la plus importante, surtout la métrorragie liée à l'endométrite glandulaire hyperplasique kystique, caractérisée par une prolifération intense de la muqueuse utérine, sans formation "de dentelle"; cette anomalie se rencontre surtout chez les jeune filles et résulte d'une hypersécrétion de folliculine avec insuffisance de lutéine.

Lionel PATOINE.

M. H. POWER, R. W. CRAGG, M. C. LINDEM. — **Epithélioma des îlots de Langerhans avec hypoglycémie: préparation d'un extrait insulinoïde avec les noyaux métastatiques du foie.** Procedings of the staff meetings of the Mayo Clinic; 12 février 1936.

Les auteurs rapportent un cas d'épithélioma du pancréas avec métastases au foie. Cliniquement, le cas se présentait comme un syndrome d'hypoglycémie spontanée. A l'autopsie, les noyaux métastatiques du foie présentaient morphologiquement l'apparence d'îlots de Langerhans. Pour faire la preuve de l'origine insulaire de la tumeur primitive, P., C. et L. ont préparé

- DU SOLEIL SUR LA TABLE! -

KNOX
SCIENTIFIC
FACTS

FAITS IMPORTANTS

Sept à dix jours sont nécessaires pour enlever le phosphate de calcium... six semaines pour compléter la Gélatine Knox.

•

Analyse: Gélatine Knox

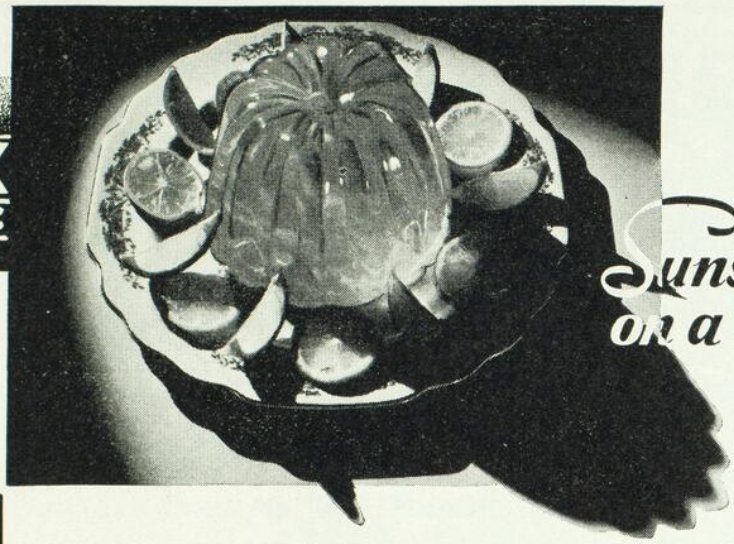
Protéines (14 acides aminés)	85.0—86.0%
Phosphate de Calcium	1.0—1.25%
Gras (moins de)	0.1%
Humidité	13.0—14.0%
Hydrates de carbone	Nil

•

La Gélatine Knox a un contenu en métal extrêmement bas et un pH presque nul. Sans odeur.

•

Intéressant à noter, pour le traitement des dystrophies musculaires: La Gélatine Knox contient 25% de glycine.



Sunshine on a Plate

CONVALESCENCE et GELATINE B.P.

La gélatine est pour le convalescent non seulement une excellente source de protéines et de calories, mais elle opère en même temps une véritable transformation de son état psychique.

La gélatine Knox, si pure, si mousseuse, peut servir à préparer d'innombrables plats. . . intéressants, appétissants, coloriés, faits pour tenter l'œil et le palais!

Le pourcentage très élevé de protéine (environ 85%), contenu dans la gélatine Knox, est rapidement digéré et utilisé par l'organisme comme reconstructeur d'énergie.

Un produit d'une pureté peu commune. Pour les convalescents, les tuberculeux, les régimes hyperprotéiniques, soins post-opératoires, régimes des diabétiques et des enfants, enfin, chaque fois qu'on désire une alimentation fortement protéinique.

KNOX SPARKLING GELATINE

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

Veuillez m'adresser gratuitement vos nouveaux pamphlets, "Gelatine in Diarrhea" et "Gelatine in the Diet of the Aged".

Nom .....

Adresse .....

Cité .....

Province .....

PEPTALMINE
MAGNESIÉE
MEDICATION ANTIANAPHYLACTIQUE POLYVALENTE

CHOLAGOGUE
PEPTONES DE VIANDE ET DE POISSON. EXTRAITS D'ŒUFS ET DE LAIT
FARINE DE BLÉ . SULFATE DE MAGNESIE

INDICATIONS

TROUBLES HEPATO-BILIAIRES
CONGESTIONS DU FOIE . COLITES . MIGRAINES
INSUFFISANCE HEPATIQUE . CONSTIPATION

POSOLOGIE

DEUX CUILLERS À CAFÉ DE GRANULÉS OU QUATRE DRAGÉES UNE HEURE AVANT CHACUN DES 3 REPAS
COMME CHOLAGOGUE : 2 OU 3 PRISES A UN QUART D'HEURE D'INTERVALLE LE MATIN A JEUN

PEPTALMINE MAGNESIÉE

Laboratoire des Produits SCIENTIA . 21, rue Chaptal . Paris . IX^e^ A!

PEPTALMINE MAGNESIÉE

Représentants exclusifs pour le Canada: Herdt & Charton, Inc., 2027, McGill College Ave, Montréal.

Tout Déprimé
» Surmené

Tout Cérébral
» Intellectuel

Tout Convalescent
» Neurasthénique

est justiciable de la :

NEVROSTHENINE FREYSSINGE

6, Rue Abel
PARIS (12e)

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 0.05 - 1 à 3 à chaq. repas - 6, R. Abel, Paris
DÉSINFECTION INTESTINALE PORTEURS DE GERMES

CAPSULES DARTOIS
0,05 Créosote titrée en Gaïacol. 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.

des extraits des métastases hépatiques suivant la technique de Best, Jephcott et Scott, extraits qui, injectés à des lapins, ont produit chez ces animaux un abaissement appréciable de la glycémie. Chez un des animaux en expérience, cette hypoglycémie alla jusqu'à l'apparition de convulsions qui furent calmées par une injection sous-cutanée de glucose. Des lapins témoins ne présentèrent aucune modification de la glycémie après injection d'un extrait du même foie, sans les noyaux cancéreux. Considérant à la suite des travaux de Best que seul, de tous les tissus, le pancréas produit de l'insuline, ils en concluent que les métastases hépatiques contenaient bien des cellules insulaires du pancréas. Ils ont trouvé dans la littérature médicale 3 cas de tumeur identique avec métastases au foie, mais dans aucun la preuve biologique de leur origine insulaire n'a été faite.

L.-Henri GARIEPY.

NEURO-PSYCHIATRIE

MARIN RAMOS CONTRERAS. — **Le traitement de la chorée de Sydenham par les injections intramusculaires de sulfate de magnésie.** "Presse Médicale", 18 fév. 1936, pp. 228-9.

L'auteur fait préparer une solution de sulfate de magnésie à 25% dans de l'eau distillée. Il injecte tous les deux jours, dans la région fessière, 5 c.c. aux enfants de moins de 5 ans, et 10 c.c. aux enfants de plus de 5 ans. Il donne en tout 1 gm. 25 et 2 gm. 50. L'injection est un peu douloureuse, mais il suffit de frictionner quelques minutes la région injectée et la douleur disparaît habituellement assez vite. L'auteur croit que cette méthode est supérieure à toutes les autres; la guérison obtenue est plus rapide et plus stable. Le médicament est tout à fait inoffensif. Le mode d'action est inconnu, mais l'auteur croit que le sulfate de magnésie agit soit par mécanisme osmotique, en diminuant le degré d'œdème cérébral responsable de l'agitation choréique, soit par action spécifique sur le microbe inconnu de la chorée. Le traitement est simple et peu coûteux. Il vaut qu'on en tente l'essai.

Jean SAUCIER.

Th. ALAJOUANINE, R. THUREL et A. BRUNELLI. — **Les douleurs fulgurantes du tabès.** "Revue Neurologique", 65: pp. 60-75, janv. 1936.

Les auteurs font la révision du syndrome douloureux fulgurant du tabes. Ils postulent que les lésions cordonales postérieures sont primitives, au même titre que les lésions radiculaires, et qu'elles jouent un rôle essentiel dans la production des symptômes tabétiques. De l'observation des faits, les auteurs déduisent que les neuromes sensitifs périphériques, rendus hyperexcitables par les lésions irritatives des cordons postérieurs, réagissent par des douleurs fulgurantes aux excitations périphériques intrinsèques, mais, ajoutent-ils, comme celles-ci sont minimes, la sommation de nombreuses excitations est nécessaire pour provoquer la douleur. L'hyperalgésie, qui accom-

pagne la douleur fulgurante, rend plus efficaces les excitations périphériques. Ayant observé que la fréquence des douleurs fulgurantes était augmentée par des excitations pratiquées dans la zone douloureuse, les auteurs ont émis l'hypothèse que les douleurs spontanées sont provoquées par des excitations périphériques intrinsèques. Ils ont noté qu'il suffisait de supprimer la sensibilité de la zone d'excitation pour empêcher les excitations extrinsèques de réveiller les douleurs fulgurantes et pour faire disparaître les douleurs spontanées. L'anesthésie locale de la région où apparaissent les douleurs fulgurantes suffit à faire cesser celles-ci. On a employé jusqu'à maintenant la solution de novocaïne à 1 pour 200 et le siphonage au chlorure d'éthyle. La sédation peut durer longtemps après le retour de la sensibilité. La faradisation de la région douloureuse peut donner les mêmes bons effets. Cet appoint thérapeutique est déjà intéressant, mais nous engageons les lecteurs à lire en entier cet excellent article qui constitue une revue de la question des algies cordonales, radiculaires et tronculaires.

Jean SAUCIER.

HYGIENE

C. F. CERRUTTI. — **Le problème hygiénique des piscines (The hygienic problem connected with public baths).** "Off. Int. Hyg.", Pub., XXVII, 165.

Avec la multiplication des piscines publiques se pose la question des accidents sanitaires qu'elles peuvent produire, et auxquels il importe de remédier. La contamination de l'eau des piscines dépend de facteurs variés: 1° la piscine peut être alimentée primitivement par une eau souillée; 2° des souillures peuvent, secondairement, y parvenir; 3° éventuellement, des poussières atmosphériques abondantes et contaminées peuvent y tomber.

Les souillures sont: des matières organisées non vivantes; des produits solubles; des bactéries. Les altérations physico-chimiques des eaux interviennent en permettant la pullulation plus ou moins facile des bacilles introduits.

Cerrutti passe en revue les principales maladies qui, à bon droit, ont été considérées comme sous la dépendance des bains en piscine. Il cite d'abord les pneumonies (exaltation de virulence des pneumocoques existant chez les baigneurs, en présence de pneumocoques dans les eaux), les lésions mycosiques de la peau, qui siègent en particulier au niveau des plis interdigitaux des orteils, les furoncles, les abcès cutanés. Il insiste davantage sur: les affections oculaires (hyperhémie, conjonctivite folliculaire); les affections ayant pour porte d'entrée la muqueuse naso-pharyngée: méningite cérébro-spinale, poliomyélite antérieure, diphtérie; les inflammations banales du nez, des sinus, du pharynx, de l'oreille; la conjonctivite blennorragique; enfin, la spirochétose ictéro-hémorragique.

L'auteur indique les précautions à prendre envers les baigneurs et les mesures à exiger concernant les eaux de piscine, telles que leur filtration à l'arrivée, leur chloruration (0.2 à 0.5 mgr. par litre), leur maintien à une température de 23° C. Les piscines doivent être très aérées, ensoleillées et posséder des locaux convenablement aménagés.

Un Mélange Salin

RENOVATEUR ET ELIMINATEUR

Sal Hepatica

SAL HEPATICA rétablit et maintient le taux alcalin du milieu liquide cellulaire, prévient l'absorption des déchets en provoquant l'osmose et en augmentant le péristaltisme. Il donne également un soulagement rapide et durable, et constitue une protection dans les états de moindre résistance.

SAL HEPATICA est scientifiquement préparé pour accomplir la même action sûre et synergique, qui est la caractéristique des eaux minérales des sources les plus réputées. Son effervescence en fait un laxatif agréable.

Sur réception du coupon ci-dessous un échantillon pour essai clinique de ce laxatif, à double effet, vous sera aussitôt envoyé.

SAL HEPATICA NETTOIE L'INTESTIN ET COMBAT L'ACIDOSE

BRISTOL-MYERS COMPANY
1241-F, rue Benoit,
Montréal, Canada.

Veuillez envoyer un échantillon de Sal Hepatica.

..... M. D.
(Veuillez inclure une carte)

Rue et No .....

Ville ..... Province .....

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 ½ 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

LIMITEE

28-30, rue St-Paul Est
MONTRÉAL

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

Téléphone:
LAncaster *3292.

On a pu établir que dans les conduites de distribution des eaux des corrosions se produisent en raison de l'emploi de l'eau comme prise de terre des appareils de radiophonie.

Il y a un passage du métal à l'eau qui, dans certains cas, a causé des intoxications métalliques. L'expérience suivante est très instructive:

On plaça sur une bombe de bronze d'où partait une conduite d'eau en cuivre se rendant à un puits la prise de terre d'un appareil de radio. L'eau du puits ne tarda pas à accuser la présence de cuivre en notable proportion.

Après avoir retiré la prise de terre, le cuivre disparut de l'eau du puits.

En d'autres cas, on a constaté que la teneur en plomb de l'eau d'une conduite était également due à la mise à la terre d'un appareil de radio.

Là aussi le plomb disparaissait après qu'on eut supprimé le contact.

Dans les intoxications par le plomb, le médecin doit envisager cette étiologie.

Sylvio ROCH.

F. VIRDIS. — **Contribution expérimentale à l'étude d'une température de 63° C. sur le bacille tuberculeux bovin dans le lait.** "Office international d'hygiène", Pub., XXVI, 1817.

Dans cet article, on rapporte une série d'expériences dans lesquelles du lait ayant un P.H. de 6.3 à 7.0, fut ensemencé avec des bacilles tuberculeux bovins et soumis à une température de 63° C. durant 30 minutes. L'auteur prétend qu'à cette température, les bacilles tuberculeux bovins furent tués. Des essais de culture furent stériles; l'inoculation aux cobayes, quoique sensibilisés par des injections d'extraits acétoniques de bacilles tuberculeux, fut inefficace.

Sylvio ROCH.

C. D. JOHNSON et E. W. GOODPASTURE. — **Etiologie des Oreillons.** "American Journal Hygiene", 1935.

Après une série d'expériences, ces auteurs prétendent que le virus causant la maladie expérimentale chez les chiens et les chats, est le vrai agent de la maladie chez l'homme.

La salive filtrée d'un malade souffrant d'oreillons, fut inoculée successivement à 14 singes, et produisit une parotidite semblable aux oreillons. Une émulsion de glandes parotides d'un singe infecté, fut vaporisée dans la cavité buccale de 13 personnes susceptibles et de 4 immunisées par une attaque antérieure.

Entre le 18e et 33e jour, 6 présentèrent des symptômes d'oreillons, 3 présentèrent des symptômes douteux, cependant que les 4 immunisées ne présentèrent aucun symptôme.

Ces expériences prouvent de toute évidence que le virus est bien l'agent infectieux dans les oreillons.

Sylvio ROCH.

J. J. TISDALL. — **Prévention de la carie dentaire par l'alimentation.** "Penn. Med. Journal", déc. 1935.

L'auteur démontre que la carie dentaire peut être prévenue par un régime auquel on ajoute la vitamine D.

La dent est un tissu vivant qui est affecté par un mauvais état général. La carie dentaire est un processus inflammatoire causé par l'invasion de l'émail de la dent par des bactéries; des facteurs mécaniques et chimiques sont causes de blessures à l'émail de la dent.

Le bacille "lacto-bacillus acidophilus" se loge dans les cavités et empêche l'action bactéricide de la salive et produit une hyperacidité.

Une surabondance d'hydrates de carbone (sucres, farineux) dans l'alimentation contribue indirectement à la carie dentaire, en ce qu'ils développent des calories considérables, par le fait même il y a une insuffisance, dans l'alimentation, de protéines, légumes, de vitamines.

La diète moderne est composée d'une proportion de 30 à 50% d'hydrates de carbone concentrés, ne contenant qu'une faible quantité de vitamines et de protéines. McCollum a démontré qu'il y avait 37 éléments dans les substances alimentaires nécessaires au développement et au maintien d'une santé optima. Ces substances comprennent: 18 amino-acides, 1 acide gras, 11 minéraux et 6 vitamines. Comme la déficience de ces substances affecte la santé générale, elle contribue à la carie dentaire. Les vitamines A et D sont un facteur vital de la prévention de la carie dentaire.

Tisdall a pu réussir à abaisser l'incidence de la carie dentaire en soumettant la moitié des enfants d'un orphelinat à une alimentation adéquate à laquelle il ajouta des vitamines D; les enfants témoins reçurent la même diète sans addition de vitamine D. Le groupe recevant la vitamine D eut une incidence plus basse à la carie dentaire que le groupe témoin.

Sylvio ROCH.

H. C. CAMERON. — **Vitamine A et Bronchite aiguë.** "Med. Womans' Journal, octobre 1935.

Dans un article, l'auteur étudia l'incidence, la sévérité et la durée de bronchites aiguës chez 200 étudiants du "West Virginia University", auxquels on fit prendre une certaine quantité connue d'aliments riches en vitamines A. dans leur diète ordinaire.

H. Cameron rapporte le fait que dans le groupe prenant des vitamines A, la morbidité ne fut pas diminuée, mais qu'il y eut diminution de la sévérité et de la durée de l'affection.

La morbidité fut de 11.5 jours moindre que les étudiants témoins.

Une amélioration de 60% sur leur santé antérieure fut observée.

Shibley et Spies rapportent un résultat identique chez des infirmières soumises à une régime riche en vitamines A auquel on avait ajouté de l'huile de foie de morue. Les absences dues à la bronchite furent réduites de moitié.

Nonobstant le fait qu'il y a dans l'alimentation ordinaire une certaine quantité de vitamines A, il semble qu'un grand nombre de personnes n'en

HISTIDIN - IFAH

Au point de vue thérapeutique les propriétés caractéristiques sont:

1° **L'action analgésique** de l'histidine, due à son affinité neurotrope.

2° La retrogradation des déformations anatomiques des muqueuses atteintes, constatée à l'aide des rayons X.

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

Sous la désignation HISTIDIN - IFAH nous vendons une solution à 4% de chlorhydrate d'histidine en ampoules de 5 cm^3 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 périduodénales on constate une amélioration.

DOSES: 5 cm^3 par jour par voie intramusculaire ou intraveineuse. En tout 18 à 25 injections.

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

PRESENTATION: 5 et 20 ampoules à 5 cm^3.

"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.

Le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec

●

Les examens préliminaires à l'étude de la médecine auront lieu à l'Université de Montréal mardi et mercredi les 5 et 6 mai 1936, à 9 heures a.m. (heure avancée).

Tout candidat à ces examens doit être inscrit au Bureau du soussigné avant le 25 avril, 1936.

L'inscription consiste à faire parvenir au Bureau du Registraire:

1. — Un certificat d'étude;
2. — Un certificat de naissance;
3. — $30.00 en argent ou chèque accepté;

Sur réception de ces divers, une carte d'identité est adressée au candidat qui devra la présenter le matin de l'examen.

Le Comité des Créances du Bureau Provincial des Médecins se réunira à l'Université de Montréal, mardi le 14 juillet 1936, à 10 heures a.m., pour procéder à l'assermentation des nouveaux médecins.

Ceux-ci doivent présenter personnellement leur BREVET signé par le REGISTRAIRE et leur DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE, à défaut de quoi ils ne seraient pas assermentés.

Le Registraire du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

Dr J.-E. LABERGE,
354 est, rue Sainte-Catherine,
MONTREAL

prennent pas une quantité optima et qu'il serait bénéficiable d'en ajouter dans la diète journalière.

Cameron conclut que les étudiants prenant une quantité nécessaire de vitamines A bénéficièrent, outre d'une amélioration notable de la santé, d'une amélioration dans les cas de sinusites, d'une résistance augmentée, d'une énergie plus considérable, d'un meilleur appétit et de la disparition de petites lésions cutanées.

Sylvio ROCH.

CHIRURGIE

BLAHD. — **Les indications du traitement chirurgical des ulcères d'estomac et du duodénum. (Surgical indication for peptic ulcer).** "Surgery, Gynecology and Obstetrics", Vol 62, N° 2, page 203.

Les ulcères d'estomac présentant une niche remplie de baryum, à la radiographie, relèvent du traitement chirurgical. Dans ces cas, le traitement médical ne donnerait aucune guérison définitive. Ces malades font des crises répétées et sont exposés à la perforation. De plus, il leur faut suivre une diète assez sévère, et le traitement médical n'est qu'une perte de temps et d'argent pour les malades. Donc, l'auteur est d'avis que tous les cas présentant une niche en cratère doivent être opérés.

Quant à l'intervention, l'auteur est partisan de la gastrectomie subtotale. Les statistiques de la gastro-entérostomie donnent comme bons résultats un pourcentage de 45% à 90%, avec une moyenne de 71%. La gastrectomie donne environ 90% de bons résultats. De plus, l'ulcère peptique, fréquent après gastro-entérostomie, est une rareté après gastrectomie. Si la mortalité post-opératoire est plus élevée après gastrectomie, les résultats lointains, après 3 ans, sont en faveur de la gastrectomie. Les malades gastro-entérostomisés, dans les 3 ans qui suivent l'intervention, sont souvent obligés de subir une intervention secondaire, pour ulcère peptique hémorragie, perforation ou mauvais fonctionnement de la bouche de gastro entérostomie. Ces opérations secondaires ont un taux de mortalité élevé En somme, les résultats lointains sont favorables à la gastrectomie. Un autre avantage de l'opération radicale est que le malade n'est pas obligé de suivre une diète comme après la dérivation.

Suit un exposé bien détaillé des soins pré et post-opératoires, ainsi que la technique employée par l'auteur, qui n'a d'original que quelques points de détail.

En résumé, c'est une thèse en faveur de la gastrectomie dans le traitement de l'ulcère. C'est un apport de plus sur un sujet toujours d'actualité: dans l'ulcère d'estomac, doit-on faire le traitement médical ou le traitement chirurgical, la gastro-entérostomie ou la gastrectomie? L'auteur est partisan du traitement chirurgical radical.

Roland DECARIE.

Jean-Charles BLOCK et Jacques ZAGDOUN. — **Le traitement des plaies digitales des tendons fléchisseurs.** "Journal de chirurgie", Tome 47, N° 3, mars 1936, page 376.

Les auteurs soulèvent le problème du traitement des plaies digitales des tendons fléchisseurs. Alors que la suture primitive donne de beaux résultats au niveau des extenseurs, les résultats sont médiocres dans les sections palmaires des fléchisseurs et pratiquement nuls dans les sections digitales. Ces mauvais résultats seraient dus à une vascularisation précaire des fléchisseurs, à la présence des poulies digitales et de la peau inextensible sur la face palmaire, et aussi aux désordres consécutifs à la plaie: cicatrice adhérente à la peau, englobant les deux tendons fléchisseurs, dont la longueur de course n'est pas la même.

Quoique la suture primitive des fléchisseurs ait donné de beaux résultats pour certains auteurs (Iselin et Marnierre), la suture secondaire doit lui être préférée, et toute intervention qui nécessite une large incision cutanée au niveau de la plaie ou la section d'une poulie doit être rejetée.

L'expérience des auteurs porte sur 22 cas de sutures secondaires. Ils ont recours à l'opération de St. Bunnell, modifiée par l'utilisation d'un greffon mort. Suit un exposé de la technique opératoire et des observations avec les résultats obtenus.

Dans l'appréciation des résultats, il faut différencier résultats anatomiques, exigeant la flexion de la 3e sur 2e, et résultats fonctionnels, demandant la flexion de la 2e sur 1ère phalange. Dans l'ensemble des cas rapportés par les auteurs, les résultats anatomiques sont médiocres, mais au point de vue fonctionnel tous les malades ont bénéficié de l'intervention.

Comme indication opératoire, il n'y a que la section des deux tendons qui justifie le chirurgien d'intervenir.

Roland DECARIE.

OBSTÉTRIQUE

S. E. TRACY, F.A.C.S., Philadelphie, Pa. — **La réparation tardive des déchirures dues à un accouchement.** "American Journal of Obstetrics & Gynecology", février 1936.

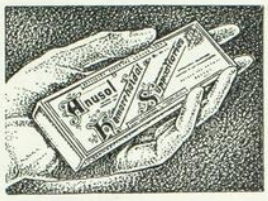
L'auteur appuie sur le fait que s'il paraît exagéré de dire que toute primipare subit une déchirure pendant le travail de l'accouchement, un examen attentif nous permettra de s'en rendre compte.

Toute déchirure doit être réparée avant que la patiente quitte l'hôpital. Ce bénéfice est accordé à un faible pourcentage de malades, parce que les examens du canal pelvien ne sont pas faits assez attentivement.

Une grande expérience des accouchements seule peut permettre de reconnaître les lésions créées par le travail.

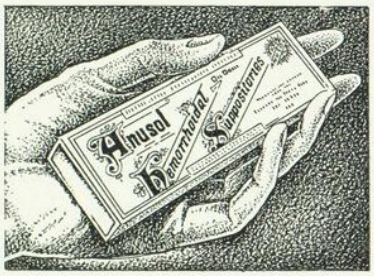
Ces lésions peuvent être spontanées ou dues à une intervention de la part de l'accoucheur; elles peuvent siéger du côté du segment inférieur, du col ou des différentes parois vaginales.

Prétendant qu'un examen minutieux est difficile à faire immédiatement après l'accouchement, l'auteur est favorable à une intervention en vue d'une réparation du 5e au 10e jour après l'accouchement.



Defecalgesiophobie

La crainte de la défécation, à cause des douleurs qu'elle peut occasionner, est le point de départ du cercle vicieux des hémorroïdes, c'est-à-dire qu'elle provoque la constipation et que celle-ci, à son tour, favorise la formation des hémorroïdes. L'usage des Suppositoires Anusol permet de vaincre cette constipation causée par la "crainte de la douleur". En amollissant les matières contenues dans le rectum et en lubrifiant le canal par où elles doivent passer, ces suppositoires en facilitent l'évacuation et éliminent la douleur.



Mais ce n'est pas là le seul effet bienfaisant des Suppositoires Anusol dans le traitement des hémorroïdes. Ils aident aussi à réduire la congestion qui cause la douleur et les malaises. La circulation dans les parties affectées se trouve ainsi améliorée et les pertes de sang plus facilement contrôlées. Tout ceci est accompli sans l'aide de narcotiques, d'analgésiques ou d'anesthésiques, sans belladone, éphédrine ou épinéphrine.

Anusol

Les Suppositoires Anusol sont présentés en boîtes de 12. Demandez la boîte d'essai gratuite.

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

Les Lithinés du Dr Gustin

Procurent économiquement une très bonne Eau de table et de régime

Alcaline - Lithinée - Pétillante - Digestive

Indications:

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

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

Magnésie du Dr Gustin

MAGNÉSIE LOURDE, ASSIMILABLE

Magnésie active calcinée.
Ni goût, ni odeur, se dissout facilement dans l'eau.
Dose laxative: une cuillerée à thé. Dose purgative: une cuillerée à soupe.

PRODUITS FRANÇAIS

LA CIE CANADIENNE DES AGENCES MODERNES

6614, DeLORIMIER DOllard 1355 MONTRÉAL

LAIT DE BEURRE

"SANTÉINE"

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

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

J. J. Joubert LIMITÉE

L'intervention tardive n'est pas d'origine récente: elle était pratiquée par Alcock dès 1820:

Les avantages de l'intervention tardive sont:

a) Une évaluation plus exacte des dommages créés;

b) Une constatation plus facile des lésions par un examen fait entre 5 et 10 jours après l'accouchement;

c) Le succès opératoire plus grand parce que les résultats sont meilleurs si la réparation est retardée.

Ici l'auteur donne sa technique opératoire vis-à-vis des différentes lésions. Son expérience sur 744 cas donne des résultats parfaits. La morbidité est à peu près la même que dans l'intervention précoce, et la mortalité, nulle.

Le plus grand avantage de la réparation tardive est probablement la restauration du canal à une condition normale.

Il est reconnu que le carcinome augmente au taux de deux pour cent par an et graduellement chez les femmes de plus en plus jeunes, et que le col de l'utérus est un endroit favorable à son développement.

Il est rare de constater un carcinome sur un col qui a subi une réparation, qui a été amputé ou cautérisé.

La réparation tardive reste la meilleure mesure de prophylaxie du carcinome du col utérin.

J.-A. MANSEAU.

UROLOGIE

Francis Patton TWINEM. — **Le prostatique âgé (The very aged prostatic)**, "Journal of Urology", March 1936.

En raison de son âge assez avancé et des lésions concomitantes, le prostatique, d'une façon générale, est un malade qui présente un moins bon risque chirurgical que les autres présentant des affections moyennes.

A 80 ans ou plus, le risque est encore plus grand et la mortalité plus élevée.

L'auteur présente une étude de 40 cas d'hypertrophie de la prostate de cet âge; 7 de ces cas furent traités avant la spécialisation des services d'urologie; les résultats furent très décevants. 4 moururent, 2 furent améliorés et 1 n'eut aucun soulagement.

Depuis 1921, 33 cas avec une moyenne d'âge de 82 ans ont été traités; mortalité 33%.

L'auteur présente ensuite une table où il compare les résultats de ces deux séries.

Quelques cas renvoyés chez eux après la cystostomie purent être prostatectomisés sans danger après plusieurs mois.

Il est très intéressant de comparer la mortalité chez ces vieux prostatiques avec la mortalité globale des prostatiques, qui est d'environ 4 à 8%.

La plupart des cas rapportés ici furent traités à une période où la résection transurétrale était ignorée; il est probable qu'aujourd'hui nous pourrions faire mieux.

Paul BOURGEOIS.

Charles FERGUSON. — **Péripancréatite secondaire aux infections périrénales (Peripancretitis secondary to perirenal infections).** "The Journal of Urology", March 1936.

Le pancréas, de par ses rapports anatomiques avec les hiles rénaux, semblerait être plus sujet à l'infection par contiguïté, malgré le petit nombre de cas rapportés.

L'auteur n'a pu en retracer de références.

L'auteur rapporte ensuite deux observations avec comptes-rendus des autopsies.

Il conclut que cette péripancréatite secondaire est rare. Les deux cas rapportés en démontrent l'existence. Les principaux symptômes sont une température septique, malaises épigastriques, nausées, vomissements, douleur irradiant vers l'épaule gauche.

Paul BOURGEOIS.

PÉDIATRIE

L. RIBADEAU-DUMAS et Le MELLETIER. — **Déshydratation et acidose dans un cas de méningo-encéphalite basale aiguë.** ("Bulletins de la Société de Pédiatrie de Paris", N° 9, décembre 1935, p. 619-622).

Les auteurs rapportent l'observation d'un nourrisson de 3 mois qui, après avoir présenté une légère infection des voies respiratoires, fit un érysipèle de la région temporale dont il guérit.

Quelques jours plus tard, on note des selles liquides et une importante chute de poids. A ce moment, il existe un strabisme convergent, mais la ponction lombaire révèle un liquide normal à tous égards. Le lendemain, le syndrome de déshydratation est plus accentué, la respiration est rapide et profonde. On constate des contractions fibrillaires des muscles de la face, de l'inégalité pupillaire, du nystagmus.

La mort survient deux jours plus tard, après une chute de poids encore plus considérable (près de 400 grammes en 24 heures) et une ascension de température (42° C.).

A l'*autopsie*, on trouve des lésions de méningite au niveau de la base, prédominant nettement dans la région du chiasma. L'encéphale est hyperémié. Il n'y a pas de pus dans les oreilles internes, ni dans les mastoïdes. Les poumons sont un peu congestionnés et œdématiés, mais il n'y a pas de broncho-pneumonie.

En résumé, déshydratation massive avec acidose, à la suite d'une méningo-encéphalite aiguë de la base, chez un nourrisson de 3 mois.

Cette observation est intéressante, parce qu'elle montre le rôle que peut jouer le système nerveux dans la production du syndrome de déshydratation et qu'elle pose le problème de la localisation d'un centre régulateur du métabolisme de l'eau.

Paul LETONDAL.

IODALOSE GALBRUN

IODE PHYSIOLOGIQUE, SOLUBLE, ASSIMILABLE

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

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

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

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

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

PROSTHÉNASE
GALBRUN

SOLUTION ORGANIQUE TITRÉE DE FER ET DE MANGANÈSE
Combinés à la Peptone & entièrement assimilables
NE DONNE PAS DE CONSTIPATION
ANÉMIE — CHLOROSE — DÉBILITÉ — CONVALESCENCE
DOSES QUOTIDIENNES : 5 à 20 gouttes pour les enfants ; 20 à 40 gouttes pour les Adultes
Échantillons et Littérature : Laboratoire GALBRUN, 8 et 10, r. du Petit-Musc, PARIS.

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

(I. O. G.)

DIABETOSAN

du Dr H. LABBÉ, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, et de E. DONARD.

Préparé dans les Laboratoires Soudan de Paris

— COMPRIMÉS —

Produit uniquement végétal, ne contenant aucun sel chimique et n'ayant aucune action nocive sur le foie, les reins et le corps thyroïde.

INNOCUITÉ ABSOLUE | **TOLÉRANCE INDÉFINIE**

Littérature sur demande

Agent général pour le Canada: **L. BOUDOT**

Tél.: DUpont 4350

8955, RUE ROUTHIER - - - - MONTRÉAL, P. Q.

Dans les Vaginites dues aux Trichomes

PICRATE D'ARGENT DE *Wyeth*

Germicide efficace. . .
cependant non irritant. . .

PICRATE D'ARGENT

Antiseptique **Analgésique**

Cicatrisant

Moins caustique que le nitrate d'argent, mais plus énergique qu'une préparation d'argent colloïdal. Le Picrate d'argent contient 30 pour cent d'argent, possède les avantages médicamenteux de l'argent en plus de l'action analgique de l'acide picrique.

EN POUDRE

Le composé de picrate d'argent en poudre permet l'application d'une couche sèche de picrate d'argent sur la muqueuse vaginale, au moyen de l'insufflateur vaginal. (1% du sel d'argent est dissiminé sur une base de kaolin purifié). En fioles de 5.0 gr.; une fiole est nécessaire pour un traitement. Les fioles se rattachent directement à l'insufflateur.

SUPPOSITOIRES VAGINAUX

Le picrate d'argent est combiné avec du boroglyceride et de la gélatine afin de contrôler les infections de l'appareil génital de la femme.

Deux formes:

1 gr., en boîtes de 20;
2 gr., en boîtes de 6 et 20.

TRAITEMENT AU PICRATE D'ARGENT

Deux applications par semaine de la poudre, et subséquemment à chaque traitement, l'insertion d'un suppositoire vaginal au picrate d'argent, à l'heure du coucher.

COFFRET DE PICRATE D'ARGENT WYETH

avec accessoires complets:

4 fioles, 5.0 gr., de poudre de picrate d'argent
1 boîte de 12 suppositoires vaginaux, de 2 gr.
1 insufflateur "Shelanski-Pilling".

JOHN WYETH & BROTHER, INC., **WALKERVILLE, Ont.**

A.-B. MARFAN. — **Sur le Rachitisme.** "Journal des Praticiens", 23 novembre 1935, p. 769-772.

La pathogénie du rachitisme a été l'objet de nombreuses théories. L'auteur rappelle celle des Américains (Pappenheimer, Hess, MacCann, Howland et Kramer), qui mettent à la base du rachitisme l'hypophosphatémie causée par une carence solaire et la rejette dans cette forme absolue. L'hypophosphatémie, en effet, inconstante dans le rachitisme et sans proportion avec lui, en est plutôt un témoin que la cause. D'ailleurs, ses lésions montrent plus qu'une déminéralisation. Quant à la théorie de l'anhélie, on ne saurait l'adopter telle que proposée parce que contraire aux faits cliniques. M. Marfan croit plutôt au rôle prépondérant des infections et des intoxications prolongées agissant sur un système osseux en croissance en l'absence de la vitamine D ou ergostérol irradié.

L'ergostérol existe inactif dans l'organisme, surtout au niveau de la peau et de ses glandes. Il se transforme en principe antirachitique sous l'influence des rayons ultra-violets, passe dans la circulation et se dépose dans le foie d'où il est utilisé selon les besoins de l'organisme. Cette substance a une propriété calcifiante et un pouvoir de protection du tissu osseux jeune contre l'action des infections et des intoxications, action irritative, déformante, troublant secondairement la calcification.

Le rachitisme existant souvent chez des sujets n'ayant pas subi de carence solaire, on doit conclure à d'autres causes d'appauvrissement en ergostérol irradié. La diminution du taux de la cholestérine dans certaines infections et intoxications nous permet de penser qu'il en est ainsi pour l'ergostérol.

L'avitaminose D n'est pas d'origine alimentaire.

Eugène ROBILLARD.

AMSLER et RUAIS. — **Les rapports de la coqueluche et de la tuberculose chez l'enfant.** "Le Monde Médical", 1er janvier 1936, p. 20-24.

Les auteurs rapportent neuf observations de tuberculose associée à la coqueluche. Des sept premiers cas, où la tuberculose est consécutive à la coqueluche, deux sont mortels et cinq cèdent assez facilement à la suite d'un traitement à l'allergine. Dans les deux autres, la coqueluche surajoutée à la tuberculose n'a pas semblé influencer défavorablement l'évolution de celle-ci, qui s'est révélée curable. Ils estiment que dans l'étiologie de la tuberculose le rôle de la coqueluche est en général exagéré; habituellement, elle ne lui prépare pas un terrain propice, n'en rend pas le pronostic fatal, que la tuberculose soit consécutive à la coqueluche ou la précède.

Eugène ROBILLARD.

Paul ROHMER. — **Le traitement des bronchopneumonies du premier âge par la tranfusion de sang.** "Bulletin de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord", juillet 1935.

Malgré tous les progrès de la thérapeutique, la bronchopneumonie est restée la maladie meurtrière du premier âge, c'est pourquoi les chercheurs ont tourné les yeux vers la transfusion dans leur lutte contre cet état infectieux.

Le mode d'action de la transfusion est obscur. Certains croient à l'immuno-transfusion, d'autres au choc hémoclasique, qui est augmenté par l'addition de citrate de soude.

La technique et les résultats thérapeutiques varient avec les formes cliniques.

a) Bronchopneumonie simple. — Quoique non indispensable, la transfusion semble produire une guérison plus rapide.

b) Bronchopneumonie grave. — D'emblée grave, ou évolution de la forme simple:

1) Forme bleue (fléchissement du cœur droit) ;

2) Forme blanche (diminution du volume du sang circulant caractérisée par la pâleur des téguments).

Ici une ou plusieurs transfusions, à deux ou trois jours d'intervalle, pourront être faites, et cela le plus tôt possible.

L'effet de la transfusion de sang consiste en une amélioration marquée de l'état général, et en une baisse définitive de la température, quelquefois rapide, en 12 à 24 heures, quelquefois en trois ou quatre jours.

Il existe des contre-indications à la transfusion, de même qu'il peut se produire des accidents.

Contre-indications.

Très mauvais état général avec atteintes pulmonaires bilatérales étendues.

Faiblesse cardiaque prononcée.

Défaillance cardiaque; alors faire une saignée avant la transfusion.

Accidents.

Accidents d'ordre mécanique, *i.e.*, syncope par faute de technique, comme une saignée ou une transfusion faite trop rapidement au sinus.

Accidents anaphylactiques.

Accidents par incompatibilité, *i.e.*, choix du donneur.

Phénomène de choc consécutif à la transfusion, quoique nous lui attribuïons son action thérapeutique.

Les résultats sont très encourageants, et l'auteur, grâce à l'emploi de cette méthode, a abaissé notablement le pourcentage de mortalité de 70% à 20%, et a diminué les jours de convalescence dans la bronchopneumonie de premier âge.

Esdras-E. AUTOTTE.

℞ —

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**

POSTE POUR MÉDECIN

Site idéal pour médecin, en face de l'église Enfant-Jésus. Bon grand logement, 7 pièces (un bas) où demeure un médecin depuis 15 ans.

S'adresser: Dr J.-A. Dufresne, BElair 2478.

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.

COTTAGE A VENDRE

Occasion exceptionnelle pour médecins

Face au Square Saint-Louis. Conditions très avantageuses. Facilité de paiement. Trois étages: rez-de-chaussée propice pour trois bureaux, deux étages supérieurs pour maisons privées ou bureaux. S'adresser à T. Valiquette, administrateur, L'Union Médicale du Canada, 418 est, rue Sherbrooke. Tél.: MA. 7334.

POSTE DE MÉDECIN

À louer: Bureau de médecin, meublé ou non, 3 pièces (bureau, salles d'examen et d'attente). Instruments de chirurgie à vendre, etc. Cause mortalité. Possession immédiate. Conditions faciles. S'adresser: 1369, Parc Lafontaine (angle Garnier et De Lanaudière). Tél.: AMherst 3000.

INFIRMIER DIPLOME

Tél.: CHerrier 4235

ERNEST BLANCHETTE

Infirmier diplômé de l'hôpital Hôtel-Dieu de Montréal

Service privé Jour et nuit

Rés.: 1012 est, rue Sherbrooke **MONTREAL**

SITUATION DEMANDEE

SITUATION DEMANDEE

Personne de confiance demande situation chez médecins et dentistes. Douze ans d'expérience. Peut fournir références. S'adresser à T. Valiquette, administrateur, 418 est, rue Sherbrooke.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

DORNE et ZAKON. — **Un nouveau signe de syphilis héréditaire: l'augmentation de volume d'une articulation sternoclaviculaire.** "Arch. of Derm. & Syph.", octobre 1935.

Higoumenakis, le premier, a étudié ce signe qu'on retrouve à droite chez les droitiers et à gauche chez les gauchers.

Dans sa série, sur 190 cas il retrouva cette anomalie chez 170 malades.

La recherche se fait par l'inspection, la palpation et la radiographie, qui montre une exostose de l'extrémité sternale de la clavicule.

Pour lui, les spirochètes se localisent aussi bien dans les os et dans les cartilages que dans les autres organes du fœtus. Pendant l'enfance ils peuvent y mener une vie latente, mais plus tard, quand les bras ont un travail plus dur à faire, les mouvements se font plus fréquents, avec une friction constante de la clavicule sur le sternum. Les spirochètes seraient alors réactivés et leurs toxines donneraient une périostite chronique suivie d'hypertrophie osseuse.

De toute manière, ce signe atteindrait son plein développement à la puberté et constituerait dès lors un stigmate permanent de syphilis osseuse.

Les A. corroborent les conclusions de Higoumenakis dans une série de cas observés soigneusement.

Maurice FERRON.

BOARDMAN. — **Syphilis de troisième génération.** "Arch. of Derm. and Syph.", octobre 1935.

Voici l'histoire de la famille. La grand'mère (A. D.) a 45 ans. Son mari est mort de pneumonie et elle a un enfant vivant (D. R.). Son second enfant mourut avant un an. L'examen révèle un murmure systolique au foyer aortique avec un second bruit claqué. Le Wassermann est positif.

La mère (D. R.) a 25 ans. Son mari est vivant, en bonne santé, et la réaction de Wassermann fut négative en deux occasions. Leur premier-né (R. R.) est vivant et souffre de syphilis congénitale. La deuxième grossesse se termina par une fausse couche à trois mois. Elle fut traitée pendant la troisième grossesse et donna naissance à un bébé âgé actuellement de 15 mois, en bonne santé apparente et dont le Wassermann est négatif.

D. R. se plaignit de troubles oculaires en octobre 1934 et un diagnostic de kératite interstitielle fut posé en novembre. Suivant son traitement irrégulièrement, elle n'obtint aucune amélioration.

Elle présente en plus des anomalies dentaires, de même que des bosses pariétales et frontales proéminentes.

L'enfant R. R. est âgé de 4 ans. Son Wassermann est positif. Ses bosses frontales et pariétales sont proéminentes, le nez est effondré et le palais ogival.

Les cas de syphilis de troisième génération sont rares, mais l'A. est d'avis que ses cas sont assez complets pour l'affirmer.

Maurice FERRON.

CHIPMAN. — **Le diagnostic des plaques eczématoïdes à bords nets.** "Arch. of Derm. & Syph.", octobre 1935.

La définition classique de la plaque d'eczéma insiste sur ses bords non définis.

En pratique, cependant, on rencontre souvent des plaques bien circonscrites d'allure eczématoïde et dont la classification est difficile.

Certaines plaques ont dès le début une bordure nette, d'autres l'acquièrent après quelque temps seulement, tandis qu'un autre groupe d'abord marginé perd sa forme tranchée et s'étend d'une manière indistincte, s'eczématise.

L'A. passe en revue les divers diagnostics possibles dans un cas donné.

Ce qu'un profane nommera eczéma peut pour un œil averti révéler une épidermomycose, une épidermophytie, la dermatose eczématoïde récurrente de Pollitzer, l'eczéma soi-disant nerveux, un eczéma nummulaire. une manifestation précoce de mycosis fongoïde, une dermatite herpétiforme abortive, une dermo-épidermite, une dermatite séborrhéique et assez souvent un complexe de certaines de ces lésions.

Il est impossible de montrer ici les caractéristiques de chaque lésion, mais ceux qui sont intéressés les trouveront dans l'article original avec de bonnes photographies.

Maurice FERRON.

ZORN et LABOURGADE. — **À propos de la substance d'Oriel.** "Bull. Soc. Fr. Derm. Syph.", décembre 1935.

En étudiant l'agent sensibilisateur de certaines dermatoses, les A. étendirent leurs recherches à la substance P. d'Oriel censée présenter les propriétés antigéniques spécifiques de l'allergie considérée, comme l'écrivait Charpy.

Dans leur petit groupe de malades ils ont constaté que les cuti-réactions sont beaucoup plus positives que les intradermo.

Voulant constater la spécificité de cette substance, ils l'ont injectée à plusieurs blennorragiques avec des résultats aussi souvent positifs que chez les patients d'où elle provenait.

Rien de surprenant, expliquent-ils, puisque cette "protéose" est un complexe contenant sans doute des déchets organiques nocifs auxquels l'organisme peut réagir par des réactions positives, surtout s'il se trouve en état d'instabilité humorale.

Leurs cas ne sont pas assez nombreux pour porter un jugement définitif, mais ils ne rapportent pas un seul résultat favorable.

Maurice FERRON.

ÉLECTRO-RADIOLOGIE

F. M. HODGES. — **Roentgenthérapie de certaines infections.** "Am. J. of Roentg., Vol. 35, N° 2, fév. 1936. pp. 145-155.

On sait le rôle des leucocytes dans l'inflammation et la sensibilité de ces cellules, spécialement les lymphocytes, à l'action des rayons X. Des petites doses suffisent à leur destruction.

A première vue on serait porté à considérer comme imprudente la suppression des leucocytes, qui exercent une fonction de défense contre l'infection; mais il est permis de penser que la cytolyse de ces cellules engendre des anticorps ou des ferments aptes à faciliter la lutte.

On observe d'ailleurs que plus l'infiltration leuco-lymphocytaire est abondante, plus la réponse aux irradiations apparaît claire et rapide. L'absence relative des leucocytes explique certains résultats médiocres.

Après ces considérations, H. passe en revue les diverses formes d'infection qu'il a traitées avec succès.

L'*érysipèle*, qui dure d'ordinaire de huit à quatorze jours, peut avorter en vingt-quatre heures si l'on commence le traitement à l'éclosion de la maladie. Quand les lésions sont étendues, il faut inclure le bourrelet dans le champ d'irradiation.

Assez souvent on a vu la formation de petites vésicules qui laissent couler un liquide clair à l'ouverture, et guérissent en un ou deux jours.

La *furonculose*, sous ses formes aiguës ou chroniques, consacre la valeur de la rœntgenthérapie des infections. Tout médecin a pour devoir de connaître ce mode de traitement et de l'employer largement.

Parotidite, *rhinophyma* et *angiome infectés*, *granulome*, blastomycose, maladie de Mikulicz, etc., sont des états qui commandent l'application des rayons X.

Le jour n'est peut-être pas éloigné où l'on adressera d'urgence au radiologiste toutes ces variétés de processus inflammatoires sitôt le diagnostic posé.

Albert JUTRAS.

JAPIOT. — **Quand faut-il irradier un zona ?** "Les cahiers de Radiologie", Supplément du N° 4, fév. 1936.

Bien que la radiothérapie du zona soit connue depuis longtemps et constitue pour les radiologistes un chapitre qui peut paraître banal du traitement des douleurs de type radiculaire, elle est souvent inconnue du praticien, comme d'ailleurs celle de bien d'autres affections.

Si on se reporte aux dernières publications destinées à mettre le praticien au courant des thérapeutiques modernes du zona, on remarque avec surprise que la radiothérapie est à peine signalée et passe à la suite de tous les analgésiques. Et quand on parle de physiothérapie les rayons X ne sont signalés qu'après les courants galvaniques, de la haute fréquence, des ultra-violets et des infra-rouges.

Si cette méthode est aussi ignorée, l'A. croit que cela vient surtout de ce que la plupart des zonas sont confiés trop tard à la radiothérapie. Les

résultats qu'il a obtenus en pareil cas sont en effet presque toujours décevants. Tout autrement intéressant est le résultat des traitements précoces, et à l'appui de cette opinion Japiot cite deux cas personnels qui paraissent suffisamment démonstratifs. Il ne semblerait pas y avoir d'inconvénient à utiliser les R. X. dès les premiers jours. Les doses faibles que la plupart des radiologistes utilisent dans les affections radiculaires sont sans danger pour la peau.

La guérison rapide et totale des zonas est donc fonction de la précocité du traitement radiothérapique.

L. GAGNIER.

LABORATOIRE

Jules JANET. — **Morphologie du gonocoque. Les porteurs de germes.** "Annales des maladies vénériennes", 1936, p. 100.

Dans le présent article l'auteur rappelle ce qu'il a déjà écrit sur le gonocoque et précise certains caractères du microbe. Pour Janet, la coloration simple au bleu de méthylène à l'eau permet un diagnostic facile. Par ce procédé, le gonocoque bien conservé apparaît fortement coloré alors que le microbe dégénéré se colore faiblement. Cependant, la coloration de gram doit être utilisée dans certains cas douteux.

Le gonocoque est gram négatif. Janet insiste sur ce caractère primordial et absolu du vrai gonocoque. Les cas rapportés d'infections dues à des gonocoques gram positifs, sans le contrôle par les cultures, laissent supposer qu'il s'agit plutôt soit d'une erreur de diagnostic, soit d'une erreur de technique. Les étalements mal faits, trop chargés montrent souvent des gonocoques peu décolorés dans la partie épaisse de la préparation, alors que ces mêmes microbes sont franchement colorés en rouge aux endroits où cette préparation est mince et bien étalée.

La taille du gonocoque est aussi à considérer. Au début de l'infection les petits éléments prédominent; les gros éléments au contraire font leur apparition sous l'effet du traitement. Ces gros éléments sont plus fréquents chez la femme que chez l'homme. Dans les cultures on trouve souvent des formes géantes.

Le gonocoque est un diplocoque. Il donne l'impression d'une boule coupée en deux; les parties sont séparées par un espace dont les lignes sont soit parallèles, soit concaves. L'auteur attache une extrême importance à cet intervalle entre les deux éléments. Le plus souvent cet intervalle est très large et des plus caractéristiques.

Le point le plus important cependant de la morphologie du gonocoque, c'est l'enveloppe glutineuse invisible qui entoure le microbe. Cette enveloppe, indispensable pour maintenir rapprochés tous les diplocoques en général, est particulièrement épaisse chez le gonocoque. Ce n'est pas une capsule cependant; c'est une sorte de gelée.

Les rapports des gonocoques entre eux présentent certaines particularités. La division d'un élément donne, pour un temps, une paire de gonocoques dont l'écartement caractéristique est égal à la largeur du microbe.

La multiplication peut donner soit des éléments isolés, soit des paires, soit des petits groupes de microbes. On retrouve facilement cependant le groupement caractéristique, en pièces d'échiquier.

Les gonocoques sont quelquefois, mais pas nécessairement toujours, intra-leucocytaires. Les leucocytes de l'urètre postérieur sont contractés et plus petits que ceux de l'urètre antérieur. A côté des gonocoques intra-leucocytaires il peut exister des gonocoques épithéliaux collés à la surface des cellules et qu'il faut rechercher dans certains cas douteux.

Divers cocci gram négatifs sont appelés pseudo-gonocoques par certains auteurs; Janet les classe parmi les coques indéterminés.

L'étude des formes de dégénérescence des gonocoques montre que ceux-ci sont modifiés profondément par le traitement aux ondes courtes; ils deviennent monocoques, mal colorés, de plus en plus petits, ponctiformes, mais ils restent toujours gram négatifs.

Quant aux porteurs de germes, ils existent à n'en pas douter, "cependant suivant l'attention que les opérateurs apporteront à leur dépistage du gonocoque, ce groupe sera plus ou moins étendu."

Pour l'auteur, "le terme de porteurs de germes doit surtout s'appliquer à la catégorie suivante, celle des blennorragies latentes récidivantes."

Dans cette catégorie les gonocoques sont emprisonnés dans des endroits qui ne communiquent plus avec l'urètre. Périodiquement ces foyers s'ouvrent dans le canal, donnent naissance à une nouvelle poussée gonococcique aiguë; puis tout se calme, le foyer se referme et la même évolution recommence après un temps plus ou moins long.

Ces porteurs de germes ne sont pas contagieux pendant leur période de latence. Voilà pour Janet les vrais porteurs de germes.

A. BERTRAND.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

E. RUTISHAUSER et H. BARBEY. — **Surrénalite méningococcique aiguë (Syndrome de Waterhanse-Friderichsen.** "Ann. d'Anat. Path.", 13, 143-177, 1936.

Etude anatomo-clinique détaillée d'un cas de surrénalite méningococcique aiguë, avec considérations physiologiques, résumé des cas connus, et discussion des questions morphologiques soulevées par leur cas personnel.

Il s'agit d'une femme de 46 ans, qui, jusqu'alors en parfaite santé, se plaint subitement, en pleine nuit, de malaises généraux accompagnés de frissons .

Le lendemain matin, à 6 hrs, sensation de lassitude avec fièvre à 39° C., puis douleur dans l'abdomen et les jambes, sous formes de crampes. Durant les heures suivantes, état sub-comateux.

Vers 11 hrs, état général aggravé. Eclosion subite de taches purpuriques, coma, température à 41° C.; effondrement de la T. A., pouls filant, respiration bruyante, irrégulière. A l'auscultation, rien de particulier au cœur et aux poumons. Pharynx normal. Mort 12 hrs après le début des accidents.

Anatomiquement, on constate, entre autres lésions, une surrénalite hémorragique bilatérale; une hyperhémie du pancréas portant, d'une façon élective sur les îlots de Langerhans; une péri-amygdalite en foyers; une hyperhémie de la muqueuse pharyngienne, trachéale et bronchique; des foyers de myosite, arrière gorge, cœur, diaphragme, langue. Néphrite et hépatite aiguës. Hyperhémie et emphysème aigu du poumon, avec élastico-diérèse pulmonaire. Purpura cutané avec capillarité et péricapillarité.

Formule sanguine de septicémie. Présence de diplocoques Gramm négatif, en forme de grains de café, dans le sang, la peau, et le pharynx.

L'analyse de sang prélevé *post-mortem* montre une forte hypoglycémie, une azotémie élevée, une diminution accusée des graisses totales, une augmentation du chlore total.

Les auteurs confrontent les données de leur observation personnelle avec les données expérimentales, celles que leur fournissent les cas antérieurement publiés.

Ils discutent de certaines questions morphologiques soulevées par l'étude de leur cas. Comparant les lésions observées avec celles que Roessle et Klinge ont décrites comme les premières manifestations de l'hyperergie inflammatoire, ils constatent entre les deux une étroite similitude. Enfin, ils consacrent un chapitre spécial à "l'élastico-diérèse" pulmonaire (fragmentation des fibres élastiques avec phagocytose), qu'ils ont observée dans leur cas.

J.-L. RIOPELLE.

NOUVELLES

NOUVELLE NOMINATION

Les lecteurs de *L'Union Médicale* apprendront avec plaisir la nomination du docteur Sylvio Roch au poste d'assistant-professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.

Le docteur Roch, membre de l'Institut Bruchési depuis 1927, est directeur du Département d'Hygiène et du Dispensaire Antituberculeux de la Cité de Lachine. Il est en plus chargé du cours d'Hygiène Universitaire à l'hôpital Saint-Joseph de Lachine depuis 1933.

Nos sincères félicitations au nouvel élu.

AVIS

Le 1er mai prochain, le Dr J.-Alfred Mousseau, de l'hôpital Notre-Dame (spécialité: voies digestives) transportera ses bureaux du No 936 est, rue Sherbrooke à 3464, rue Saint-Denis (entre Sherbrooke et Carré Saint-Louis).

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA PRESSE MÉDICALE LATINE

À Venise du 29 septembre au 30 octobre 1936, sous le patronage du gouvernement italien.

Nous apprenons que notre rédacteur en chef, le Professeur Albert LeSage, a été choisi comme l'un des membres du Comité d'Honneur, et rapporteur sur le sujet suivant: "Influence Sociale de la Presse Médicale."

CONGRÈS INTERNATIONAL DE L'INSUFFISANCE HÉPATIQUE

Comme suite à notre précédente communication, annonçant que le Congrès International de l'Insuffisance Hépatique aurait lieu à Vichy, du 16 au 18 septembre 1937, sous la présidence de M. le professeur Maurice Loeper, membre de l'Académie de Médecine, nous vous donnons ci-dessous la composition du Bureau:

Présidents d'honneur: Les prof. Von Bergmann, Berlin; Carnot, Paris; Mariano Castex, Buenos-Aires; Dustin, Bruxelles; Walter Langdon Brown, Londres; G. Maranon, Madrid; Marchoux, Paris; Orlowski, Varsovie; Pende, Rome; G. H. Whiple, Rochester (New-York).

Président: Prof. Maurice Loeper, de Paris.

Vice-présidents: Les prof. Cade, de Lyon; Giraud, de Montpellier; Merklen, de Strasbourg; Olmer, de Marseille.

Secrétaire général: Dr J. Aimard.

Les travaux du Congrès seront répartis en deux sections:

Section de Médecine et de Biologie: présidée par le professeur Noël Fiessinger, professeur de Pathologie expérimentale et comparée à la Faculté de Paris;

Section de Thérapeutique: présidée par le professeur Mauriac, doyen de la Faculté de Bordeaux.

Nous rappelons que le Congrès de l'Insuffisance Hépatique sera précédé du *Congrès International de Gastro-Entérologie*, qui se tiendra à Paris les 13, 14 et 15 septembre 1937.

PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL DES SANATORIUMS ET DES ÉTABLISSEMENTS DE CURE PRIVÉS

Le Premier Congrès International des Sanatoriums et des Etablissements de Cure Privés se tiendra à Budapest au mois de septembre 1936. Une invitation sera envoyée aux intéressés en dû temps. MM. les congressistes sont priés d'ores et déjà de vouloir bien communiquer le sommaire du thème de leurs conférences éventuelles sur des questions professionnelles et scientifiques ainsi que leurs prospositions, etc., au Comité d'Organisation, afin que celui-ci les puisse mettre sur l'ordre du jour du Congrès.

Toute correspondance à adresser au Comité d'Organisation Margitsziget (Ile Sainte-Marguerite), Sanatorium, Budapest.

JOURNÉES INTERNATIONALES PÉRIODIQUES DE CARDIOLOGIE À ROYAT

(Conférences de Physiologie, Pathologie et Thérapeutique cardio-vasculaires)

31 mai — 1er juin 1936

Les premières Journées Internationales périodiques de Cardiologie auront lieu à Royat pour la Pentecôte 1936 (31 mai — 1er juin). La question mise à l'ordre du jour est: *Le Spasme vasculaire.*

M. le professeur Vaquez a accepté de présider en personne ces journées entouré de MM. Clerc, Laubry, Castaigne, Lian, Gallavardin et Dumas.

Le Président d'honneur est le professeur Achard, membre de l'Académie des Sciences et secrétaire perpétuel de l'Académie de Médecine.

Les rapports ont été confiés à MM. les professeurs C. Heymans (de Gand) et Lucien Brouha (de Liége): *Le Tonus vasculaire* (physiologie); Riser (de Toulouse): *Les spasmes vasculaires de l'encéphale*; Leriche et Fontaine (de Strasbourg): *Les spasmes vasculaires des membres*; Maranon et Duque (de Madrid): *Les spasmes vasculaires dans leurs rapports avec l'endocrinologie*; Loeper (de Paris): *Le traitement des spasmes vasculaires.*

Les cardiologues les plus en vue du monde entier se sont fait inscrire dans le comité scientifique. Plusieurs d'entre eux, bien qu'habitant de lointains pays, ont fait savoir aux organisateurs qu'ils viendraient assister personnellement à ces journées.

La grande actualité du sujet traité et les éminentes personnalités chargées d'en rapporter les différents chapitres en raison de leurs travaux scientifiques sur la question, sont les motifs de l'intérêt considérable suscité par les Journées de Royat.

Les médecins praticiens y trouveront maints enseignements pratiques d'application journalière, les chercheurs y rencontreront des hypothèses de travail, les savants y assisteront à une remarquable mise au point d'un sujet dont la pathologie courante offre chaque jour des exemples complexes et que les travaux récents ont mis au premier plan de l'actualité médicale.

Pour tous renseignements complémentaires, écrire au Secrétaire général: Dr R. Boucomont, Royat (Puy-de-Dôme).

N. B. — Les médecins de Royat se sont interdit, d'un commun accord, toute communication lors des "Journées".

NEUVIÈME CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE PÉDIATRIE [1]

Le 9ième Congrès de l'Association Française de Pédiatrie se tiendra à Bordeaux les jeudi 28, vendredi 29 et samedi 30 mai 1936 sous la présidence de M. le Dr Ch. Rocaz.

Questions mises à l'ordre du jour:

1° *Epidémiologie et pathogénie de l'Acrodynie infantile.* Rapporteur: M. Pehu (Lyon).

2° *Insulinothérapie chez l'enfant.* Rapporteurs: 1) M. Aubertin (Bordeaux) et 2) M. Lelong (Paris).

3° *Déformations dystrophiques du thorax.* Rapporteurs: 1) M. Lévêque (Paris) et 2) MM. Ombredanne et Garnier (Paris).

Le congrès prévoit une réception à Arcachon — Une journée d'excursion dans les vignobles du Sauternais et de Saint-Emilion — Une journée d'excursion dans le pays basque. Tous renseignements pratiques sur les excursions parviendront du reste en temps voulu aux membres du Congrès.

Les inscriptions et les demandes de renseignements doivent être adressées au Dr Boisserie-Lacroix, 27 bis, Cours Xavier Arnozan, Bordeaux, secrétaire général, ou au Dr Ed. Dubourg, 132, Cours d'Alsace et Lorraine, Bordeaux, trésorier (compte de chèques postaux: 9129 Bordeaux).

SIXIÈME ASSEMBLÉE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE AMÉRICAINE DE PÉDIÂTRIE À KANSAS CITY, Mo.

Les 11 et 12 mai 1936.

La sixième assemblée annuelle de l'Académie Américaine de Pédiâtrie aura lieu, cette année, à Kansas City, dans le Missouri, les 11 et 12 mai prochain. Le programme comprend des travaux sur l'asthme, la psychiâtrie infantile, le diagnostic de l'appendicite chez les enfants, les infections parasitaires de l'intestin, etc. Notons, en particulier, une discussion sur la formation du médecin en Pédiâtrie, que présidera le professeur Borden S. Veeder, de Saint-Louis.

(1) Le Dr Paul Letondal nous communique cette invitation.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES ANNONCES

Abbott Laboratories Ltd, (*Glucophylline Abbott*) XII
Anglo-French Drug Cie, (*Tonique du Sang*) L
Antiphlogistine, (*L'Arthrite Chronique*) XXII
Ayerst, McKenna & Harrison, Limited, (*Polyansyn*) . . XX
Ayerst, McKenna & Harrison, Limited, (*Prolactin*) XX
Ayerst, McKenna & Harrison, Limited, (*Hormone de Maturation*) XX
Ayerst, McKenna & Harrison, Limited, (*Hormone Thyréotrope*) XX
Ayerst, McKenna & Harrison, Limited, (*Hormone Adrénotrope*) XX
Banque Canadienne Nationale, (*À votre disposition*) . . XLVI
Boudot, L., (*Diabetosan*) LXI
Bristol-Myers Company, (*Sal Hepatica*) LV
British Drug Houses (Canada) Ltd, The, (*Acide "Mandelic" B. D. H.*) XXXI
Canada Drug Company, (*Paveral*) III
Cardinaux, Paul, (*Gaiffe, Gallot & Pilon et Ropiquet, Hazard & Roycourt). Diathermie, Rayons X, Electrologie* XI
Casgrain & Charbonneau, Ltée, (*Stérilisateur "Castle"*) XLVIII
Casgrain & Charbonneau, Ltée, (*Ray. X Westinghouse*) XLVIII
Casgrain & Charbonneau, Ltée, (*Thyvacrine No 10 C & C*) LVI
Casgrain & Charbonneau, Ltée, (*Neurocrine No 5 C & C*) LVI
Casgrain & Charbonneau, Ltée, (*Diacrine No 6 C & C*) LVI
Ciba, Compagnie, Limitée, (*Phytine "Cila"*) VII
Ciba, Compagnie, Limitée, (*Nupercainal "Ciba"*) VII
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, Le, (*Règlements concernant les examens pour le diplôme de "Fellow"*) VIII
Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, Le, (*Les examens préliminaires à l'étude de la médecine*) LVIII
Denver Chemical Manufacturing Co., (*Antiphlogistine*) XXII
Duckett J. A., (*Dernière Création de la Prothèse*) XLIV
Eddé, J., Limitée, (*Lantol*) VI
Eddé, J., Limitée, (*Proveinase Midy*) XIX

Eddé, J., Limitée, (*Hémostyl*) XXVII
Eddé, J., Limitée, (*Bismuthoïdol*) XXX
Eddé, J., Limitée, (*Librairie Médicale et Scientifique*) XXXII
Eddé, J., Limitée, (*Iodone Robin*) XXXII
Eddé, J., Limitée, (*Iodogénol Pépin*) XXXIV
Eddé, J., Limitée, (*Epilepsie Alepsal*) XLVI
Etablissements Byla, Les, (*Amino-Sel Byla*) XLVII
Etablissements Byla, Les (*Pelletierine Tanret*) XLVII
Fellows Medical Mfg. Co., Ltd., (*Sirop Fellows*) XXXIII
Frosst, Charles E. & Co. (*Kondremul*)
Deuxième page intérieure de la couverture.
Herdt & Charton, Inc., (*Uroprazine*) XXIII
Herdt & Charton, Inc., (*Peptalmine*) LIV
"Ifah", Pharm. Products, (*Histidin-Ifah*) LVII
Imperial Tobacco Co. of Canada, (*Sweet Caporal*) XLIII
Joubert, J. J., Limitée, (*Santéine*) LX
Knox Gelatine Laboratories, (*Convalescence et Gelatine B. P.*) LIII
Laboratoires A. Bailly, (*Opobyl*) XVIII
Laboratoires A. Guerbet & Cie, (*Tenebryl Guerbet*) . . XLVII
Laboratoires A. Guerbet & Cie, (*Lipiodol*) XLVII
Laboratoire du Bismol, (*Anogel*)
Quatrième page de la couverture.
Laboratoires Clin, Comar & Cie, (*Spartoval*) I
Laboratoires Clin, Comar & Cie, (*Sparto-Camphre*) . . I
Laboratoires Clin, Comar & Cie, (*Genisténal*) I
Laboratoires Couturieux, (*Lantol*) VI
Laboratoire Nadeau Limitée, (*Sodiosal*) XXX
Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Ltée, (*Anthéma*) XIII
Laboratoires du Dr P. Astier, (*Arhéol Astier*) XXV
Laboratoires Soudan de Paris, (*Diabetosan*) LXI
Laboratoires Midy, (*Proveinase Midy*) XIX
La Cie Canadienne des Agences Modernes, (*Les Lithinés du Dr Gustin*) LX
La Cie Canadienne des Agences Modernes, (*Magnésie du Dr Gustin*) LX
Librairie Beauchemin Limitée, (*Linguaphone*) XXVIII
Listers Limited, (*Listers*) III
Merck & Co., Limited, (*Pyridium dans la Cystite*)
Troisième page de la couverture
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (*Codoforme Bottu*) XLIX
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (*Arhemapectol*) XLIX

Millet, Roux & Lafon, Ltée, (*Digibaïne*) XLIX
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (*Solucamphre Delalande*) XLIX
Nestle's Milk Products (Canada) Ltd., (*Lactogen*) XXI
Parke, Davis & Cie, (*Le Mapharsen*) IV
Ranniger, W.-E., (*Histidin-Ifah*) LVII
Remington Rand Limited, (*Clavigraphe*) LXIII
Rougier Frères, (*Hepathemo*) XVII
Rougier Frères, (*Opobyl*) XVIII
Rougier Frères, (*Digitaline Nativelle*) XXI
Rougier Frères, (*Néotonine Buisson*) XXIII
Rougier Frères, (*Sedlitz Chanteaud*) XXVI
Rougier Frères, (*Sténol Chanteaud*) XXVI
Rougier Frères, (*Rami*) XXVI
Rougier Frères, (*Hémoglobine Deschiens*) XXIX
Rougier Frères, (*Elixir Ducro*) XXXIII
Rougier Frères, (*Sirop Famel*) XLIV
Rougier Frères, (*Urasepline Rogier*) XLV
Rougier Frères, (*Lactolaxine Fydau*) XLV
Rougier Frères, (*Névrosthenine Freyssinge*) LIV
Rougier Frères, (*Chloramine Freyssinge*) LIV
Rougier Frères, (*Capsules Dartois*) LIV
Rougier Frères, (*Iodalose Galbrun*) LXI
Rougier Frères, (*Prosthénase*) LXI
Sanatorium de Blois XXIV
Sanatorium du Lac Edouard X
Sanatorium Prévost XIV
Vinant Ltée, (*Spartoval*) I
Vinant Ltée, (*Sparto-Camphre*) I
Vinant Ltée, (*Genisténal*) I
Vinant Ltée, (*Amino-Sel Byla*) XLVII
Vinant Ltée, (*Pelletierine Tanret*) XLVII
Vinant Ltée, (*Tenebryl Guerbet*) XLVII
Warner, William R., Co. Ltd., (*Anusol*) LIX
Wander, A., Limited, (*Ovaltine*) XIX
Wyeth & Brother, Inc., John, (*Picrate d'argent de Wyeth*) LXII

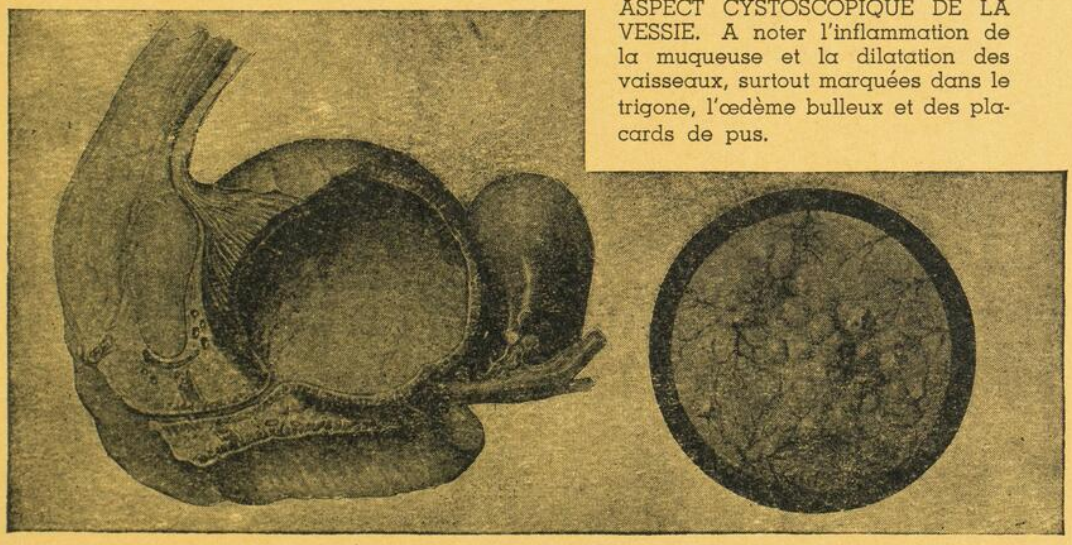
PYRIDIUM DANS LA CYSTITE

Dans la cystite, comme dans la pyélonéphrite, l'ingestion de Pyridium est, en général, suivie d'une amélioration des principaux symptômes, d'une diminution ou disparition complète des troubles urinaires et d'une rétrocession de l'infection bactérienne. Les principaux avantages du Pyridium dans le traitement de la cystite et des autres infections urinaires résident dans son administration "per os" de comprimés qui donnent d'excellents résultats et dans les propriétés non toxiques et non irritantes de sa dose thérapeutique. La dose moyenne en est de deux comprimés de 0 gr. 10 chacun (1½ grain) trois fois par jour, dose qu'on peut augmenter au besoin jusqu'à neuf comprimés par jour.

Dans la cystite chronique le traitement par le Pyridium peut s'associer efficacement à des irrigations de la vessie avec la solution-mère de Pyridium à 1% diluée au ⅛ avec de l'eau distillée (des solutions plus faibles pouvant parfois être aussi efficaces). La solution aqueuse à 1% peut s'appliquer localement comme topique sur les lésions de la vessie, au moyen du cystoscope.

Le Pyridium "per os" est l'agent chémothérapeutique le plus efficace pour soulager les symptômes et améliorer l'état clinique des malades, souffrant de cystite, de pyélite, d'uréthrite ou de vaginite.

VESSIE NORMALE. Image de la vessie tendue à sa pleine capacité, le corps étant à un angle de 45°, de l'urètre dans son parcours supra-vaginal et son orifice vésical, de la muqueuse vésicale normale, de l'orifice urétéral, de la musculature vésicale et de ses relations avec le péritoine.



ASPECT CYSTOSCOPIQUE DE LA VESSIE. A noter l'inflammation de la muqueuse et la dilatation des vaisseaux, surtout marquées dans le trigone, l'œdème bulleux et des placards de pus.

MERCK & CO. LIMITED

Fabricants de produits chimiques

MONTREAL, P. Q.

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 anonyme de pharmaciens licenciés, spécialisés dans la fabrication de produits thérapeutiques.

945, rue CÔTÉ, - - - - - MONTRÉAL, 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.