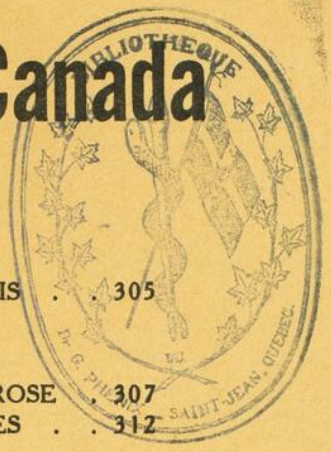
TOME LXV AVRIL 1936 No 4

L'Union Médicale du Canada

REVUE MENSUELLE
Fondée en 1872



IN MEMORIAM

Le Professeur O.-A. Gagnon . . . . . B.-G. BOURGEOIS . . 305

MÉMOIRES

Ulcère perforé de l'estomac, diagnostic et traitement . . . . . Antonio BELLEROSE . 307

Strabisme et hygiène mentale . . . . Alfred DESLOGES . . 312

Greffe osseuse dans le traitement de la sciatique . . . . . J.-E. SAMSON 321

RECUEIL DE FAITS

Sciatique et sacralisation de la cinquième vertèbre lombaire . . . . . Roma AMYOT 326

Péritonite généralisée et cancer du caecum Edouard DESJARDINS . 333

REVUE GÉNÉRALE

Commentaires sur les affections de la glande thyroïde . . . . . Réal DORE 338

MOUVEMENT THÉRAPEUTIQUE

Réponse à une lettre ouverte sur les sels d'or en tuberculose . . . . . P.-René ARCHAMBAULT 343

ACTUALITÉS

Vingt-cinquième anniversaire de l'Institut Bruchési . . . . . J.-E. DUBE 345

Le congrès de la Société Internationale de Chirurgie en Egypte . . . . . Eugène SAINT-JACQUES 352

Quelques commentaires sur une tentative des "chiros" de faire adopter un bill par la Législature provinciale de Québec . J.-E. LABERGE 359

Actualités . . . . . M. 363

MÉDECINE PRATIQUE

Diarrhées infantiles . . . . . Henri BARIL 365

SOCIÉTÉS

La Société de Phtisiologie de Montréal . Omer MANSEAU . . . 371

Montreal Dermatological Society . . . Paul POIRIER 374

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

ELECTRARGOL

Argent colloïdal électrique à petits grains, stérile et stable

Constitue la base de la

MÉDICATION ANTI-INFECTIEUSE GÉNÉRALE ET LOCALE

Médecine: Pleurésies, Méningites, Phlébites.

Gynécologie: Métrites, Vaginites.

Chirurgie: Plaies, Suppurations, Fractures Ouvertes, Abcès Superficiels, Phlegmons, Panaris, Abcès du sein, Anthrax.

Ampoules de 5 et 10 c.c.

Collyre Electrargol en ampoules compte-gouttes stérilisées de 25 c.c., permettant l'instillation nasale ou oculaire dans les meilleures conditions d'asepsie.

SOLUTION de Salicylate de Soude du Docteur CLIN

Sel cristallisé blanc, d'une pureté chimique absolue, assure l'efficacité du traitement salicylé, par voie buccale ou par voie veineuse, sans jamais produire "DE PHÉNOMÈNES D'INTOLÉRANCE".

Dosage rigoureux (2 gr. par cuillerée à soupe).

RHUMATISME
ARTHRITISME
SCIATIQUE

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 des articles de tous les médecins à condition que ceux-ci n'aient pas déjà été publiés dans un autre journal. Les Mémoires Originaux ne doivent pas excéder 15 pages; les Faits Cliniques auront un maximum de 5 pages et les Revues Générales comprendront au plus 10 pages.

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

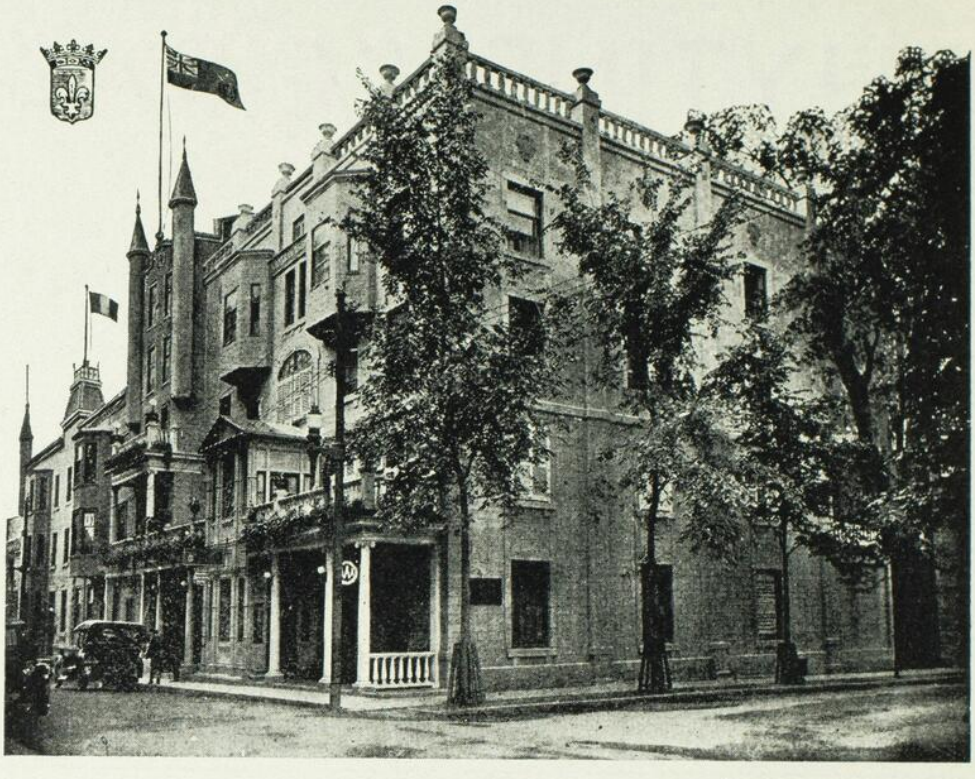
NUPERCAINAL "CIBA"

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



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.

LE *Confort* PAR LA DOUCHE

Il se peut qu'il n'y ait aucune douleur, mais la gêne qui provient de sécrétions vaginales cuisantes, d'inflammation dans le pelvis, de tiraillements résultant de fatigue ou d'efforts, suffit pour causer de l'inquiétude. Dans ce cas, aussi bien que pendant la convalescence qui suit une opération gynécologique, ou après un accouchement, une douche à la Lorate assure un soulagement bienfaisant. Les douches à la Lorate sont inoffensives, même si leur usage est prolongé . . . Les ingrédients dont est composée la Lorate — perborate de soude, bicarbonate de soude, chlorure de soude, avec menthol et aromates — ne produisent aucun effet caustique, irritant, astringent ou toxique. La Lorate nettoie, calme et désodorise . . . La Lorate s'obtient en boîtes de 8 onces. Pour usage ordinaire, il suffit d'employer 2 cuillerées à thé de Lorate par pinte d'eau. Une solution plus forte peut aussi être employée.



Indications: Comme désodorisant après les menstrues. Pendant la ménopause. Après un accouchement. Dans les cas de leucorrhée, de cervicitis. Comme douche vaginale hygiénique après les opérations gynécologiques. Contre les trichomonas vaginalis et autres infections du vagin.

LORATE

LA POUDRE THERAPEUTIQUE POUR DOUCHES VAGINALES

Echantillon sur demande. Waterbury Chemical Co. of Canada, Ltd.,

727 King St., W., Toronto, Ont.



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.), Sansreregret (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

LIVRES REÇUS

Régimes. — Prophylaxie de la syphilis. — Le Rajeunissement par l'amélioration des fonctions de l'estomac et de l'intestin. — Les petites règles de la chirurgie parfaite. — Formulaire de l'hôpital Sainte-Justine . . . . . L. 366

Histochimie animale. Méthodes et problèmes . . . . . Alphonse BERNIER . . 368

NOUVELLES

XXIVe Congrès Français de Médecine. — Cours de Laryngo-Phoniâtrie. — Journées Internationales Périodiques de Cardiologie à Royat. — Société nouvelle 398

VARIÉTÉS

Temps nouveaux... La médecine en adjudication... au moins offrant!! . . . AGRICOLA 401

ANALYSES

MÉDECINE

Sur le rachitisme. Les découvertes récentes et leur interprétation (p. 375). Les séquelles de la tuberculose urinaire après la néphrectomie (p. 377).

GASTRO-ENTÉROLOGIE

La disparition des niches et images diverticulaires gastriques après traitement médical des ulcères de l'estomac (p. 379). Les brides du cholédoque: cholédochoduodénostomie; implantation d'une fistule biliaire externe à l'estomac (p. 380). Critères d'efficacité dans le traitement médical des ulcères (p. 381). Comment donner au tubage duodénal son rendement maximum (p. 382).

CARDIOLOGIE

Facteurs influençant le pronostic du pouls alternant (p. 382). De l'action du cobalt comme agent hématopoiétique (p. 382). Lésions du système auriculo-ventriculaire de conduction, au cours de la fièvre rhumatismale (p. 383). Hypertension artérielle chez un enfant de 2 ans (p. 383).

PHTISIOLOGIE

Les pneumothorax dangereux (p. 384). La thoracectomie à ciel ouvert dans le traitement des empyèmes tuberculeux (p. 384).

NUTRITION

Considérations sur le mécanisme des accidents dits d'hypoglycémie (p. 385). Epreuves de tolérance sanguine aux graisses dans la dénutrition et l'obésité (p. 385). Le rhumatisme goutteux (p. 386).

NEURO - PSYCHIATRIE

Les indications d'opérer sur le système nerveux sympathique (p. 386).

CHIRURGIE

Dix années de consultation de proctologie (p. 388).

GYNÉCOLOGIE

Période de fertilité et de stérilité dans le cycle menstruel (p. 390). Recherche sur les signes directs de l'ovulation chez la femme (p. 390).

UROLOGIE

Uretère ectopique avec abouchement extravésical (p. 391). Rupture spontanée de la vessie (p. 392).

PÉDIATRIE

Conceptions actuelles sur l'étiologie de la scarlatine (p. 392). Douleurs abdominales chroniques chez les enfants. Syndromes gastriques chez l'enfant (p. 393).

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE

Un procédé simple d'ostéosynthèse temporaire dans les fractures obliques (p. 394).

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

La syphilis acquise chez l'enfant (p. 394). Sort du "treponema pallidum" sous l'influence thérapeutique de l'arsenic et du bismuth (p. 395). "Pityriasis versicolor", biotropique (p. 396). La pyrétothérapie du Mycosis fongoïde (p. 396).

ÉLECTRO-RADIOLOGIE

Radiothérapie des sinusites (p. 396). L'anatomie radiologique des angles coliques et du recto-sigmoïde dans les positions transverses (p. 397).

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

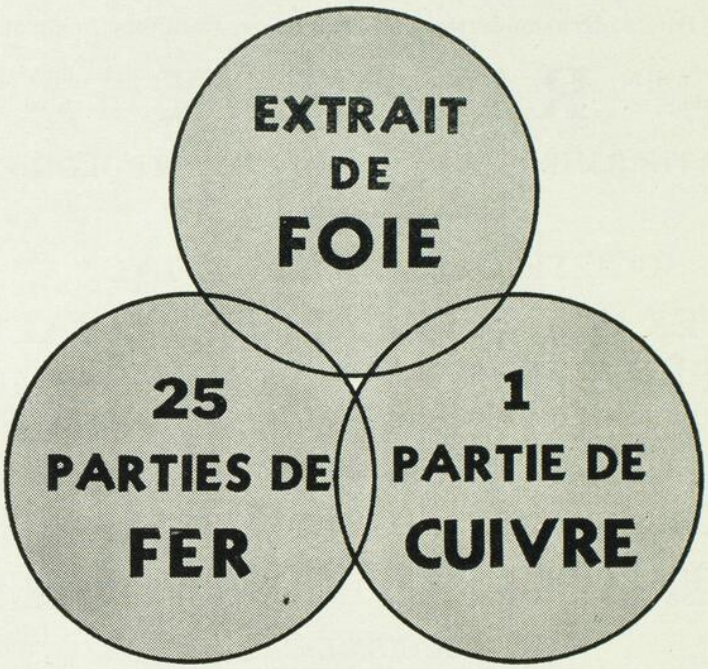
PAUL CARDINAUX

Docteur es-Sciences

"PRECISION FRANÇAISE"

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

ANÉMIES
SECONDAIRES



L'Elixir Copron, Abbott, est une combinaison d'extrait de foie, de cuivre, de fer et de vin de porto.

Tonique particulièrement agréable au goût, l'Elixir Copron est recommandé pour le traitement des anémies en général, plus spécialement des anémies de nutrition et autres anémies secondaires.

Information détaillée sur demande: Laboratoires Abbott Ltée, Montréal.

●

Chaque once fluide représente:

Foie frais	40 grammes (1 once ½)
Fer	66 mmg. (1 grain)
Cuivre	2.66 mmg. (1/25 de grain)

●

ELIXIR **COPRON** ABBOTT

Tome LXV No 4 Avril 1936

IN MEMORIAM

LE PROFESSEUR O.-A. GAGNON

Le docteur Oswald-Adhémar Gagnon, professeur titulaire de chirurgie opératoire à l'Université de Montréal et chirurgien de l'hôpital Notre-Dame avec le grade de chef-adjoint, est décédé le 3 mars dernier, après quinze mois de maladie.

Malgré la tristesse profonde qui remplit le cœur de tous ses amis, ceux qui ont suivi les étapes de sa longue agonie trouvent quelque adoucissement à la pensée que son trépas a mis un terme à ses souffrances et à ses angoisses.

Gagnon est resté, dans la maladie et dans la mort, ce qu'il avait été durant sa vie: lutteur courageux aussi longtemps qu'il y eut espoir de guérison, pour accepter ensuite, avec stoïcisme et résignation, la rigueur du fait inévitable!

Sa disparition prive l'Université et l'hôpital Notre-Dame d'un champion indéfectible de leur cause; elle leur enlève un serviteur loyal et un collaborateur actif et désintéressé.

Tous, nous perdons en lui un ami généreux, dont la grande sincérité s'affirmait encore dans son dernier acte officiel: au moment même où il entrait dans la crise finale qui devait l'emporter deux heures plus tard, le Conseil de la Faculté prenait connaissance de sa dernière lettre, écrite le jour même, et dans laquelle, en s'excusant que la maladie l'empêchât d'assister à l'assemblée, il manifestait le désir de supporter par son vote la promotion postulée par l'un de ses assistants.

Esprit droit et convaincu servi par un tempérament très vif, Gagnon ne put jamais souffrir l'intrigue ni l'injustice; il les exposa et les flétrit partout où il les rencontra. Son impétuosité ne s'arrêtait pas à mesurer l'adversaire; tous, grands ou petits, étaient pesés à la même balance et subissaient indistinctement l'appréciation de sa nature franche et loyale.

Gagnon fut un excellent chirurgien dont la haute valeur fut consacrée, à la fois, par la confiance que lui accordèrent ses confrères et par la fidélité que sa nombreuse clientèle lui garda jusqu'au dernier moment.

Il fut en plus un chirurgien honnête et bon. L'intérêt du malade a toujours été l'objet premier de sa considération. Son jugement sain, sa modestie, le protégèrent contre la fascination des actes opératoires plus brillants qu'efficaces: il donnait plus d'importance à la précision du diagnostic et à l'étude désintéressée des indications thérapeutiques. Les résultats définitifs le préoccupaient davantage que les succès opératoires.

Travailleur infatigable, il exigeait beaucoup de ses aides; mais, en revanche, il avait le bon esprit de s'en imposer davantage à lui-même. Son exemple entraînait les autres.

Surmené depuis longtemps, son cœur hypertendu avait dû subir la discipline de son inflexible courage, sans que les conseils de ses amis pussent l'amener à diminuer ses activités.

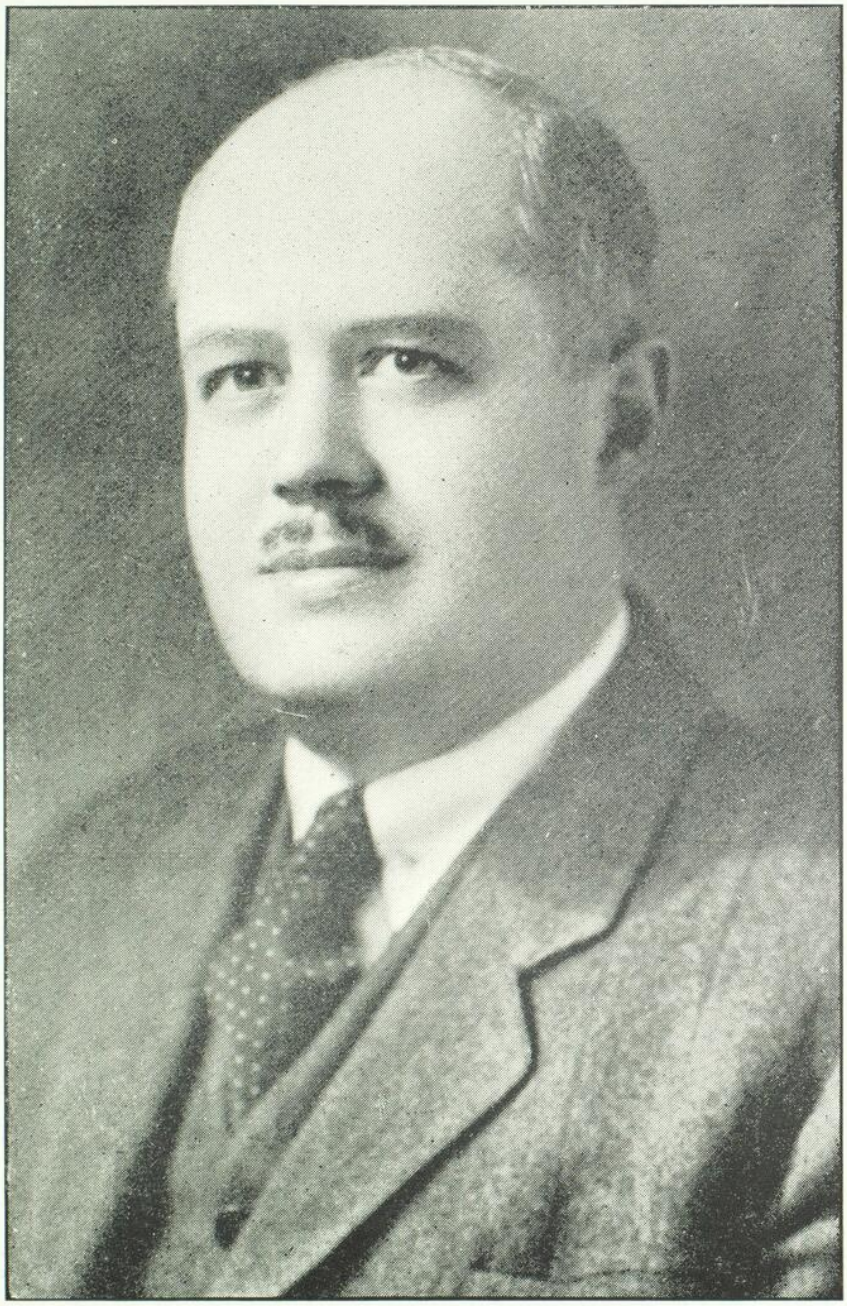
Le bien des malades fut la grande inspiration de toute sa vie, et l'accomplissement du devoir, sa seule préoccupation.

Il en est mort à cinquante ans! Mais sa vie professionnelle nous reste comme un probant exemple de loyauté au serment d'office.

Pour nous dont il a été, pendant vingt-cinq années, l'ami dévoué et le collaborateur intègre, nous sentons toute l'étendue de la perte que nous venons de faire. En témoignage de gratitude à sa mémoire, nous voulons déposer sur sa tombe le pieux souvenir de notre confraternel attachement et l'expression de nos douloureux regrets!

Nous prions Madame Gagnon, dont l'inlassable dévouement s'est appliqué, sans trêve et sans défaillance, à adoucir l'amertume de ce long martyre, d'agréer, pour elle et ses enfants, l'hommage ému de notre profonde sympathie.

B.-G. BOURGEOIS



Le docteur Oswald-Adhémar GAGNON

MÉMOIRES

BIBLIOTHÈQUE
SAINT-JEAN, QUÉBEC

ULCÈRE PERFORÉ DE L'ESTOMAC, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT.

Par Antonio BELLEROSE, F.R.C.S. (Canada)
Professeur agrégé de Pathologie externe à l'Université de Montréal,
Chirurgien de l'hôpital Notre-Dame.

La publication d'une dizaine d'observations de malades que nous avons dû opérer en ces dernières années pour ulcère perforé d'estomac, nous fournit l'occasion d'exprimer nos idées personnelles sur la question du diagnostic et du traitement de cette affection.

D'une façon générale on peut dire qu'une douleur subite, violente, en coup de poignard, à début sus-ombilical, et une contracture invincible de la paroi abdominale constituent, s'il existe un passé gastrique, une symptomatologie suffisante pour poser le diagnostic d'ulcère perforé et commander une intervention chirurgicale immédiate.

1° *Douleur.* — La douleur abdominale angoissante, comme celle produite par le coup de poing au plexus solaire, est le symptôme initial de la perforation; elle ne manque qu'exceptionnellement. Son siège est situé au-dessus de l'ombilic, presque toujours à l'épigastre, et ce n'est que plus tard qu'elle s'étend à tout l'abdomen.

2° *Contractures.* — L'inspection suffit chez les sujets maigres, pour déceler la contracture abdominale; on voit les muscles droits se dessiner à travers les téguments et la respiration prendre le type franchement thoracique pour immobiliser l'abdomen. D'ailleurs, le palper manuel nous permet d'apprécier avec beaucoup plus de certitude l'intensité de ce phénomène.

Cette défense musculaire précoce se rencontre dans tous les cas. Au cours des premières heures elle est localisée dans la zone sus-ombilicale, plus tard elle gagne tout l'abdomen, cependant son maximum est toujours entre l'ombilic et le gril costal.

3° *Antécédents gastriques.* — Dans l'immense majorité des cas, on constate, si l'interrogatoire est bien fait, que la perforation éclate chez des personnes ayant présenté un plus ou moins grand nombre

de signes d'ulcère gastrique, tels que: douleurs tardives après les repas, vomissements, voire même de l'hématémèse ou du melœna. Tout de même, il faut admettre que 10% des perforés sont porteurs d'ulcère latent qu'il est impossible de diagnostiquer même après un examen minutieux.

En plus des symptômes cardinaux d'ulcère perforé que nous venons d'énumérer, il peut se trouver un certain nombre d'autres signes. Ceux-ci n'ont de valeur au point de vue du diagnostic que s'ils sont positifs, aussi les qualifierons-nous du nom de *signes secondaires*. Ce sont les vomissements, l'hématémèse, le ballonnement, la disparition de la matité hépatique, l'état de shock et les signes radioscopiques; pour nous, seule la disparition de la matité hépatique et les signes radioscopiques méritent d'être étudiés.

La disparition de la matité hépatique, si l'abdomen est plat, constitue un symptôme de perforation, il en est autrement s'il y a ballonnement, car elle peut être tout aussi bien causée par des gaz contenus dans le gros intestin que par des gaz libres dans la cavité péritonéale.

Les signes radioscopiques, fournis par l'examen de l'abdomen aux rayons X, consistent dans l'apparition sur l'écran d'une zone transparente très claire qui change de position avec les déplacements du malade; lorsque le malade est debout, elle affecte la forme d'une faucille étroite située au-dessus du foie et apparaît pendant l'expiration. Ce phénomène est dû au fait qu'il y a de l'air libre dans la cavité péritonéale, s'il est positif nous y attachons une certaine importance.

Voilà, en somme, pour nous l'ensemble des symptômes qui permettent de porter un diagnostic à peu près certain de perforation stomacale par ulcus.

Les observations personnelles qui vont suivre confirment, il nous semble, ce que nous avons énoncé à propos de la symptomatologie et ce que nous dirons à propos du traitement de la perforation gastrique.

OBS. 1. — M. Z. B., 56 ans, est admis d'urgence à l'hôpital Notre-Dame pour douleurs intenses au creux épigastrique.

Les douleurs ont débuté quelques heures avant son admission. Il nie tout passé digestif, cependant un interrogatoire serré révèle une crise antérieure semblable, qui a duré deux ou trois jours.

Examen local: Ventre de bois, défense musculaire généralisée à tout l'abdomen, douleur à la palpation, surtout prononcée à la région épigastrique. Matité hépatique diminuée.

Diagnostic: Ulcère perforé de l'estomac à la quatrième heure.

Opération d'urgence: Suture simple d'une perforation située au milieu d'un ulcère calleux. Drainage du carrefour gastro-hépatique, drainage du Douglas.

Guérison.

OBS. 2. — M. E. B., 26 ans, admis d'urgence à l'hôpital Notre-Dame pour douleurs paroxystiques à la région sus-ombilicale.

Les douleurs ont débuté 12 heures avant son admission à l'hôpital, accompagnées de vomissements. Il souffre de troubles gastriques depuis un an.

Examen local: Défense musculaire considérable généralisée à tout l'abdomen, mais plus marquée au creux épigastrique. Présence de la matité hépatique.

Diagnostic: Ulcère perforé de l'estomac à la douzième heure.

Opération: Suture simple d'une perforation située au centre d'un ulcère calleux. Drain au carrefour gastro-hépatique et dans le Douglas.

Guérison.

OBS. 3. — M. A. de R., 31 ans, admis à l'hôpital pour douleurs intenses dans l'hypocondre droit.

Les douleurs ont commencé, 24 heures avant son entrée, au creux épigastrique accompagnées de nausées sans vomissement. On retrouve chez ce malade des antécédents gastriques.

Examen local: Douleur et défense musculaire franchement localisées dans l'hypocondre droit.

Diagnostic: Ulcus perforé depuis 24 heures.

Opération: Suture simple d'une perforation du duodénum. Cholécystostomie. Drainage sus-hépatique et du Douglas.

Guérison.

OBS. 4. — M. M. E., 52 ans, entre à l'hôpital Notre-Dame, pour douleurs épigastriques intenses ayant débuté subitement il y a 36 heures.

Ces douleurs sont accompagnées de vomissements. Le malade souffre depuis plusieurs années de troubles digestifs qui ont nécessité chez lui l'abandon des affaires.

Examen local: Douleur et défense musculaire généralisées à tout l'abdomen avec maximum dans la région épigastrique. Disparition de la matité hépatique sans ballonnement.

Diagnostic: Ulcère perforé de l'estomac à la trente-sixième heure.

Opération: Suture simple sans épiploplastie. Drainage du foyer et du pelvis.

Mort: Septico-pyohémie nécessitant une costotomie.

OBS. 5. — M. O. G., 38 ans, dirigé vers l'hôpital pour douleur intense dans tout l'abdomen. La douleur a débuté en coup de poignard au creux épigastrique il y a deux jours. Antécédents gastriques; douleurs après les repas calmées par l'ingestion d'aliments.

Examen local: Matité hépatique disparue. Douleur et défense dans tout l'abdomen. La radioscopie montre la présence d'air sous la coupole diaphragmatique dans l'hypocondre droit.

Diagnostic: Perforation d'estomac à la 24e ou 36e heure. Etat général mauvais à cause d'une congestion pulmonaire assez intense.

Opération: Suture simple de la perforation avec épiploplastie. Drainage sus-pubien et de l'hiatus de Winslow.

Mort: Onze jours après l'opération de septico-pyohémie. Protocole d'autopsie n° 1006. Pleurésie. Péritonite. Thrombose pulmonaire. Ulcère pylorique en voie de cicatrisation. (Dr Paul Martin.)

OBS. 6. — M. L. C., 42 ans, est pris subitement de douleurs très violentes au creux épigastrique, il est admis à l'hôpital Notre-Dame 24 heures après le début de la maladie. On note des troubles digestifs antérieurs surtout prononcés depuis 5 ou 6 semaines.

Examen local: Ventre rétracté en carène. Douleur au creux épigastrique. Défense musculaire généralisée. Matité hépatique disparue. Une radioscopie demandée par le Dr Paul Ricard révèle la présence d'air entre le foie et le diaphragme.

Diagnostic: Ulcus perforé de l'estomac depuis 24 heures.

Opération: Suture simple avec drainage du Douglas et du carrefour gastro-hépatique.

Guérison.

OBS. 7. — M. T. G., 35 ans, admis d'urgence à l'hôpital pour douleur ayant débuté brusquement au creux épigastrique. Les douleurs accompagnées de nausées et de vomissements sont déjà généralisées à tout l'abdomen bien qu'elles ne soient apparues que depuis quelques heures.

Le malade souffre depuis deux ans de brûlements d'estomac survenant une heure après les repas.

Examen local: Défense musculaire dans tout l'abdomen, véritable ventre de bois. Douleurs ayant leur summum dans la région épigastrique. Sonorité hépatique avec ballonnement.

Diagnostic: Ulcère d'estomac perforé depuis 8 heures.

Opération: Suture simple. Drainage de l'épigastre et de l'hypogastre.

Mort: Toxémie.

OBS. 8. — M. J. L., 24 ans, admis d'urgence à l'hôpital pour appendicite aiguë.

Le patient nous dit que la maladie a débuté il y a deux jours par une douleur brusque dans la fosse iliaque droite avec nausées et vomissements. Présentement la douleur est généralisée à tout l'abdomen. Antécédents gastriques très nets.

Examen local: Défense musculaire généralisée, ventre de bois, la douleur a son maximum au point appendiculaire.

Diagnostic clinique: Appendicite aiguë avec péritonite.

Diagnostic opératoire: Ulcère d'estomac perforé avec péritonite.

Opération: Suture simple du pertuis sans épiploplastie. Drainage du pelvis et du carrefour gastro-hépatique.

Guérison: Après 86 jours d'hospitalisation.

OBS. 9. — M. A. B., 33 ans, hospitalisé pour douleur en coup de poignard au creux épigastrique avec vomissements. La maladie a débuté il y a 4 heures environ à la suite de libations copieuses.

Examen local: Douleur et défense musculaire dans tout l'abdomen. Disparition de la matité hépatique sans ballonnement.

Diagnostic: Perforation d'estomac à la suite d'un ulcère.

Opération: Suture simple de la perforation. Drainage sus-hépatique et drainage pelvien.

Guérison.

Traitement

Pour nous, tel que nous l'avons déjà écrit dans cette revue même, le traitement de l'ulcère gastrique perforé consiste dans une intervention chirurgicale, au cours de laquelle il faut se contenter, dans la plupart des cas, de la suture simple sans gastro-entérostomie complémentaire.

Nous ne sommes pas partisan de l'excision de l'ulcus, celle-ci, en outre d'allonger le temps opératoire, favorise les hémorragies. Nous sommes également opposé à la gastro-pylorectomie qui est une opération sérieuse ne devant être pratiquée que dans des cas exceptionnels.

L'opération pour ulcère perforé est une opération d'urgence faite presque toujours dans de mauvaises conditions, il s'agit surtout de sauver la vie du malade; voilà pourquoi il faut aller vite et ne faire que l'essentiel.

Tous les jours nous voyons des partisans de la suture avec gastro-entérostomie revenir au procédé de la suture simple sans anastomose gastrique. Encore dernièrement, un de nos collègues autrefois partisan de la gastro-entérostomie complémentaire, en présentant l'observation d'un de ses opérés pour perforation, semblait donner raison à ceux qui se contentent de la simple suture.

Cependant c'est une bien mauvaise pratique en médecine, et plus particulièrement en chirurgie que de vouloir généraliser et employer une technique uniforme pour tous les cas; il est évident qu'une gastro-entérostomie complémentaire doit être faite lorsqu'il existe un rétrécissement du pylore.

Le pronostic opératoire des ulcus perforés, du point de vue de la survie, dépend de la longueur du temps écoulé entre le moment de la perforation et le moment de l'intervention. Il est établi par des examens bactériologiques que les exsudats péritonéaux sont habituellement stériles ou ne contiennent que des germes très peu virulents, lorsque la perforation ne remonte pas à plus de 6 heures. Après la sixième heure, la septicité de l'exsudat augmente d'heure en heure, si bien qu'après 12 heures il contient dans 74% des cas du streptocoque hémolytique, du streptocoque viridens et du colibacille.

Au point de vue de la guérison de l'ulcère lui-même, il est admis que la moitié des cas guéris de leur perforation par la suture simple sont aussi guéris de leur ulcère. L'observation no 5 et celle rapportée dernièrement par les Drs Simard et Blagdon, à propos d'un ulcus perforé, sont la preuve de la possibilité de guérison par simple suture.

STRABISME ET HYGIÈNE MENTALE

Par Alfred DESLOGES,
Ophtalmo-oto-rhino-laryngologiste à l'hôpital Notre-Dame

Il est regrettable que tant de cas de strabisme soient négligés ou insuffisamment traités, alors qu'un très grand nombre pourraient être corrigés. Nous ne considérons ici que le strabisme concomitant, caractérisé par une déviation oculaire constante dans toutes les directions du regard, contrairement au strabisme paralytique.

L'enfant qui louche est généralement sujet aux railleries de ses camarades. Aux jeux, il demeure en arrière; en classe, il hésite à les surpasser par timidité. D'autre part, à ce défaut peu esthétique, s'ajoute la mauvaise vision de cet œil qui louche, rendant ses études beaucoup plus pénibles.

Triste et craintif, il devient en grandissant de plus en plus conscient de son infirmité. Graduellement, se développe chez lui un *complexe d'infériorité* dont il ne pourra plus jamais se défaire.

A l'âge adulte, manquant de confiance en lui-même, il échoue fréquemment dans ses tentatives d'obtenir un emploi, une promotion, etc. Et, cependant, il possède toutes les aptitudes et toutes les connaissances requises! Peu à peu, il finit par perdre tout espoir de se créer une situation dans la vie. Il devient morose, sombre; son caractère s'aigrit; il se croit bientôt la victime de son entourage. Cet état neurasthénique, partage habituel des loucheurs, va même jusqu'au délire de persécution.

S'il s'agit d'une jeune fille, à ces souffrances morales s'ajoute celle de se voir mise de côté, sans espoir de mariage, elle entrevoit pour l'avenir une vie solitaire.

L'éducation joue un rôle important dans cette question du strabisme, dont on ne doit pas sous-estimer les conséquences sérieuses.

Tous les parents doivent être renseignés sur l'importance d'un traitement précoce et sur la nécessité de consulter un spécialiste dès qu'apparaissent les premiers signes de cette défectuosité. Attendre, c'est compromettre les chances de succès du traitement médical.

Combattons ce préjugé qui s'oppose à ce qu'un enfant porte des verres dès le bas âge et cette notion absurde que les yeux se redresseront normalement avec les années. Insistons sur la haute efficacité d'un *traitement médical précoce,* et aussi sur l'importance des maladies infectieuses chez l'enfant qu'une vision défectueuse expose déjà au strabisme. La déviation se précisera ou s'aggravera à la suite de l'infection. Ne négligeons pas cette déviation oculaire; c'est une erreur de croire qu'elle disparaîtra avec le retour à la santé.

L'enfant qui louche a le droit de compter sur les efforts réunis de ses parents, des éducateurs, de la profession médicale et de la société pour lui préserver sa vision et lui restaurer l'équilibre de ses yeux.

Le point de vue esthétique est celui auquel on attache généralement le plus d'importance. Il est néanmoins une autre raison tout aussi valable qu'il faut envisager. Un œil dévié, non traité et non corrigé, se détériore graduellement. Il est vrai qu'un individu peut traverser la vie avec un seul œil, mais s'il survient un accident au bon œil, c'est la cécité.

Le strabisme concomitant

Dans le strabisme concomitant la déviation secondaire est égale à la déviation primaire. Cette déviation oculaire peut être latente, alternante, intermittente ou permanente.

Le strabisme latent n'apparaît pas quand les yeux sont découverts, mais il se manifeste en plaçant un écran devant un œil. Pour le rechercher, le malade doit fixer un objet avec l'œil découvert pendant que derrière l'écran on observe l'œil recouvert. On note alors que la déviation disparaît lorsque l'écran est enlevé. Ce strabisme résulte d'une insuffisance musculaire; l'équilibre musculaire étant altéré, le sujet atteint deviendra avant longtemps un loucheur.

Le strabisme concomitant revêt deux aspects cliniques: *le strabisme convergent* et *le strabisme divergent.*

Le strabisme convergent apparaît ordinairement entre quatre et cinq ans. Au début, il peut être intermittent, alternant, mais il finit par devenir fixe et permanent. Dans le strabisme convergent ancien, l'adduction est augmentée et l'abduction diminuée. La déviation oculaire apparaît toujours dans l'œil qui voit le moins; souvent l'œil dévié est tout à fait amblyopique. La vision binoculaire est toujours affectée parce que l'œil dévié neutralise. Le strabisme convergent concomitant survient ordinairement chez l'hypermétrope moyen.

























L'effort d'accommodation, considérable chez les hypermétropes, entraîne une convergence exagérée des globes oculaires et, par la suite, l'apparition du strabisme. L'inégalité de la réfringence oculaire et l'amblyopie d'un œil sont les principales causes du strabisme.

Le strabisme divergent, moins fréquent que le convergent (environ 30% de tous les strabismes), apparaît généralement plus tard dans la vie. Il peut être unilatéral ou alternant, permanent ou intermittent, constant ou latent. La déviation est variable, légère, modérée ou très marquée. Dans les cas de strabisme alternant, la vision est à peu près la même dans les deux yeux, alors que dans les cas de strabisme permanent l'œil dévié présente une acuité visuelle plus faible que l'œil fixateur. Le strabisme divergent se rencontre surtout chez les myopes. La mauvaise vision d'un œil ou l'amblyopie en sont la cause.

Etiologie du strabisme concomitant

Les principales causes sont les suivantes:

1) Les vices de réfraction: hypermétropie, myopie, astigmatisme, anisométropie.

2) L'altération de la vision d'un œil: taie ou leucôme de la cornée, obstruction de la pupille, cataracte congénitale, lésion de la rétine ou du nerf optique.

3) Les tares héréditaires.

Traitement médical du strabisme convergent

1) *L'atropinisation,* qui, en paralysant l'accommodation, supprime la convergence et très souvent fait disparaître le strabisme chez l'enfant.

2) *La correction visuelle* par les verres supprime la cause principale de la déviation et maintient le redressement oculaire opéré par l'atropine.

3) L'effet de l'atropinisation étant disparu, on note fréquemment la réapparition de la déviation oculaire à un degré toutefois moindre grâce à la correction visuelle apportée par les verres. C'est alors que l'atropinisation de l'œil fixateur, à certains intervalles, permettra de faire travailler l'œil dévié et opérera un redressement complet.

4) *Les exercices stéréoscopiques* devront être employés pour réveiller le sens de la vision binoculaire.

Traitement médical du strabisme divergent

La correction des vices de réfraction dans le strabisme divergent, alternant ou intermittent, sera souvent efficace lorsque la déviation est légère et que la différence d'acuité visuelle des deux yeux n'est pas trop grande. Malheureusement, l'œil, dans le strabisme divergent marqué, présente toujours une acuité visuelle très faible et les verres correcteurs sont la plupart du temps impuissants à la corriger. Il faut alors avoir recours au traitement chirurgical.

Les chances de succès du traitement médical dépendent de l'âge du patient et de la tenacité du traitement. Si les parents amenaient leur enfant dès que cette déviation oculaire est reconnue, nous pourrions très souvent corriger la déviation, empêcher l'amblyopie de se développer et, de ce fait, éviter l'opération.

Manière de se comporter en présence d'un strabisme avant d'avoir recours au traitement chirurgical

1) Rechercher et corriger les vices de réfraction. Si l'œil se redresse complètement, il suffit de faire porter constamment des verres jusqu'à ce que la déviation ne se manifeste plus, les verres une fois supprimés.

2) Si l'œil se redresse incomplètement, il faudrait essayer la cure à l'atropine et les exercices stéréoscopiques, dont les résultats ne sont cependant pas toujours satisfaisants.

3) Lorsque le traitement médical a échoué, il faut attendre et voir si l'âge de la puberté n'apportera pas quelque amélioration au cours du développement de la face à la suite de l'écartement des yeux. S'il n'y a pas d'amélioration, il ne reste plus que le traitement chirurgical.

Traitement chirurgical

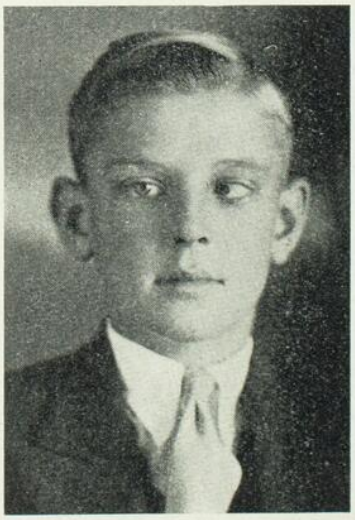
Deux procédés opératoires permettent de redresser les yeux. Le recul de l'insertion musculaire du côté de la déviation et l'avancement du muscle du côté opposé à la déviation. Souvent, suivant le degré du strabisme, les deux procédés sont combinés. Il serait trop long d'en décrire les différentes techniques. L'opération se pratique facilement, sous anesthésie locale, et demande un séjour à l'hôpital d'une semaine environ. L'hyperémie oculaire disparaît graduellement après cinq ou six semaines. Il arrive, dans certains cas, qu'une seconde opération



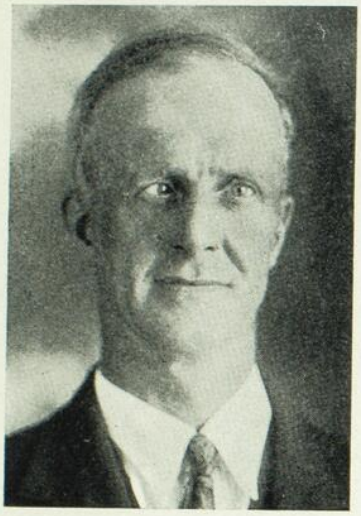


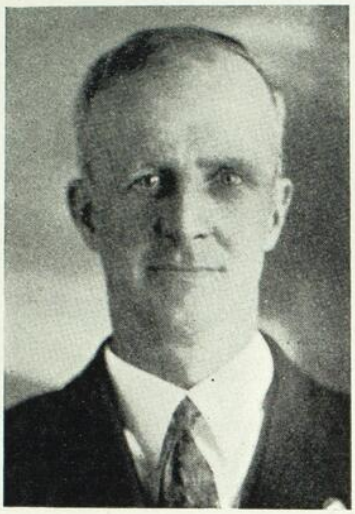




















soit nécessaire. Les résultats sont très satisfaisants, dans la grande majorité des cas. Les complications oculaires n'ont jamais de conséquences sérieuses, comme semblent le croire les patients et le public.

Les photographies ci-jointes font voir les résultats qui peuvent être obtenus par le traitement chirurgical. J'ai opéré ces malades à l'hôpital Notre-Dame, Montréal, et l'observation, dans chaque cas, a démontré des résultats durables et permanents.

GREFFE OSSEUSE DANS LE TRAITEMENT DE LA SCIATIQUE

Par J.-E. SAMSON,
Chirurgien-orthopédiste à l'hôpital du Sacré-Coeur.

Depuis trop longtemps, les diagnostics de sciatique, rhumatisme, lumbago, ont été employés pour désigner des affections diverses de la région lombo-sacrée, donnant des irradiations douloureuses à l'un ou aux deux membres inférieurs.

Dans un excellent article paru dans l'*Union Médicale* de février 1936, M. Roma Amyot dit avec raison: "Il n'y a pas plus de sciatique essentielle que d'épilepsie idiopathique." Après avoir passé en revue les nombreuses causes organiques pouvant donner des symptômes de douleur "sciatique", il en décrit une belle observation.

Nous sommes tout à fait d'accord avec lui sur les causes pathogéniques de ce symtôme "sciatique". Nous voudrions simplement, dans ce court article, insister sur deux points: 1° la fréquence de ce syndrome douloureux dans les cas de fonctionnement imparfait des articulations apophysaires lombo-sacrées; 2° sur les résultats heureux obtenus par la greffe osseuse dans le traitement de ces diverses causes donnant des symptômes de sciatique. Lombalisation, sacralisation, arthrite sacro-iliaque, mauvaise implantation lombo-sacrée congénitale ou scoliotique, fournissent un contingent nombreux de candidats à la "sciatique", mais, d'après notre expérience, la cause la plus fréquente de ce syndrome douloureux provient d'un mauvais rendement fonctionnel des articulations apophysaires lombo-sacrées. Cette cause étiologique n'a peut-être pas, jusqu'à maintenant, suffisamment retenu notre attention, et c'est pour l'avoir méconnue que le traitement du symptôme sciatique s'est montré si souvent infructueux. La littérature médicale n'en fait guère mention et, cependant, nous croyons bien que ces articulations sont fréquemment, de par leur situation, le siège de lésions diverses de nature traumatique ou infectieuse, qui donnent des signes fonctionnels évidents si on sait les reconnaître.

Pour mieux comprendre cette question, il n'est peut-être pas inutile de rappeler certaines notions anatomiques et physiologiques de la région lombo-sacrée. Les diverses courbes vertébrales: lordose cervicale et lombaire, cyphose dorsale, servent habituellement à la répar-

tition égale du poids du tronc sur la surface portante des corps et des disques vertébraux. Les disques permettent le mouvement plus ou moins étendu suivant l'âge du sujet et la région vertébrale. Normalement, les apophyses articulaires vertébrales et lombo-sacrées ne servent pas à porter le poids du tronc, mais à faciliter les mouvements de flexion ou d'extension lombo-sacrée. Or, il arrive fréquemment, à la suite de l'exagération de la lordose lombaire, que le poids du tronc ne porte plus également sur le corps de la cinquième lombaire et du disque intervertébral, mais qu'il ne repose que sur la partie postérieure du disque et sur les articulations apophysaires lombo-sacrées. Ces articulations, formées comme toute articulation d'une capsule et de ligaments, ainsi soumises à une tension inaccoutumée, deviennent fréquemment le siège de réaction inflammatoire entretenue par les microtraumatismes, les entorses répétées; cette réaction peut s'atténuer sous l'influence du repos, de la chaleur, etc., ou s'aggraver et conduire à un véritable état d'arthrite.

Cette notion nous oblige à penser que l'infiltration ligamento-capsulaire de cette région expose à une irritation, par compression, des éléments nerveux s'échappant des trous de conjugaison; elle explique ainsi facilement le syndrome douloureux à forme sciatique dont se plaignent les patients.

Toute cause qui peut exagérer la lordose lombaire peut donc déterminer ce syndrome "sciatique". Ainsi, une attitude vicieuse de maintien, une anomalie vertébrale congénitale ou acquise, un mauvais fonctionnement des articulations coxo-fémorales, une surcharge graisseuse de la paroi abdominale accompagnée de ptose viscérale, peuvent donner des signes de sciatique.

Malgré l'intérêt que fournirait l'étude de chacune de ces causes, nous n'insisterons ici que sur la dernière. En effet, c'est parmi les obèses que l'on compte le plus grand nombre de patients souffrant de sciatique. Les femmes semblent plus fréquemment atteintes que les hommes. En les questionnant, l'on découvre que l'origine de leurs troubles remonte vers l'âge de quarante-cinq ans et qu'elle coïncide avec l'apparition de leur obésité. A l'examen, l'on constate que la paroi abdominale, abondamment garnie de graisse, commande une lordose importante. Cette condition est souvent aggravée par l'insuffisance musculaire et la ptose viscérale provenant de grossesses multiples. Par suite d'une fatigabilité plus grande à la marche et au travail, la patiente est portée à réduire son activité et, ainsi, à exagérer son

embonpoint. Aussi, arrive-t-il fréquemment qu'à cette période elle commence à ressentir les premières atteintes de la "sciatique": douleurs vagues au dos irradiant au genou, apparaissant à la fatigue, disparaissant au repos. Croyant alors être atteinte de "rhumatisme sciatique", elle cesse de manger de la viande et prend tous les médicaments "anti-acide urique" en usage. Méconnaissant la cause réelle de ses ennuis et continuant sa vie sédentaire, elle voit son poids augmenter constamment. Après un certain temps, les douleurs deviennent plus tenaces, plus vives, empêchent la malade de dormir la nuit et limitent davantage son activité fonctionnelle. Les symptômes d'arthrite chronique apophysaire lombo-sacrée deviennent de plus en plus évidents. Si, à ce moment, l'on examine la malade, en position verticale, l'on constate un enraidissement complet de la région lombo-sacrée; la pression au niveau des apophyses articulaires lombo-sacrées est toujours douloureuse et déclenche souvent une crise de sciatique. Le signe de Lasègue, souvent positif en dehors de la crise douloureuse, l'est constamment à la phase aiguë. En position couchée, la patiente garde l'attitude qu'elle avait debout. Une radiographie, prise à ce moment, indique toujours une altération plus ou moins grave des articulations apophysaires lombo-sacrées.

L'examen de la malade, à l'état de crise, est caractéristique: l'expression de sa figure indique qu'elle est en proie à une vive douleur; le tronc, "crampé" en attitude de flexion et d'inclinaison latérale du côté opposé, ne peut se redresser spontanément, ni passivement; le membre inférieur douloureux se tient fléchi et paraît plus long que l'autre par suite de l'inclinaison du bassin de ce côté. Les masses musculaires lombo-sacrées sont dans un état de contracture que rien ne peut vaincre. La pression au niveau des articulations apophysaires lombo-sacrées provoque toujours une exagération de la douleur. L'hyperextension de la hanche est le seul mouvement de cette articulation qui provoque de la douleur.

L'apparition de ces symptômes doit toujours orienter le clinicien vers un examen méthodique de la région lombo-sacrée, et la constatation des signes, décrits antérieurement, l'autoriser à reconnaître l'étiologie mécanique des troubles dont se plaint le patient.

En résumé, en présence d'un syndrome de sciatique, le clinicien doit toujours étudier attentivement chaque cas en particulier et essayer d'en reconnaître l'étiologie, afin de pouvoir instituer un traitement judicieux et éclairé.

Traitement

La médication anti-névralgique et anti-rhumatismale, la radiothérapie, la diathermie, etc., sont habituellement inefficaces dans le traitement de ces formes de "sciatique", de même que toutes les injections médicamenteuses faites au niveau du sciatique ou des ganglions sympathiques para-vertébraux; le traitement logique doit donc viser à atténuer ou faire disparaître la cause mécanique qui détermine le syndrome douloureux.

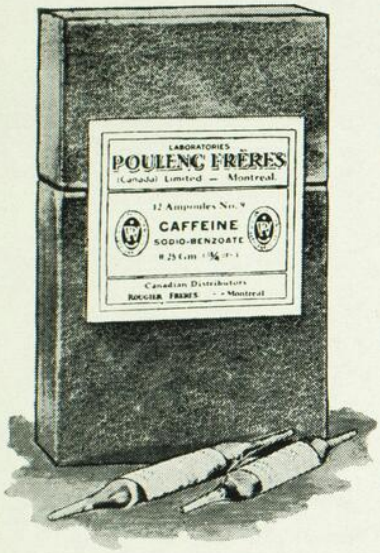
Nous mettons ici volontairement de côté (nous reviendrons plus tard sur ce sujet) le traitement de la lombalisation, sacralisation et de toutes les autres causes mécaniques ou fonctionnelles de la région lombo-sacrée qui peuvent donner un syndrome douloureux à forme sciatique, pour ne nous occuper que de celui de l'arthrite lombo-sacrée entretenue par l'obésité.

Il faut, d'abord, établir un régime alimentaire et hygiénique permettant de réduire le poids, et supporter la paroi abdominale par un bon corset orthopédique. Ces moyens simples réussiront à guérir un bon nombre de patients dont les articulations apophysaires lombo-sacrées ne sont pas encore atteintes de lésions de péri-arthrite ou d'arthrite grave; ils doivent toujours être tentés en premier lieu. En cas d'insuccès, l'immobilisation de la région malade s'impose; quelquefois, le simple repos prolongé au lit suffit, mais souvent, il faut avoir recours à d'autres moyens tels que: traction, plâtre spica, etc.

D'après notre expérience portant sur le traitement de cent deux cas d'arthrite chronique lombo-sacrée, le verrouillage lombo-sacré au moyen de greffes osseuses, est la méthode de choix qui réussit toujours, en immobilisant la région douloureuse, à faire disparaître le "syndrome sciatique".

Quarante-trois patients ont été opérés à date et tous ont été guéris définitivement. Fait intéressant à noter et qui démontre bien l'origine mécanique de ces troubles de "sciatique", ce n'est que lorsque la soudure des greffes au sacrum et aux vertèbres lombaires est réalisée, que la douleur sciatique disparaît. Il est facile de comprendre l'anxiété de ces malades, désabusés par l'essai infructueux de tant de moyens scientifiques et empiriques, en face de la persistance de leur douleur, dans les semaines qui suivent l'opération; aussi, faut-il voir avec quelle satisfaction ils la voient diminuer vers le trente et unième jour, jusqu'à sa disparition complète vers le soixantième.

Quelques formules offrant un intérêt spécial:



Calcium (Chlorure de)

(10 c.c.) 0.10 gr. par c.c. Antihémorragiques récalcifiantes. Pour injections intraveineuses.

Glycérophosphate composé

Formules Nos 1 et 2, associant le Glycérophosphate de Soude au Cacodylate de Soude et à la Strychnine.
Formule No 3 — Glycérophosphate de Soude avec Méthylarsinate et Acide Nucléinique.

Salicylate de Soude

(10 c.c.) 0.10 gr. par c.c. Solution glucosée. Traitement intraveineux du rhumatisme articulaire aigu, encéphalite, sclérose en plaques.

Salicylate de Soude

Nécessaire pour injections intravariqueuses. Traitement des varices par la méthode sclérosante.

LES

AMPOULES "POULENC"

DE

Solutions Titrées et Stérilisées

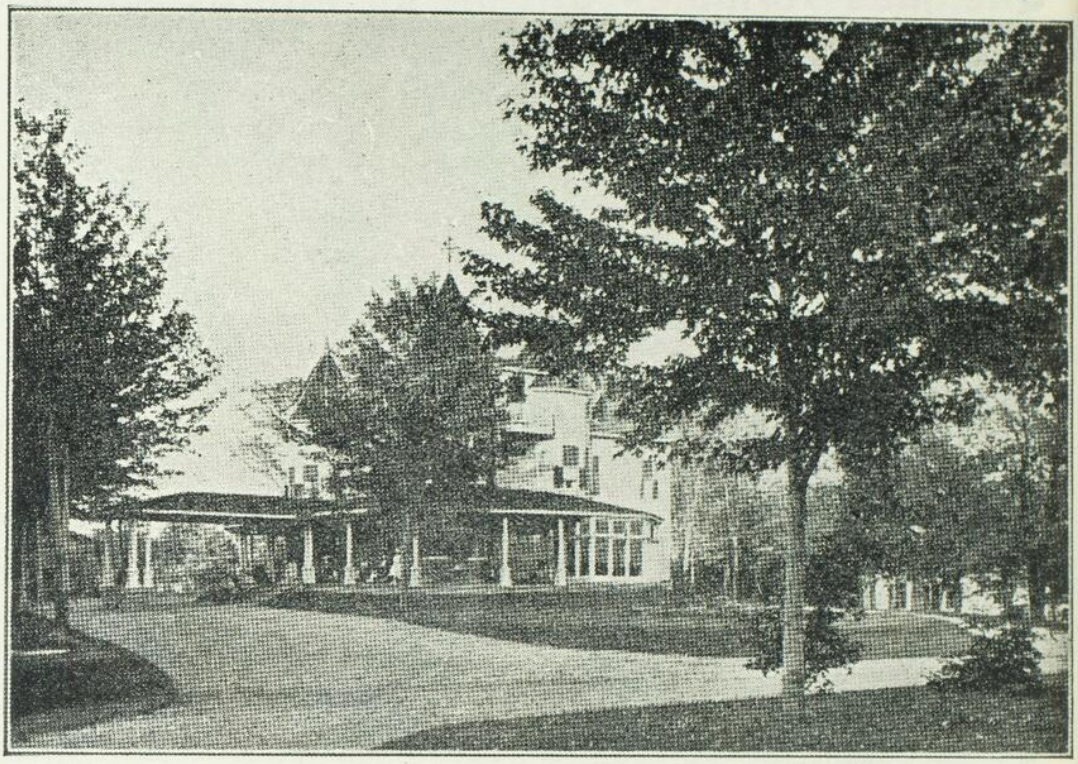
- présentent les plus sûres garanties de dosage rigoureux, de pureté et d'activité constantes.
- Elles sont absolument stériles, stables et indolores à l'injection.
- Les récipients sont faits de verre inattaquable, n'altérant pas les solutions.

Exigez de votre pharmacien la marque d'ampoules "POULENC"

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**

Nous avons opéré des patients alités depuis deux ou trois ans, qui ont guéri définitivement dans les délais normaux de l'ossification osseuse et qui ont pu reprendre leur activité usuelle. L'âge avancé ne nous a pas empêché d'intervenir si, par ailleurs, le patient pouvait supporter l'opération jugée nécessaire. L'une de nos opérées, âgée de soixante-quatre ans, a eu des suites opératoires normales et demeure guérie de sa sciatique qui l'immobilisait au lit, depuis plus d'un an.

En face des résultats heureux et constants obtenus par le traitement causal du syndrome douloureux à forme sciatique, nous voudrions *engager fortement* les cliniciens à reconnaître la nature de cette sciatique, par un examen minutieux de chaque patient avant d'instituer un traitement symptomatique aléatoire. Une meilleure compréhension pathogénique de ce trouble devrait restreindre l'emploi de termes vagues, tels que: rhumatisme, lumbago, sciatique, et orienter vers un traitement causal qui fasse disparaître les effets.

RECUEIL DE FAITS

SCIATIQUE ET SACRALISATION DE LA CINQUIÈME VERTÈBRE LOMBAIRE.

Second document clinique

Par Roma AMYOT,
Médecin de l'hôpital Notre-Dame.

Nous ne croyons pas qu'il est superflu de rapporter une seconde observation de sciatique d'un malade à rachis dystrophique, à rachis dont la cinquième vertèbre lombaire, entre autres malformations, présentait une sacralisation.

Nous n'insisterons pas sur les causes les plus fréquentes de la sciatique. Nous les avons énumérées dans un travail récent paru dans ce Journal.

Si nous produisons ce nouveau cas, c'est que nous désirons appuyer la conception suivante : une dystrophie rachidienne, comme la sacralisation de la cinquième lombaire, peut contribuer à faire apparaître des algies à type sciatalgique ou cruralgique ; c'est qu'aussi nous voulons insister sur ce point de vue doctrinal : la sciatique de ces malades n'est pas directement liée à la présence de grosses vertèbres transverses, articulées ou non avec l'os iliaque et le sacrum, qui compriment ou irritent la 1ère racine sacrée ou la 5e lombaire, mais elle est plutôt indirectement liée à l'instabilité de l'équilibre statique des rachis dystrophiques. On comprendra que cet équilibre instable peut être facilement troublé, soit par un traumatisme de moyenne intensité et normalement inopérant, soit par un micro-trauma unique ou répété ou encore continu, comme un accroissement d'activité de la région lombo-sacrée.

Il s'ensuivra que les tissus mous péri-vertébraux, ceux qui entourent et tapissent le canal de conjugaison, inflammés, épaissis, peut-être anormalement disposés, irriteront, en leur réaction, les fibres des racines lombaires et sacrées.

Il se trouve aussi que l'articulation sacro-iliaque peut s'associer au processus inflammatoire et agir secondairement sur les racines du plexus sacré du très intime voisinage.

La simple prise de contact avec l'observation que nous publions fera encore mieux comprendre ces notions.

Observation.

M. Benoît H., âgé de 38 ans, manœuvre, a été reçu à l'hôpital Notre-Dame, le 11 décembre 1935, pour une douleur siégeant à la région fessière gauche et irradiant au membre inférieur homolatéral.

Ce malade n'a jamais ressenti de douleur semblable dans le passé.

Ce n'est que depuis très récemment qu'il souffre.

Effectivement, cette douleur s'est manifestée durant la dernière semaine précédant son entrée à l'hôpital, et le malade croit qu'elle peut être la conséquence du genre de travail qu'il accomplit pendant le dernier mois.

Il eut pour tâche de laver des plafonds, grimpé sur un escabeau, dans une position constante d'extension du tronc et avec effort continu des muscles para-vertébraux antigravifiques.

Pour tout dire, durant cette période d'un mois, il se plaignait d'éprouver, à la fin de chaque journée de travail, de la courbature à la région lombaire et aux membres inférieurs.

La douleur actuelle est sévère. Elle se calme au repos, mais s'exagère violemment lorsque le malade tente de marcher. Elle est pongitive. On peut affirmer qu'elle annihile toute activité physique et qu'elle entrave même la marche et la station verticale.

Elle a tendance à irradier vers la face postérieure de la cuisse jusqu'au creux poplité.

Lorsque le malade tousse ou qu'il fait un effort expiratoire après fermeture de la glotte, la douleur fessière s'accentue.

C'est pendant la présente hospitalisation qu'il aurait remarqué l'amaigrissement de la cuisse gauche.

Par ailleurs, les réservoirs vésicaux et rectaux se vident normalement, la région lombaire n'est pas particulièrement endolorie.

Le malade demeure au lit et il évite de se coucher sur le côté gauche et même franchement sur le dos. Les déplacements dans le lit sont pénibles et doivent être faits avec grande précaution.

Ce malade a eu une gonorrhée, il y a de nombreuses années, qui est complètement guérie.

Il a été opéré, en 1932, pour une adénite axillaire suppurée et dont l'agent infectieux était le staphylocoque.

Il a été aussi traité en 1932 et observé, depuis, à l'Institut Bruchési, pour tuberculose pulmonaire. Durant son dernier séjour à l'hôpital Notre-Dame, son état d'amaigrissement associé à une légère réaction fébrile vespérale nous inclinèrent à recourir à une radiographie pulmonaire. Elle nous montra des lésions de tuberculose anciennes et évolutives.

Le malade fut alors transféré dans une institution appropriée au traitement de l'affection des poumons.

Le B. W. du sang est négatif. L'urine est normale.

L'examen clinique associé à des recherches complémentaires, nous révéla des éléments intéressants de cette algie du membre inférieur gauche. Dans

la position verticale, la colonne dorso-lombaire a une légère déviation à concavité gauche; la fesse gauche est plus aplatie et tombante que la droite.

Les muscles postérieurs de la cuisse gauche sont plus mous et légèrement atrophiés; il en est de même du quadriceps.

Les muscles du mollet ne sont pas touchés d'une façon sensible.

Le rachis ne paraît pas fixé dans la région lombaire.

La flexion du tronc et l'inclinaison droite provoquent une douleur de la région fessière gauche.

Les muscles para-vertébraux semblent limiter, par un certain degré de contracture, la flexion du tronc. Son extension se fait sans douleur.

La percussion énergique exercée sur le rachis n'est pas douloureuse.

La pression des masses musculaires para-vertébrales lombaires est douloureuse à gauche. La pression sur le bord gauche du sacrum est très douloureuse, comme d'ailleurs à la grande échancrure sciatique. La gouttière ischio-trochantérienne est insensible.

La compression des deux crêtes iliaques fait naître une douleur située au bord gauche du sacrum.

La marche est pratiquement impossible; la douleur à la fesse gauche, déclenchée, est intolérable. Elle paraît être comparable, nous dit le malade, à celle que provoquerait un coup de couteau, avec irradiation à la face postérieure de la cuisse sous forme de tiraillement.

Les réflexes achilléens et rotuliens sont symétriques et vifs.

Pas de signe de l'équerre, ni de descente du talon. Pas de signe de Bonnet. Signe de Barré ébauché, à gauche.

Le crural gauche est douloureux à la pression de l'aine. Les adducteurs gauches sont légèrement atrophiés et très sensibles à la pression. Le signe de Lasègue ne se manifeste que si on porte le membre inférieur gauche en flexion sur le bassin selon une angulation qui dépasse 45°; le malade éprouve alors la douleur fessière, au jarret et une sensation de cuisson à la jambe.

Réflexes crémastériens et abdominaux normaux. Réflexes plantaires en flexion.

Hyperextensibilité du quadriceps gauche.

La sensibilité objective est normalement conservée à tous les modes.

Lorsque le malade essaie de marcher, il incline l'épaule gauche vers la gauche, chaque fois qu'il appuie le pied gauche sur le sol.

Aucun signe neurologique aux membres supérieurs et à la tête.

Une ponction lombaire n'a révélé aucune anomalie de perméabilité sous-arachnoïdienne spinale, ni de la pression, de la composition et des réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien.

Un centicube et demi de lipiodol, injecté entre la 1re lombaire et la 2e, a progressé en s'égrenant, jusqu'au cul-de-sac méningé situé, chez ce malade, vis-à-vis de la première pièce sacrée.

La radiographie de la région lombo-sacrée, en incidences antéro-postérieure et latérale, a montré la présence d'une sacralisation de la 5e vertèbre lombaire et une segmentation anormale des ailerons du sacrum. (Fig. I.)

La radiographie des poumons avait fait découvrir, à droite et à gauche, une côte cervicale articulée avec la 7e vertèbre cervicale.

Commentaires.

Nous ne commenterons pas longuement cette observation.

Ce serait, en quelque sorte, redire ce que nous avons déjà écrit à propos de notre publication de février 1936, dans *"L'Union Médicale"*. D'ailleurs les éléments essentiels de l'observation que nous présentons ici sont superposables à ceux de l'autre.

Il s'agit d'une sciatique indubitable, d'une sciatique dite haute.

En effet, la douleur siège bien dans le territoire assigné au grand sciatique et elle possède des caractères cliniques de provocation ou

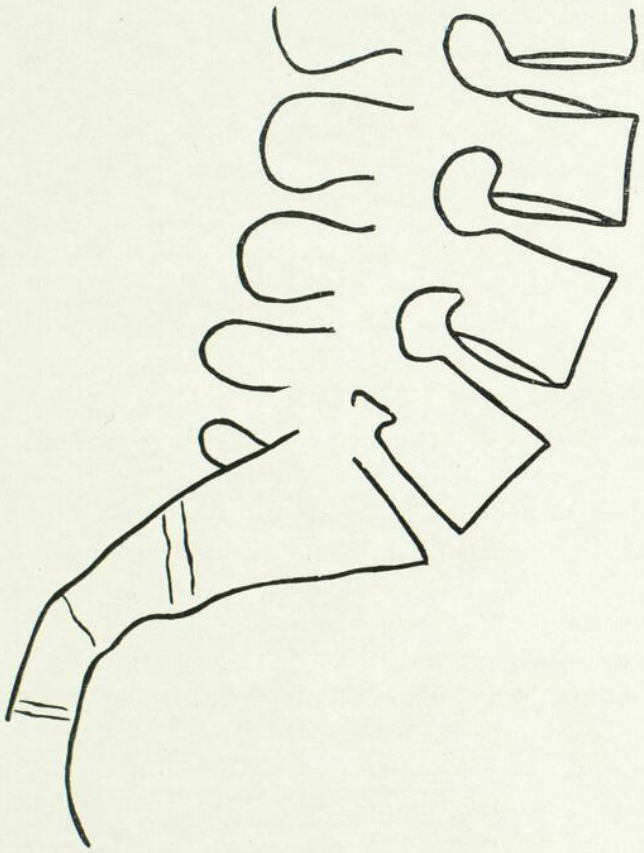


Fig. I. — Calque de la radiographie du segment lombo-sacré du rachis.

d'exacerbation qui sont propres à la sciatalgie; en plus, la souffrance certaine du crural gauche, l'atrophie du quadriceps et des adducteurs démontrent péremptoirement que, non seulement les fibres motrices et sensitives des 4e et 5e racines lombaires sont touchées, mais que les 2e et 3e racines ne sont pas épargnées.

Seul, un processus, soit intra-rachidien, soit vertébral ou para-vertébral peut rationnellement léser les racines sacrées et les racines lombaires, à moins qu'il ne s'agisse d'une lésion très vaste s'étendant, au sein du bassin, du plexus sacré au plexus lombaire et provoquant des troubles neurologiques dans les territoires cutanéo-musculaires dépendant des deux plexus.

Rien n'autorise à croire à une telle lésion.

Au surplus, aucun indice, après investigation complète, ne permet de conclure à un processus acquis, soit intra-rachidien, soit strictement vertébral comme le mal de Pott (auquel nous avons pensé, vu l'infection tuberculeuse localisée dans les poumons du malade).

Le radiogramme n'a indiqué aucune image de rhumatisme vertébral avec ou sans ostéophytes.

Mais, il n'a pas manqué de montrer une double sacralisation de la 5e vertèbre lombaire, une double dorsalisation de la 7e vertèbre cervicale et une segmentation anormale des ailerons du sacrum.

Ces anomalies sont des dystrophies par mécanisme d'hypertransition rachidienne aux lieux de passage d'une région de la colonne à l'autre. Elles sont flagrantes.

En plus de l'angulation sacro-lombaire exagérée (fig. 2), elles se montrent comme étant des troubles du développement du rachis, peut-être accompagnés d'autres moins visibles, et qui prédisposent éminemment à des déséquilibres de la statique du tronc à laquelle le rachis est spécifiquement accrédité. Et la sacralisation de la 5e lombaire se trouve précisément à un segment de la colonne le plus durement éprouvé dans ces fonctions de soutien du corps, et concerne une des plus importantes pièces de la charpente.

Il apparaît comme si la qualité et l'excès de travail accompli par le malade, durant le mois précédant l'apparition de sa sciatique, en ait constitué la cause déclenchante.

Le surmenage occasionné à la région lombo-sacrée a fait l'office d'un traumatisme répété, continu, en quelque sorte, de cette région.

Ce traumatisme répété, ce travail supplémentaire imposé aux muscles et aux formations ostéo-articulaires de cette zone a fait apparaître la douleur.

Par lui-même seul, il n'aurait pu être efficient. Il l'est devenu du fait de la prédisposition locale, de la dystrophie rachidienne du malade. Cette dernière, seule, n'était pas plus efficiente. Elle existait depuis toujours chez le malade; la douleur fut toute récente. Elle ne put devenir pathogène qu'en s'associant à une autre cause, pourtant légère.

Ce qui démontre que ce malade était en imminence de sciatique et que, pour employer une formule qui fait image, le seuil de passage entre l'état normal, indolore et la condition algique, était très bas.

Ce seuil, d'autre part, par rapport au traumatisme, est très varié d'un sujet à l'autre chez les malades dont le rachis est ainsi dystrophique. Notre malade fut soumis d'abord à un traitement radiothérapique appliqué à la région fessière douloureuse et à la région lombo-sacrée gauche. (1750 R sur la fesse; 1500 R sur la région lombo-sacrée).

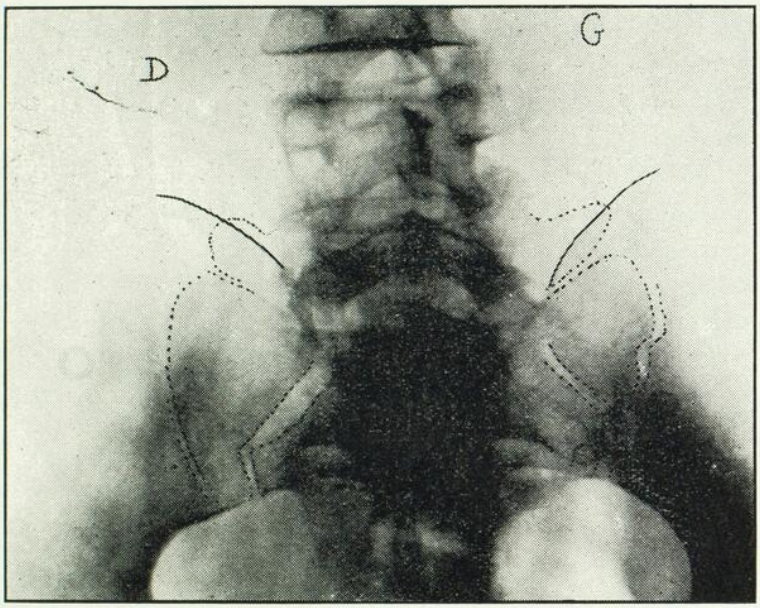


Fig. 2. — En pointillé, les limites des apophyses transverses de la 5ième vertèbre lombaire. Les deux traits marquent la crête iliaque droite et gauche.

Nous lui avons fait une injection épidurale de 50 cc. d'une solution de novocaïne à 1%.

Enfin, nous lui avons imposé le repos complet dans un lit au sommier rigide.

La radiothérapie a semblé inopérante.

L'épidurale ne fut pas efficace.

Le malade nous a affirmé que le lipiodol sous-arachnoïdien l'a soulagé. Il nous a semblé que le séjour absolu au lit, par l'immobilisation partielle du rachis et surtout par le repos de la colonne au point de vue statique, avait été le facteur thérapeutique le plus actif.

Le malade a quitté l'hôpital Notre-Dame, le 26 février 1936. Sa sciatique était améliorée au point que la marche se faisait à peu près

normalement. Une légère claudication était plutôt due à un peu de raideur lombaire. La douleur à la fesse et à la cuisse était disparue. Seule, persistait une légère sensation de tiraillement au bord gauche du sacrum.

On pouvait alors élever le membre inférieur sur le bassin jusqu'à un angle de 75° environ; si on dépassait cet angle, le malade ressentait un engourdissement à la partie antérieure du pied et une sensation d'étirement à la face postérieure de la cuisse. On pouvait comprimer sans douleur les deux crêtes iliaques, ce qui démontrait que l'articulation sacro-iliaque gauche était revenue à un état normal.

Les muscles de la fesse et de la cuisse étaient demeurés atrophiés et hypotoniques.

On peut conclure que le malade partit pratiquement guéri de sa sciatique.

Il nous semble raisonnable d'affirmer que le repos surtout a favorisé la disparition de l'inflammation, de l'œdème et du gonflement des tissus ligamentaires et fibreux du rachis lombo-sacré dystrophique du malade; qu'il a aidé à l'apaisement de la réaction inflammatoire de ces tissus à un trauma par lui-même inefficient, à l'apaisement de cette réaction, qui avait été l'agent d'irritation des fibres sensitives et motrices des nerfs rachidiens lombo-sacrés, à l'émergence de leur trou de conjugaison.

PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE ET CANCER DU CÆCUM

Par Edouard DESJARDINS,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Le 19 décembre 1935, M. X..., 59 ans, est transporté d'urgence à l'Hôtel-Dieu pour appendicite aiguë. A son admission, la température est de 101° F.; le pouls est à 112 et la respiration à 28.

Il a été pris subitement, le 17 au matin, d'une violente douleur à la fosse iliaque droite sans nausées ni vomissements. La douleur, quoique forte, n'est pas suffisante toutefois pour l'empêcher de continuer son travail. Le soir venu, il prend le lit dès son arrivée à la maison. Le lendemain, les douleurs persistent et le malade reste alité; la douleur est tolérable, lorsqu'il est immobile dans le décubitus dorsal.

Dans la nuit, cependant, les douleurs s'étendent à tout l'abdomen, deviennent plus intenses, et le malade se décide enfin à appeler son médecin. Celui-ci pense à une appendicite et nous l'envoie à l'hôpital.

A l'examen, nous constatons un mauvais état général, une peau sèche, parcheminée, un facies anxieux, souffreteux. Le malade semble en état de dénutrition. Il dit cependant s'être toujours bien porté jusqu'à l'avant-veille; il reconnaît souffrir de l'estomac depuis bien longtemps, avoir des douleurs abdominales dans la fosse iliaque droite et au niveau d'une hernie inguino-scrotale du même côté; il avoue avoir beaucoup maigri, mais il souffre du cœur et il a été mis au régime. Bref, il ne s'est jamais cru bien malade. Il dit son intestin régulier, car il voit à son bon fonctionnement. Son travail habituel n'est pas très fatigant, aussi l'a-t-il continué tant qu'il a pu.

Le cœur est régulier; il y a un souffle systolique à la pointe qui se propage; les bruits semblent en général assourdis. Les poumons révèlent un peu de congestion des bases.

L'abdomen est tendu, ballonné et douloureux partout. Le maximum de la douleur siège dans la fosse iliaque droite; on sent à ce niveau une masse très douloureuse.

Le diagnostic d'appendicite est confirmé et nous décidons d'intervenir immédiatement. Une analyse des urines, pratiquée dès l'arrivée, ne révèle que des traces légères d'albumine et quelques cylindres hyalins. La numération globulaire donne les chiffres suivants:

Hémoglobine: 64%.
Globules rouges: 4,405,000.
Globulins: présence.
Globules blancs: 20,000.

La formule leucocytaire se lit comme suit:

Polynucléaires neutrophiles . . .	88%
" éosinophiles . . .	1%
" basophiles	1%
Lymphocytes	9%
Grands mononucléaires	1%

L'intervention est faite sous anesthésie générale au protoxyde d'azote. Incision de MacBurney. Dès l'ouverture du péritoine, une grande quantité de pus s'écoule. Le péritoine est épaissi, recouvert de fausses membranes; l'épiploon est induré; le pus est libre dans la cavité abdominale et remplit le petit bassin.

La masse, perçue avant l'opération, est aisément reconnue; elle est aussi recouverte de fausses membranes.

La recherche de l'appendice est négative. Nous agrandissons alors l'incision à ses deux extrémités. La masse est extériorisée; elle englobe tout le cæcum, la fin du grêle et vraisemblablement l'appendice, car il n'est nulle part ailleurs.

Cette masse est plus ou moins mobile, et la résection en serait possible, si ce n'était la condition du malade. Il est alors en état de shock et nous lui faisons faire sur-le-champ une injection intraveineuse de sérum physiologique.

Nous faisons une résection épiploïque partielle et drainons à la Mickulicz. Dans l'espoir d'orienter d'une manière positive notre diagnostic qui est maintenant hésitant entre tuberculose hypertrophique du cæcum et cancer du côlon proximal, nous adressons au laboratoire d'anatomie pathologique un fragment d'épiploon.

Le rapport nous en revient comme suit: épiploïte aiguë. En surface, épaisse fausse membrane fibrino-leucocytaire. Rien de néoplasique dans le prélèvement.

Les suites opératoires furent surprenantes dans les circonstances. Le shock opératoire ne fut pas très marqué. Les stimulants cardiaques et l'hydratation par injections intra-veineuses et goutte-à-goutte rectal ramenèrent notre malade en meilleure condition.

La plaie opératoire draina dès le début assez abondamment. Les lavements hypertoniques eurent de bons résultats, et le malade put même s'alimenter. Il se sentait tout à fait remis, quand, vers le dixième jour, il se remit à souffrir atrocement de son côté droit; le ventre recommença à se ballonner, et le quatorzième jour apparut une fistule stercorale. De ce moment, les choses s'aggravèrent et le malade mourut le dix-septième jour après l'opération.

Voici le protocole de l'autopsie faite par le Dr Cartier:

Péritonite fibrino-purulente généralisée. L'angle splénique est soudé fortement par les adhérences. Au niveau du cæcum (face ant.), masse gélatineuse translucide. Tout le cæcum est en pleine réaction inflammatoire, épaissi et légèrement induré. La partie inférieure et droite de l'épiploon est soudée à la face postéro-interne du cæcum. Cœur: cavités dilatées.

Histologiquement, la masse gélatineuse, translucide, du cæcum consiste en un épithélioma muqueux (colloïde) infiltrant de part en part la paroi intestinale. (Dr J.-L. Riopelle.)

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)

PULMO-BAILLY



Réalise :

l'antisepsie
des voies respiratoires
la modification
des sécrétions bronchiques
la sédation
de la toux opiniâtre
la défense
de l'organisme débilité

●

INFECTIONS GRIPPALES

AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES

●

LABORATOIRES A.BAILLY
15, Rue de Rome, Paris

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

Nous avons choisi cette observation entre plusieurs car elle nous a paru confirmer, par les difficultés de son diagnostic et par son évolution, les notions théoriques admises du cancer cæcal.

Le début de la maladie s'est fait ici avec éclat par la mise en jeu d'une complication; la lésion initiale néoplasique évolua insidieusement sans marquer son passage par des signes bien définis.

Notre malade disait avoir dans le passé souffert parfois de troubles digestifs; il était abonné aux laxatifs, sans lesquels l'exonération intestinale lui paraissait impossible, et s'il présentait de la diarrhée, il en accusait ces agents médicamenteux. Porteur d'une hernie inguino-scrotale droite assez volumineuse, pas toujours facilement réductible, il n'a jamais cherché d'autre cause aux douleurs abdominales qui le tenaillaient parfois.

Traité depuis de nombreuses années pour son cœur, il était, en vertu de la cure nécessaire à cette affection, soumis à une diète assez sévère, et l'amaigrissement qu'il constatait lui paraissait tout naturel et relever directement de son alimentation réduite.

Le cancer du cæcum évoluait donc à bas bruit chez notre patient, et seule l'apparition d'une complication grave a pu l'empêcher de vaquer à son travail. L'histoire de son cas cadre à merveille avec la symptomatologie classique du néoplasme cæcal.

Le cancer du cæcum est un cancer local et qui le demeure longtemps. Il se localise dans les deux tiers des cas sur la valvule de Bauhin; l'appendice peut rester libre, ou être adhérent et sain, ou encore être englobé dans la masse néoplasique et n'être plus reconnaissable, comme nous l'avons nous-même constaté dans notre observation.

Le cancer peut se propager et du côté du côlon et du côté de l'iléon; il est de règle peu sténosant, mais les ulcérations néoplasiques peuvent donner lieu à des complications septiques graves et à une complication mécanique: la perforation de l'intestin par destruction progressive de la paroi. La péritonite, localisée ou généralisée, est la suite logique de ces deux éventualités.

Le cancer du cæcum débute habituellement par un syndrome intestinal sans netteté. Les douleurs ne sont pas vives au début; elles deviennent cependant plus intenses et donnent alors aux malades "l'impression de torsions qui iraient de l'ombilic à la fosse iliaque droite." (Mériel.)

Les troubles gastro-intestinaux ressemblent à ceux qui accompagnent toutes les affections à siège digestif; ce sont l'inappétence, les digestions difficiles, les nausées et les vomissements alimentaires ou bilieux.

La constipation alternant avec des débâcles diarrhéiques est la règle. La constipation seule peut exister toutefois, et elle peut même affecter l'allure de l'obstruction intestinale. L'occlusion est cependant très rare. La diarrhée est possible au lieu de la stase intestinale chronique; elle est fréquemment rebelle et affaiblit beaucoup le malade.

Les hémorragies sont rares. Les grandes entérorragies ne se rencontrent que dans 2% des cas; 7 fois sur cent, on voit plutôt des selles teintées de sang.

L'état général demeure satisfaisant pendant longtemps. L'amaigrissement n'apparaît que tardivement. La fièvre ne survient que lorsqu'il y a suppuration péri-cæcale. La poussée fébrile peut alors simuler l'appendicite, comme dans notre observation. L'ascite n'est pas fréquente.

Les signes physiques ne sont pas plus riches que les signes fonctionnels. L'inspection peut montrer du ballonnement avec sonorité tympanique, à la percussion, sauf au niveau de la région iléo-cæcale, où il y a légère submatité.

Il est parfois possible, grâce à sa situation superficielle, de percevoir dans la fosse iliaque droite la tumeur cæcale; celle-ci est habituellement inégale, dure, bosselée, allongée verticalement, bien limitée en dehors, diffuse en dedans, à peu près indolore et de volume variable.

"En résumé, chacun des symptômes fonctionnels ou physiques, pris à part, ne présente pas une valeur absolue; la tumeur elle-même n'a rien de bien caractéristique; c'est le groupement de ces signes qui peut diriger l'attention sur le cæcum et qui, une fois la tumeur reconnue, peut mettre sur la voie du diagnostic. (Desmarets.)

Celui-ci est presque impossible à faire au début, quand il n'y a que des signes intestinaux, mais plus tard, quand la palpation fait percevoir la tumeur iliaque droite, il est plus aisé, surtout avec le concours de l'examen radiologique.

Cliniquement, le diagnostic ne peut se faire toutefois qu'après avoir éliminé la tuberculose du cæcum et l'actinomycose; celle-ci est très rare toutefois. En raison de sa grande mobilité, le cancer du cæcum a pu simuler un rein mobile, un cancer du pylore, des tumeurs de l'épiploon, du mésentère, de l'intestin grêle et de la vésicule biliaire.

Le diagnostic est très difficile, si le cancer présente une phase aiguë avec vomissements, constipation et abdomen douloureux, tendu; c'est alors tout le tableau de l'appendicite aiguë. Cet épisode est la confirmation d'une des complications possibles.

Celles-ci sont variables et se montrent sous forme d'occlusion intestinale aiguë, d'invagination ou de manifestations septiques.

La mort survient par une complication locale: péritonite localisée ou généralisée, par cachexie progressive ou par généralisation cancéreuse.

Le traitement du cancer du cæcum est chirurgical. Il exige, pour être efficace, la résection du segment iléo-cæcal: sa valeur thérapeutique est toutefois en raison directe de la précocité du diagnostic et de l'intervention.

REVUE GÉNÉRALE

COMMENTAIRES SUR LES AFFECTIONS DE LA GLANDE THYROÏDE[1]

Par Réal DORÉ,
Chirurgien à l'hôpital général du Christ-Roi, Verdun.

Après avoir consulté une littérature considérable accumulée à date, Rogers constate que nos connaissances limitées de la pathologie de la glande thyroïde ne permettent pas d'établir d'une façon précise l'origine du stimulus qui modifie la physiologie de cette glande.

La glande thyroïde aurait la fonction d'exercer un contrôle sur le développement de l'organisme.

McCarrison a dit qu'elle est pour l'économie humaine ce qu'est le courant d'air pour le feu, qu'elle est le carburateur qui régularise la consommation du combustible, que la glande thyroïde est le chef d'orchestre du système glandulaire : quand la glande thyroïde bat mal la mesure les glandes à sécrétion interne sont discordantes.

D'après C. H. Mayo, la physiologie de la glande thyroïde explique la morphologie de l'organisme avec le concours des glandes pituitaire, surrénales, thymique et testiculaires. La glande thyroïde régularise les fonctions physiologiques de tout l'organisme, neutralise certains produits toxiques du métabolisme de base, fournit un moyen de défense contre l'invasion bactérienne.

Crile dit que la glande thyroïde fabrique un composé organique d'iode, élément qui exerce un contrôle basal sur les fonctions de l'organisme.

Baumann, en 1896, découvre la présence de l'iode dans la glande thyroïde. Cet élément semble être le grand facteur physiologique de la glande thyroïde, seul organe possédant la propriété d'emmagasiner ce produit.

---

(1) Ces commentaires sont la traduction presque intégrale d'un article du Dr Frank E. Rogers, dans *Transaction of the American Association for the Study of Goiter*, 1935.

Kendall, 1915, isole la thyroxine qui contient 65% d'iode.

Harrington, en 1927, synthétise la thyroxine et constate que l'ingestion de ce produit synthétisé cause des effets identiques à ceux de l'extrait thyroïdien ingéré.

La substance colloïde normale de la vésicule thyroïdienne possède une grande quantité d'iode organique que McCarrison a appelé iodothyroglobuline.

L'iodothyroglobuline représente une réserve à laquelle la glande thyroïde a recours à l'appel des tissus en déficience. Ce fait est concrétisé par une augmentation du volume de la glande thyroïde lors de la puberté, de la grossesse, de la période de lactation, de la ménopause. Les animaux thyroïdectomisés ne sont pas aptes à la lactation. Ceci prouve qu'il existe une relation intime entre la fonction physiologique de la glande thyroïde et le système sexuel féminin.

Pourquoi la glande thyroïde en état de suractivité modifie-t-elle anormalement la fonction des différentes glandes de l'organisme? Nous n'avons constaté jusqu'à présent que les effets de cette suractivité. L'hyperfonction de la glande thyroïde est cause d'une consommation exagérée d'oxygène, d'une augmentation de l'excrétion de l'urée, d'une diminution de la tolérance des sucres, d'une augmentation de l'excrétion du calcium et des phosphates (ostéoporose).

Cette hyperactivité n'affectant pas le calcium sanguin se différencie totalement de l'hyperparathyroïdie.

Il existe quatre formes cliniques du goitre:

1) Le goitre diffus simple;
2) " " toxique;
3) " nodulaire simple;
4) " " toxique.

La glande thyroïde normale contient 1.0 mgr. ou plus d'iode par gramme de substance sèche. Quand la quantité est inférieure à ce taux l'hyperplasie thyroïdienne apparaît.

Marine et Lenhart ont constaté que deux chiens soumis à une alimentation ne contenant aucune trace d'iode, font de l'hyperplasie consécutive de la glande thyroïde, qu'un troisième chien soumis à un régime ordinaire augmente sa teneur en iode et que l'histologie du tissu thyroïdien demeure normale.

McCarrison, aux Indes, rapporte que depuis trois ans, l'eau potable provenant d'une autre origine, le goitre chez les jeunes filles a diminué de 66%.

Les Esquimaux, indemnes de goitre, s'alimentent exclusivement de graisse contenant beaucoup d'iode.

Folley, de Paris, attribue certains cas de goitre à une infection microbienne. Un goitre apparaît chez la souris à laquelle il injecte une culture virulente dans l'intestin. Le lait et les végétaux, quelquefois porteurs de microbes, peuvent être cause du goitre.

Rosenow a cultivé des streptobacilles qui présentaient des caractères bien définis, provenant d'un certain nombre de glandes thyroïdes opérées pour goitres diffus toxiques. 34 à 50% des animaux auxquels ces cultures furent injectées ont développé des lésions évidentes de la glande thyroïde.

La glande thyroïde stimulée par des toxines répondrait à cette stimulation en s'hyperplasiant. Ou encore les bactéries ou leur toxine présentes dans la glande absorberaient ou neutraliseraient ou élimineraient l'iode destiné à la glande thyroïde.

Qu'est-ce que l'adénome?

Wœffler prétend que l'adénome prend naissance au niveau d'une glande thyroïde fœtale persistante. L'expression d'adénome fœtal de Billroth, expression acceptée par la profession médicale, aurait une origine fœtale.

Il est généralement admis que l'adénome est une maladie de l'adolescent.

Marine ne voit pas de différence fondamentale entre le goitre diffus et le goitre nodulaire. Il croit que les nodules apparaissent au cours du dernier stage de l'hyperthyroïdie compensatrice, que la rapidité de l'évolution de cette hypertrophie compensatrice est à la merci de l'apport sanguin dont la quantité est susceptible d'être modifiée par la présence de bandes scléreuses plus ou moins compressives.

La dégénérescence des adénomes peut être fibreuse, kystique, hémorragique, calcaire ou maligne.

Comme il est convenu que l'adénome se développe aux dépens du tissu thyroïdien hyperplasié, il faut s'attendre à ce que son évolution physio-pathologique soit celle du tissu thyroïdien hyperplasié. L'adénome sécréterait une thyroxine semblable à celle que nous trouvons dans l'hyperplasie du goitre toxique.

Le traitement de l'adénome est d'ordre chirurgical.

Mœbius, en 1896, a introduit le nom de dysthyroïdie. Cette affection serait due à une sécrétion anormale plutôt qu'à un excès de sécrétion.



OPOTHÉRAPIE SÉRIQUE

DÉCHÉANCES ORGANIQUES,
CONVALESCENCES,
ANÉMIES.

SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS de CHEVAL
(Sirop)
Agent de Régénération Hématique, de Leucopoïèse et de Phagocytose,

2 à 4 cuillerées à potage par jour.
LANCOSME, 19, rue Alain Chartier, PARIS (XVe)
Littérature et Echantillons: ROUGIER & FRERES, 350, rue Le Moyne, Montréal.

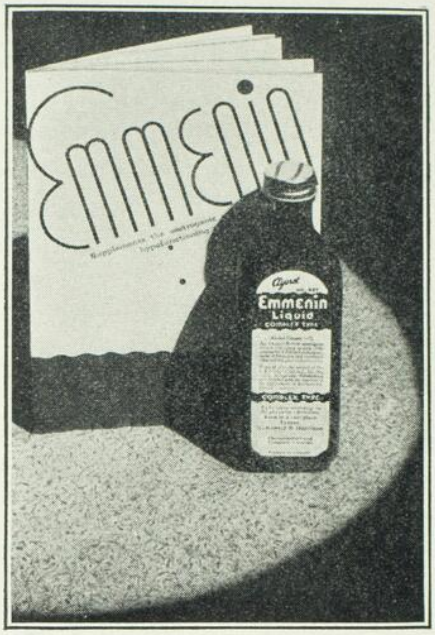
PIPÉRAZINE
MIDY

"ANTI-URIQUE TYPE"

LABORATOIRES DE LA PIPÉRAZINE MIDY
New Birks Bldg. MONTREAL

2 à **4** cuillerées à café par jour.

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



DANS LE TRAITEMENT DE LA DYSMÉNORRHEE

L'Emménine . . . un mode efficace pour la thérapeutique par les hormones.

" . . . Les résultats de nos observations nous ont convaincu que l'Emménine est efficace dans la dysménorrhée lorsque les douleurs sont causées par des contractions utérines très fortes . . . "

C.M.A.J., 1935, 32:609.

Un article sur des observations importantes sur l'Emménine dans le traitement de la dysménorrhée a été publié dans le Canadian Medical Association Journal, juin 1935. Ces travaux ont été poursuivis sous la surveillance du Département de Gynécologie, Université de Toronto, et le compte rendu a été réimprimé en entier. Copies sur demande.

•

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

AYERST, McKENNA & HARRISON
LIMITÉE

Biologistes et Pharmaciens

MONTRÉAL CANADA

Contre la dysthyroïdie, Plummer, en 1922, a conseillé d'administrer de larges doses de solution de Lugol avant toute intervention sur la glande thyroïde. Les effets heureux obtenus en procédant de la sorte prouvent l'efficacité de cette méthode.

Sloan affirme que lorsqu'il y a dégénérescence adénomateuse la toxicité présente les caractères de l'anaphylaxie et que l'iode est contre-indiqué.

Tous admettent que 25% des adénomes deviennent toxiques.

Plummer dit que 60% des goitres nodulaires opérés, chez des personnes âgées de plus de 60 ans, sont en état d'hyperactivité.

Que penser des tumeurs malignes de la glande thyroïde?

Les tumeurs malignes de la glande thyroïde sont des plus nombreuses là où le goitre existe à l'état endémique. A Berne, Wegelin a trouvé un cas de cancer chez 96 goitreux autopsiés. Aux Etats-Unis, il y a un cas de cancer pour 928 goitres. Là où le goitre n'existe pas à l'état endémique Bérard et Dunet ont trouvé 4 à 5 tumeurs malignes chez 1,000 goitreux, 40 pour 1,000 là où il y a endémie goitreuse. Ils ont observé que 81% des porteurs de tumeurs malignes présentaient antérieurement un goitre.

Collar, Baker et autres disent que l'adénome est un état précancéreux, que la cancérisation des adénomes est de 1 à 4%.

Les tumeurs malignes de la glande thyroïde métastasent par voie sanguine. Les poumons sont les premiers pris; viennent ensuite les os. L'adéno-carcinome de la thyroïde ferait exception. La rare métastase adéno-carcinomateuse des os aurait une évolution lente et l'amputation serait suivie de guérison.

Plummer affirme n'avoir jamais trouvé de cancer au niveau de l'hyperplasie thyroïdienne.

Crile a montré que 96% des tumeurs malignes de la glande thyroïde sont des carcinomes et que 90% de ceux-ci se développent sur des adénomes.

Il y a quelques carcinomes qui n'ont pas une origine adénomateuse. Dans ce cas le carcinome papillaire préexiste et semble être une métastase des lymphatiques; d'autres n'ont jamais eu une origine déterminée.

Quelquefois un pathologiste est dans l'impossibilité de différencier un carcinome d'un endothéliome ou d'un sarcome.

Le sarcome représente moins de 5% des tumeurs malignes de la glande thyroïde. Le carcinome et le sarcome peuvent exister concurremment dans la même tumeur. Le lymphosarcome primaire naît dans le tissu lymphoïde de la glande.

Da Costa rapporte un cas de sarcome opéré dont la guérison est constatée cliniquement 4 ans après l'intervention.

Pemberton décrit un cas de goitre exophtalmique opéré quinze ans auparavant pour cancer de la thyroïde.

Quelle relation existe-t-il entre le goitre et la thyroïdite?

Il n'y a plus aucun doute que la contagion ait un effet pernicieux sur la glande thyroïde. Les maladies de l'enfance peuvent donc être cause d'un processus inflammatoire avec déficience consécutive de la thyroïde.

Le crétinisme est généralement précédé de l'existence du goitre chez les parents dans 96% des cas. Le myxœdème est une maladie déficitaire de l'adulte et consécutive quelquefois à une thyroïdite ou à une thyroïdectomie subtotale avec moignon à fonction insuffisante ou présentant les caractères de l'inflammation.

Certains microbes peuvent être en cause: le bacille typhique, le pneumocoque, le gonocoque, le pyogénique et le spirochète pâle. Jackson a constaté qu'une thyroïdite peut apparaître simultanément avec une fièvre rhumatismale, puerpérale, septique, ou au cours d'une malaria, d'une scarlatine, d'un érysipèle, de l'influenza, d'une pharyngite ou d'une amygdalite, etc. Il considère la maladie de Riedel, décrite en 1896, comme une thyroïdite chronique non suppurative.

En conclusion il s'agit de rechercher l'élément qui dirige la glande thyroïde vers un état pathologique.

La déficience iodée est généralement acceptée comme facteur principal de l'étiologie du goitre. Harrington a démontré qu'il y a hyperplasie thyroïdienne quand le taux de l'iode baisse au-dessous de 1.0 mg. par gramme de substance sèche.

L'infection et la toxémie contribuent pour une large part à la production des maladies de la glande thyroïde. Les études entre autres de Schivers invoquent comme cause du goitre le rôle important des infections et de la déficience iodée.

Finalement Crile, grâce à ses nombreuses observations personnelles, a mis en évidence le concours de la glande pituitaire, de la thyroïde, des capsules surrénales et du système sympathique dans la genèse du goitre.

Il nous faut donc être d'opinion que plusieurs facteurs jouent un rôle important dans les maladies de la glande thyroïde.

MOUVEMENT MÉDICAL

RÉPONSE À UNE LETTRE OUVERTE SUR LES SELS D'OR EN TUBERCULOSE [1]

On nous a attribué un enthousiasme exagéré au sujet de notre récent travail sur l'aurothérapie en tuberculose. Bien simplement, nous avons relaté, après des centaines d'autres auteurs, nos résultats oui surprenants. Quoiqu'on en pense, encore aujourd'hui, cette question est très étudiée et il se poursuit partout des recherches sur les sels d'or. Les revues médicales en font foi.

Nous n'avons pas affirmé que les sels d'or étaient les seuls agents thérapeutiques de la tuberculose pulmonaire, loin de nous cette funeste idée. Nous aussi, nous n'hésitons pas à proclamer que les meilleurs traitements de la tuberculose sont encore le repos absolu en milieu sanatorial si possible, la collapsothérapie, la thoracoplastie, la phrénicectomie.

Nous partageons aisément l'émoi de l'auteur de la lettre ouverte dont il est ici question. Dans notre province, le taux de la mortalité et de la morbidité par tuberculose est le plus élevé au Canada. On craint à bon droit, qu'avec cette thérapeutique apparemment simple, son emploi étant facilement accessible à tous, cette méthode ne se généralise et cela au détriment de ces poitrinaires en quête d'une guérison. Or la tuberculose est une maladie présentant des allures diverses et une évolution insidieuse. Sa symptomatologie est fruste, complexe, mais sa thérapeutique est plutôt restreinte. Il serait donc criminel que des médecins peu scrupuleux prennent sur eux de faire de l'aurothérapie d'une façon systématique et sans une connaissance approfondie de la phtisiologie.

Il faut qu'en toute conscience, ces médecins dirigent, comme autrefois, leurs tuberculeux vers ceux qui s'occupent spécialement de cette question. D'ailleurs les sels d'or ne sont pas sans présenter de réels dangers. C'est dans un milieu hospitalier que l'on peut, avec le

(1) *L'Union Médicale du Canada*, février 1936: "Lettre ouverte sur les sels d'or en tuberculose", par monsieur le docteur Albert Joannette.

plus de sécurité, se permettre cette pratique, parce qu'alors, il est possible d'observer les réactions et ainsi parer à toutes les éventualités possibles.

Tout malade qui se confie à un médecin a droit au traitement le plus efficace et cela, avant qu'il ne soit trop tard ; c'est pratiquement toujours là que se trouve le succès. À moins qu'il ne soit familier avec cette question de la tuberculose, nous espérons qu'aucun médecin digne de ce nom, ne se prévaudra des travaux en cours, pour tenter l'aurothérapie, alors que les autres traitements qui ont leurs indications bien définies pourraient apporter la guérison légitimement attendue. Nous remercions enfin M. le docteur Joannette d'avoir soulevé cet aspect si important de la question.

Paul-René ARCHAMBAULT
Chef de la clinique des affections pulmonaires à l'Hôpital Saint-Luc.

ACTUALITÉS

VINGT-CINQUIÈME ANNIVERSAIRE DE L'INSTITUT BRUCHÉSI[1]

1911 - 1936

C'est en mars 1911, exactement le 9, que l'Institut Bruchési ouvrit son premier dispensaire aux malades atteints de tuberculose.

Il y a donc 25 ans que notre institution est entrée dans la lutte contre cette terrible maladie, et pour n'en plus sortir.

Personnellement, j'ai été très heureux d'apporter, dès la première heure, mon humble concours à cette œuvre bienfaisante. Lorsque le Docteur Eugène Grenier qui, le premier eut la pensée d'établir un dispensaire antituberculeux au sein de notre population canadienne-française, vint me demander de joindre mes efforts aux siens, pour la réalisation de ce projet, j'acceptais avec d'autant plus de plaisir que j'avais collaboré quelques années auparavant à la fondation de la *"Montreal antituberculosis League"*, avec Sir Thomas Roddick, les professeurs E.-P. Lachapelle, J.-J. Guérin, J.-C. Kennedy, le Col. H. Burland, M. Holt et plusieurs autres citoyens des deux langues.

Le Dr Richer, de Ste-Agathe, en était l'âme dirigeante. Le Dr S. Harding, son assistant, lui succéda à sa mort et continue encore à diriger l'Institut Royal Edward succédant à la *"Montreal antituberculosis League"* dont le Bureau d'administration est présidé par M. L. Colwell.

M. le Dr Eug. Grenier était alors jeune médecin. Il arrivait de New-York où il avait fait des études spéciales en tuberculose avec l'un de nos amis très chers, le Dr S. Adolphus Knopf.

On a l'habitude de dire que les œuvres durables sont celles dont les débuts ont été difficiles. L'histoire de notre institution est bien faite pour prouver la vérité de ce dicton. Il est bien sûr que lorsque le Dr Grenier m'eut gagné à sa cause, nous ne nous doutions, ni l'un ni l'autre, des difficultés presque insurmontables qui nous attendaient.

---

(1) Allocution prononcée par le Prof. J.-E. Dubé, président du Conseil d'administration de l'Institut Bruchési, à l'occasion des fêtes du vingt-cinquième anniversaire de sa fondation.

Il fallait, en premier lieu, obtenir le consentement des Dames religieuses de la Providence pour transformer en dispensaire antituberculeux le dispensaire de médecine générale qui existait au No 551, rue Ste-Catherine-est, depuis la fondation de l'Asile de la Providence, et qui venait d'être confié au Dr Grenier. Je me rappelle fort bien que les étudiants en médecine de mon temps fréquentaient ce dispensaire dirigé alors par feu le Dr Leblanc.

Il nous fut facile cependant de gagner à notre cause la Supérieure locale, la regrettée sœur Aline, qui eut la consolation de voir son œuvre accomplie avant de mourir. C'est grâce aux encouragements de cette chère religieuse, toute petite mais aux idées si grandes, que nous avons pu vaincre la prudente résistance de la Révérende Mère générale et de son Conseil, qui admettaient bien l'urgence d'un dispensaire antituberculeux chez les nôtres, mais qui voyaient mieux que Grenier et moi, les sacrifices que cela imposerait sûrement à la Communauté, déjà et comme toujours d'ailleurs, surchargée d'œuvres. Ces chères religieuses ne voulaient pas, sans y réfléchir sérieusement, entreprendre une œuvre nouvelle que, par intuition, elles voyaient déjà très grande dans l'avenir, sans savoir si elles pourraient la mener à bien, tout en ne nuisant pas aux œuvres importantes qu'elles dirigeaient déjà.

Toutes ces hésitations de la part des religieuses et bien d'autres objections encore, venues de tous côtés, auraient pu décourager d'autres que Grenier et moi; mais nous insistâmes tellement avec son Excellence Mgr Bruchési, gagné aussi à la cause, après bien des pourparlers, que nous réussîmes enfin à annoncer l'ouverture de notre premier dispensaire pour tuberculeux. Ce n'est que quelque temps après, cependant, que Mgr Bruchési nous permit d'attacher son nom à notre dispensaire.

Pour assurer à notre œuvre une organisation durable, il nous fallut bien faire des instances auprès d'un certain nombre de citoyens connus pour leur sympathie aux œuvres de charité. C'est grâce à leurs contributions généreuses que le dispensaire, très achalandé, put subvenir aux frais des médicaments, etc., au cours de la première année.

Je voudrais accorder un souvenir ému à la mémoire de M. J.-Aug. Richard qui fut le premier Président du Conseil d'Administration de l'Institut Bruchési.

Les autres directeurs de la première heure furent: M. l'abbé Tranchemontagne, alors vicaire à Saint-Jacques, MM. Trefflé Bastien, Alphonse Granger, le Chanoine Adam et U-H. Dandurand, notre premier trésorier. M. Dandurand, le Dr Grenier, premier secrétaire

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.

●

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

LABORATOIRE NATIVELLE
27, Rue de la Procession, PARIS (15e)

NATIBAÏNE

ASSOCIATION DE
1/3 de **DIGITALINE NATIVELLE**
ET DE
2/3 d'**OUABAÏNE ARNAUD**
. Draeger

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

Antiphlogistine

dans les

affections du nez et de la gorge.

Appliquée chaude et épaisse sur le cou et, s'il y a lieu, sur toute la région cervicale, l'Antiphlogistine contribue incontestablement au soulagement de l'inflammation et de la congestion des tissus laryngés et pharyngés.

En raison de la chaleur humide, constante et prolongée qu'elle procure pendant 12 à 24 heures, l'Antiphlogistine provoque une hyperémie artérielle locale, ce qui a pour effet de détruire les microbes et de stimuler le processus de la réparation.

Possède en outre des propriétés analgésiques et relaxatives.

Est non-toxique, et ne détermine pas d'irritation.

L'Antiphlogistine est employée depuis plusieurs années, avec des résultats invariablement satisfaisants, dans le traitement des amygdalites, naso-pharyngites et périamygdalites phlegmoneuses, et dans de nombreuses autres affections.

L'Antiphlogistine est fabriquée au Canada.

●

Un échantillon de ce pansement plastique, et littérature, envoyés sur demande:

●

THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY

153, Lagauchetière ouest, MONTRÉAL

et moi-même, nous sommes les seuls survivants de ce premier Conseil d'Administration.

Je tiens à dire tout de suite, que l'Institut Bruchési est une œuvre fondée essentiellement sur l'union, si féconde, de l'action religieuse et de l'action laïque. Je crois la combinaison excellente puisqu'elle a donné de si beaux résultats, chez nous et ailleurs.

Le Conseil d'Administration actuel de l'Institut Bruchési possède une charte d'incorporation qui lui permet de conduire la lutte antituberculeuse en créant des dispensaires et tous les autres organismes nécessaires à sa cause.

Les Religieuses de la Providence secondent le bureau d'Administration par leur collaboration si précieuse à la direction interne, au soin des malades et en nous accueillant chez elles à des conditions très avantageuses.

Plusieurs hommes d'affaires importants ont été appelés à succéder à nos premiers directeurs: Sir Lomer Gouin et l'Hon. J.-L. Perron, occupèrent successivement la présidence après le décès de M. J.-Aug. Richard.

En 1915, M. Aug. Richard fonda la chaire de phtisiologie lorsque l'Institut Bruchési fut affilié à l'Université de Montréal, et j'ai eu l'honneur d'en être le premier titulaire. Le Dr Jarry occupe maintenant cette chaire d'enseignement qui rend des services considérables pour la préparation des jeunes médecins à la lutte antituberculeuse. Le Dr Louis Verschelden est son agrégé.

Sir Lomer Gouin nous fut d'un grand secours par ses sages conseils. C'est grâce à son influence sociale considérable que nous pûmes acquérir de la Compagnie de téléphone Bell, à des conditions exceptionnelles, la magnifique propriété située dans nos montagnes sur les bords du Lac Lachigan et qui est devenue, depuis, le Camp David.

L'Hon. J.-L. Perron nous fit don d'une somme de $10,000 pour l'achat de la propriété voisine du Camp David, où s'élève le Camp Perron. Il appuya si instamment notre demande auprès du Gouvernement de Québec qu'une subvention assez forte nous fut accordée pour la construction des grands dortoirs qui font l'admiration des visiteurs.

M. J.-B. Baillargeon succéda à l'hon. Perron à la présidence. Il consacra beaucoup de son temps avec feu M. Théo. Trudeau, notre trésorier d'alors et M. Louis Lymburner à la construction de ces camps et à leur organisation matérielle.

Le Conseil d'administration actuel que j'ai l'honneur de présider, est composé de MM. Albert Dupuis, vice-président, Ubald Boyer, gérant général de la Banque provinciale du Canada, trésorier, le notaire

Emile Massicotte, secrétaire, l'hon. Fernand Rinfret, secrétaire d'État à Ottawa, Victor Doré, directeur général de la Commission scolaire catholique de Montréal, Jean Lallemand, philanthrope et mécène bien connu, les Drs J.-A. Jarry, directeur médical, A.-M. Cholette, assistant-directeur et John Corrigan, directeur médical des Camps de santé.

L'organisation médicale pour le fonctionnement des dispensaires fut très active dès le début. Le professeur J.-A. Jarry fut le premier collaborateur du Dr Grenier et lui succéda plus tard comme Directeur-Médical. Ils s'adjoignirent bientôt les docteurs: G.-E. Mignault, J.-E.-L. Miller, P.-A. Robichaud, F.-L. Demers, J.-E. Bernard, L. Verschelden, P.-A. Paiement, Eug. Barrette, J.-A. Lussier, A.-H. Robert, G.-A. Forest.

Le bureau médical actuel compte trente-cinq médecins qui exercent leurs fonctions soit au dispensaire principal, 1464, rue St-Hubert, soit aux dispensaires succursales numéro 3722, rue Adam et numéro 7447, rue St-Denis. Son Comité exécutif comprend les Drs Jarry, Cholette, Bohémier, Gariépy, Desrochers, Del Vecchio, Lamarche.

L'organisation technique de ces dispensaires, laboratoires de radiologie et laboratoires d'analyses, est parfaite et elle est mise entièrement à la disposition des médecins examinateurs.

Nous avons, depuis plusieurs années déjà, rue St-Hubert, cinquante lits pour femmes qu'il faut hospitaliser sous observation ou pour traitement par le pneumothorax.

Madame J. A. Jarry préside avec beaucoup d'activité le comité des Dames Patronesses qu'elle a organisé dès le début. Ces Dames charitables nous rendent des services considérables tant pour les dispensaires que pour les camps de santé. Mademoiselle Verner en est la dévouée secrétaire.

Je suis heureux d'exprimer ici toute l'admiration que nous avons pour nos infirmières du Service Social organisé en octobre 1924 par Mademoiselle Hubertha Chagnon qui fut remplacée à sa mort en 1926, par Mademoiselle Angéline Michaud qui dirigea ce service jusqu'à sa nomination au poste de Directrice de l'Oeuvre du Placement Familial, fondée en 1929, par le Gouvernement de la Province; alors qu'elle fut remplacée par Mademoiselle Anysie Deland, directrice actuelle.

Il serait trop long de dire ici le travail de ces infirmières auprès des malades qui viennent consulter aux dispensaires et qu'elles visitent à leur domicile, ainsi que leur collaboration dans la direction des camps de santé.

Il est intéressant de consulter nos archives et d'y voir que dès la deuxième année de l'existence de l'Institut Bruchési Sir Lomer Gouin,

SEDOL

remplace la Morphine

Scopolamine Morphine

plus Actif

à dose moindre

98, rue de SEVRES, Paris (VIIe).

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.

Tout médecin connaît cette famille

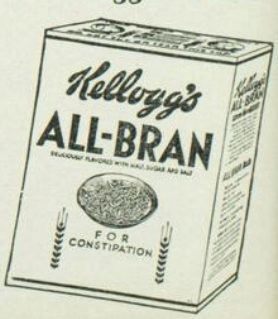


Ils vont vous consulter de temps en temps. Ce ne sont pas de véritables malades, mais ils ne sont jamais tout à fait bien. Ils manquent de vitalité. En les comparant avec d'autres que vous connaissez vous leur trouvez une personnalité sans charme. Votre interrogatoire révélera une constipation opiniâtre due, le plus souvent, à l'insuffisance de cellulose dans leur alimentation.

L'addition de cellulose au régime alimentaire est souvent conseillé; mais, des expériences ont démontré que chez certains individus la cellulose dans les fruits et les légumes est souvent déficiente dans le tube digestif. Ceci sera évité par l'emploi de "bran".

Kellogg's "ALL-BRAN" fournit de la cellulose légère en abondance. Cette préparation est également riche en Vitamine B et en fer. Elle peut être servie comme céréale ou confectionnée en délicieux muffins, pains, gaufres, etc. "ALL-BRAN" est beaucoup plus effectif que les produits ne contenant qu'une certaine proportion de son.

Cet excellent produit est garanti par la Compagnie Kellogg. "ALL-BRAN" est vendu chez tous les épiciers. Fabriqué par Kellogg, London, Ont.



L'aliment naturel qui prévient la constipation.

alors Premier Ministre à Québec, nous promit $3,000.00 par année si la cité de Montréal nous en accordait autant, et ce fut aussitôt un fait accompli. Cette source de revenus assurait du même coup l'existence future de notre dispensaire.

Nous voyons également qu'en 1911, un Préventorium fut fondé à Belœil dans une maison dirigée par les Révérendes Sœurs de la Providence. En 1925, un camp fut ouvert à Maisonneuve, puis à Oka (1926), ensuite au Lac Écho dans les Laurentides (1927), et finalement à St-Hippolyte (1928), sur les bords du Lac Lachigan, où 200 petits garçons et 200 fillettes sont reçus chaque été pendant les mois de vacances.

Nos sources de revenus se sont augmentées depuis, mais elles ne peuvent encore subvenir à tous les besoins d'une institution qui a grandi tant aux dispensaires que dans les camps de santé.

Nous faisons des vœux pour que la triste période de dépression financière que nous traversons soit bientôt finie et que les administrateurs de la cité de Montréal et nos Ministres à Québec et la Fédération des Oeuvres de Charité Canadiennes-Françaises et d'autres Associations philanthropiques comme les Services Clubs Kiwanis, se voient enfin capables de répondre à toutes nos demandes.

Nous verrons peut-être un jour nos millionnaires suivre l'exemple des millionnaires américains et prendre sous leur protection l'œuvre si bienfaisante de l'Institut Bruchési.

J.-E. DUBÉ

Statistiques des dispensaires pour 1935[1]

CLINIQUES PULMONAIRES

	Centre	*Est*	*Nord*	*Totaux*
Adultes: Premiers examens	2,686	540	689	3,915
Consultations subséquentes	4,164	939	483	5,586
Tuberculeux	328	40	57	425
a) Hospitalisés	372	25	48	445
b) Visités	1,625	407	168	2,220
c) Contacts de tuberculeux	4,327	1,403	791	6,521
Enfants: Premiers examens	1,294	477	386	2,157
Consultations subséquentes	4,054	1,449	754	6,257
Tuberculeux	66	12	17	95
a) Hospitalisés	20			20
b) Visités	328	283	51	672
c) Contacts de tuberculeux	2,309	737	461	3,507
Total des visites des infirmières	6,550	727	604	7,881

(1) Chiffres statistiques fournis par le Dr J.-A. Jarry, professeur de phtisiologie et directeur médical de l'Institut Bruchési, sur les activités médicales et sociales des dispensaires et des camps de santé David et Perron.

Travaux des laboratoires:				
Analyses diverses	3,640	219	209	4,068
Fluoroscopies	10,693	1,394	1,787	13,874
Radiographies	1,867	90	224	2,181

CLINIQUES D'OTORHINOLARYNGOLOGIE

Premiers examens	1,737	1,921	1,737
Consultations subséquentes	2,162	2,487	2,162
Opérations	579	510	579

Rapport annuel du service social

		Centre	*Est*	*Nord*	*S.C.*	*Total*
Familles surveillées au 1er janv. 1935		1,304	420	197	25	1,946
Familles surveillées durant l'année		168	41	48	18	275
Total des familles surveillées		1,473	461	245	43	2,222
Familles éliminées: 1) par cause de décès, 2) par dispersion de ses membres, 3) introuvables, 4) aucune coopération		109	51	14	5	179
Patients surveillés au 1er jan. 1935	Ad.	1,317	367	111	103	1.898
	En.	272	271	34	10	587
Patients nouveaux durant l'année	Ad.	328	40	57	25	450
	En.	66	12	17	8	103
Total des patients surveillés	Ad.	1,645	407	168	128	2,348
	En.	338	283	51	18	690
Patients éliminés introuvables ou passés chez les adultes	Ad.	224	53	7	35	319
	En.	69	81	7	8	164
Patients décédés	Ad.	116	15	15	7	153
	En.	5		1		6
Patients surveillés au 1er jan. 1936	Ad.	1,421	339	146	139	2,045
	En.	264	202	43	15	524
Contacts surveillés au 1er jan. 1935	Ad.	4,273	1,276	682	87	6,318
	En.	2,138	833	415	75	3,461
Contacts nouveaux durant l'année	Ad.	516	111	113	50	790
	En.	347	129	112	39	627
Contacts surveillés au 1er jan. 1936	Ad.	4,327	1,403	791	104	6,625
	En.	2,309	737	461	104	3,611
Visites faites par les infirmières		6,550	727	604	228	8,109

Demandes d'hospitalisation	491	35	61	73	660
à l'hôpital du Sacré-Cœur					310
à l'Institut Bruchési					187
au Sanatorium Cooke					22
au Sanatorium du Lac Edouard					16
au Grace Dart Home					17
à l'hôpital de Plessisville					20
au Sanatorium Laurentian					3
à l'hôpital de Thetford-les-Mines					5
aux hôpitaux généraux					80

Familles surveillées depuis le début du service social 4,281
Patients surveillés depuis le début du service social . . . . . Ad. 5,327
En. 1,025

REACTION A LA TUBERCULINE

	Centre	*Est*	*Nord*	*S.C.*	*Total*
Réaction à la tuberculine	1,268	426	450	42	2,186
" fortement positive	226	113	99	7	445
" positive	127	30	63	10	230
" légèrement positive	308	76	39	7	430
" douteuse	19	8	4		31
" négative	472	182	220	16	890
" non contrôlée	116	17	25	2	160

B. C. G.

Bébés nés dans les familles tuberculeuses 84
Bébés prémunis par le B. C. G. 76

PLACEMENT FAMILIAL

Enfants présentés au placement familial 75
Enfants confiés au placement familial 42

Patients référés par médecins de famille 626
Patients venus en dehors de la municipalité de Montréal 264
Patients trouvés tuberculeux 45

CAMPS DAVID ET PERRON

Nombre d'enfants admis 432
Durée du séjour . . . . . 54 jours
Gain chez les fillettes . . . . . 1 à 13 lbs. — Moyenne, 4 lbs 2¼ onces
Gain chez les garçons . . . . . 0 à 10 lbs. — Moyenne, 3 lbs 1½ once
Coût de revient du repas 0.06½
Jours de service donnés au Camp par les infirmières visiteuses . . . 157 jours

Anysie-M. DELAND,
Directrice du Service Social.

LE CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE EN EGYPTE. VISITE DU CAIRE ET DE SES UNIVERSITÉS

Le Xe Congrès de la Société Internationale de Chirurgie vient de se tenir au Caire. La précédente réunion, il y a trois ans, s'était tenue à Madrid, et après la semaine du congrès nous avions fait un fort intéressant tour de toute l'Espagne — ce qui nous avait fourni l'occasion d'admirer les souvenirs glorieux de la civilisation arabe, puis chrétienne, et enfin les progrès de l'époque moderne.

Cette fois, les congressistes pour l'Egypte s'étaient réunis à Marseille, d'où ils partirent à bord du vapeur *Champollion,* au nombre de quelque 200 membres. La traversée de la Méditerranée fut on ne peut plus agréable, avec des compagnons cultivés et intéressants, venus de Paris et d'un peu tous les coins d'Europe: nous y retrouvâmes plusieurs connaissances et amis.

Sous un ciel d'azur, une mer bleue agrémentée d'un soleil printanier rendit la traversée fort agréable.

L'arrivée à Alexandrie eut quelque chose d'imposant. Il était 8 heures du matin et le soleil était radieux. Alexandrie, ville de quelque 800,000 âmes, porte de jonction entre l'Orient et l'Occident, s'étalait au loin sur son rivage plat.

La flotte de guerre anglaise, forte de plus de 60 vaisseaux de tous calibres, était à l'ancre dans la rade, — dans l'attente!

La Municipalité reçut les congressistes; puis en auto nous quittâmes le débarcadère pour une tournée de la ville: catacombes de l'époque romaine, puit antique d'approvisionnement d'eau qui rappelait celui d'Orvieto, en Italie, fameux pour ses deux chemins serpentins qui descendent à 200 pieds dans le roc; lunch d'honneur, promenade le long de la mer, visite d'hôpitaux, fort modernes et presque luxueux; thé offert dans les jardins municipaux aux verdures abondantes et fleuries.

A 5 h. 30 nous prenions le train pour le Caire, où nous arrivions à 10 hrs. La capitale est située tout juste en haut de la séparation du Nil, en ces deux branches qui forment le delta. Port-Saïd, à l'ouverture du canal de Suez, est plus vers l'est.

Le Congrès

Ces congrès de la Société Internationale de Chirurgie, tenus tous les trois ans, sont parmi les mieux organisés que je sache. Les questions à être étudiées sont choisies en assemblée générale des congressistes, sur suggestions de l'Exécutif et des membres, pour la prochaine réunion. Le Comité Scientifique, à son tour, choisit les rapporteurs parmi les spécialistes les plus réputés de divers pays, et leurs rapports doivent être prêts trois mois à l'avance pour être imprimés et expédiés à chacun des membres des semaines avant le congrès. De la sorte les rapporteurs n'ont qu'à donner un résumé et leurs conclusions, en 20 minutes bien comptées.

Puis suit la discussion, — 5 minutes à chacun — les prenant-part s'étant inscrits à l'avance.

Ière question à l'étude:

La chirurgie des parathyroïdes.

Rapporteurs: Binet, prof. de physiologie à Paris, Donati, de Milan, Bauer, de Breslau, Churchill, de Boston, Braine, de Paris.

Quatre langues sont officielles: le français, l'anglais, l'allemand et l'italien, ouvertes indifféremment aux rapporteurs. Signalons que le français était la langue la plus généralement en usage au congrès, tout comme dans les échanges entre les congressistes. Saluons.

Trente membres étaient inscrits pour la discussion, ces discussions apportant un grand intérêt aux séances par les diverses opinions exprimées.

Sur cette question figuraient Leriche, en tête, de Strasbourg, Abadie, d'Oran, Dunhill, de Londres, Arcé, de Buenos-Aires, Carachan, de Barcelone, etc...

IIe question:

La chirurgie du sympathique lombaire

Rapporteurs: Brauchker, de Hambourg, Arthur Young, de Glasgow, Leriche et Fontaine, de Strasbourg, Aguilar, de Santander, et Chiassini, de Rome.

Plus de 30 membres étaient au programme pour la discussion.

IIIe QUESTION :

Chirurgie du côlon (cancer excepté)

Rapporteurs: Schmieden, de Francfort, Grey Turner, de New Castle on Tyne, Carachan, de Barcelone, Soupault, de Paris, Schoemaker, de Scheweningen.

Grand nombre de congressistes prirent part à la discussion, et pour notre part nous y traitions de la thérapeutique chirurgicale du *dolicho-côlon*.

Enfin, la *bilharziose* fut également traitée par des collègues égyptiens, Makar et Ibrahim Pacha, puisque cette maladie y est endémique.

Plus de 400 inscriptions furent enregistrées: le Congrès fut un succès.

Au Comité International, nous étudiâmes le lieu de la prochaine réunion, et Vienne, Buenos-Aires, Moscou et Berne furent proposées à l'assemblée générale, qui choisit Vienne pour 1938.

Naturellement, on peut se demander ici si des troubles politiques troublèrent les réunions.

A la vérité, le matin de l'ouverture, les étudiants, au nombre de 2,500 à 3,000, massés autour de l'édifice central universitaire où devait se tenir le Congrès, manifestèrent bruyamment leur déplaisir de l'Angleterre, en clamant: *"Down with England"* — à bas l'Angleterre, et nous firent cortège à la sortie. Mais rien autre chose, ni davantage. Les échauffourées avaient eu lieu avant notre arrivée, et aussi depuis lors.

L'Angleterre est sur ses gardes en Egypte. 60,000 hommes de troupes anglaises étaient en casernes; mais on ne les voyait nulle part, sauf à la citadelle, où nous vîmes un régiment écossais en parade.

Si nous ne nous trompons, la *question égyptienne* est à l'horizon, bien plus importante que la question abyssinienne. L'Angleterre ne peut abandonner ni quitter l'Egypte, à cause de ses très forts intérêts financiers et politiques en ce pays. Son expérience séculaire du règlement des questions politiques lui suggérera sûrement un règlement à l'amiable de la question égyptienne, où certainement elle devra céder sur quelque point au nationalisme égyptien fort intense et allant s'accentuant. L'avenir le dira.

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



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

En général, la thérapie iodée est inséparable de l'iodisme, mais en dehors de l'idiosyncrasie, la sévérité des symptômes de l'iodisme est en raison directe de la quantité d'iode retenue dans le sang. Cette quantité, en retour, dépend de la quantité administrée.

RIODINE (Astier)

Iode organique assimilable

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

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

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

Laboratoires P. Astier, Paris, France

Pour la Province de Québec:

ROUGIER FRERES,
350, rue Le Moyne,
MONTREAL.

Pour les Provinces Maritimes, de l'Ouest et de l'Ontario:

JOHN A. HUSTON COMPANY, LIMITED
36-48 Caledonia Road,
TORONTO, Ont.

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.

Le Caire

La capitale est une belle ville moderne de 1,000,000 d'habitants: larges avenues, bien ordonnées, propres, autobus et tramways partout. Elle s'étend sur les deux rives du Nil. De beaux quartiers résidentiels. Plus loin les quartiers populaires turcs et arabes, certes moins élégants, et même sales. Les souks et bazars offrent un vif intérêt où le visiteur rencontre les tenants de toutes les petites industries: cordonniers, quincailliers, tailleurs, chapeliers, orfèvres, joailliers, bijoutiers, marchands de tapis, et j'en omets...

Trois choses sont d'un grand intérêt au Caire: les Mosquées, le Musée égyptien et l'Université, — même les deux universités.

L'*Université égyptienne* occupe au delà du Nil un très vaste emplacement avec ses diverses Facultés, logées chacune dans un édifice spécial. Un hall central, pour les grandes cérémonies, peut accommoder avec ses deux immenses galeries quelque 3000 spectateurs, assis.

Au fronton de la première flottait les drapeaux des quarante-deux nations représentées au Congrès et où figurait le nôtre. A la deuxième galerie, huit drapeaux égyptiens — vert avec le croissant jaune en exergue — alternaient avec les drapeaux français. Le français y était décidément à l'honneur. La classe instruite au Caire parle bien le français, que d'ailleurs, vu les circonstances, il valait mieux employer sur la rue. On m'a dit que la jeunesse actuelle universitaire a des proclivités anglophiles (?), l'anglais étant la seule langue d'enseignement universitaire. La langue française perd en Egypte l'emprise qu'elle avait depuis l'expédition de Napoléon.

L'autre université du Caire est l'*Université Coranique*. Elle est d'un genre particulier. Son importance est considérable — surtout dans le monde international islamique. Car c'est à elle que s'adresse la jeunesse du monde musulman pour se faire instruire dans le Coran. Pour le musulman, le Coran est par excellence le livre de toutes les sciences. Il est à la fois code religieux, social et militaire.

Quelque 10,000 étudiants, venus de tous les coins du monde islamique, se réunissent sous son toit hospitalier, qui les accommode non seulement pour l'enseignement mais aussi pour le logis. Ces étudiants sont peu exigeants pour le confort, pas plus que pour la nourriture, et ils sont ici aidés par les aumônes des fervents du monde islamique. Pénétrons dans l'université.

L'université est une mosquée: elle s'appelle *El Azahr*. Chaussons des babouches, car il n'est pas permis aux infidèles de pénétrer dans

une mosquée avec leurs chaussures de la rue. Les musulmans d'ailleurs font de même: ils enlèvent eux aussi leurs souliers, quand ils en portent. Puis pénétrant, portant leurs bottines à la main et leur petit tapis pour la prière, ils vont silencieusement l'étendre sur le parquet, et se prosternant, toujours dans la direction de La Mecque, indiquée par le Mira, ils s'inclinent par trois fois et s'accroupissant sur leurs talons font leurs prières ou récitent leur chapelet, sans la moindre distraction, confis en Allah ou Mahomet.

Le portique franchi, nous pénétrons dans une vaste cour aux multiples colonnes avant d'entrer dans la salle importante des cours. Trois cents colonnes en soutiennent les plafonds, importées qu'elles furent de monuments antiques.

El Azahr est d'antique existence: elle remonte à la fondation du Caire, au Xe siècle. Elle rivalisa longtemps avec celle de Bagdad, qui à un moment comptait 12,000 étudiants.

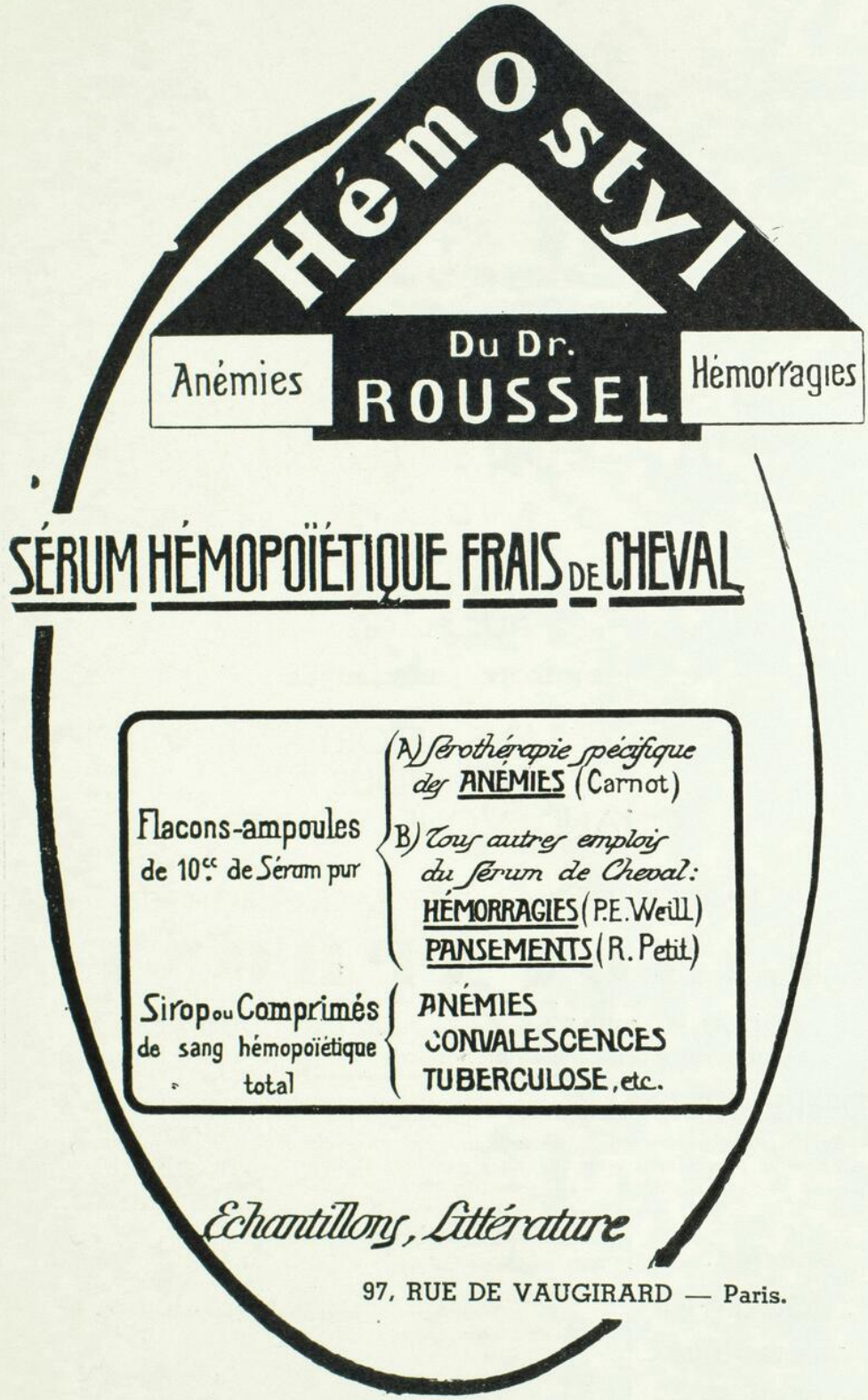
Le spectacle est intéressant. Partout les étudiants sont étalés, assis sur leurs talons autour des maîtres enseigneurs, pour la plupart à la barbe blanchie. Les étudiants sont de tous les âges, jeunes et même vieux.

Il y a là quelque quarante à cinquante groupes d'étudiants. Un groupe spécial est pour les aveugles, et le professeur vénérable est de même aveugle. On commente, par-dessus tout, le Coran, — on y enseigne depuis quelque temps les langues, la géographie, les sciences mathématiques — mais le Coran prime, car il est toute la vie du musulman. Inutile d'ajouter que cet enseignement n'est pas à la page moderne; d'ailleurs, le musulman ne s'en soucie guère.

Les visiteurs y sont bien accueillis, pourvu que ce ne soit pas à l'heure de la prière, qui se doit dire cinq fois par jour à l'invitation du muezzin, qui en fait l'appel du haut du minaret attaché à chaque mosquée.

Nous entrons dans la bibliothèque, aux parquets couverts de tapis orientaux de prix et aux tablettes couvertes d'éditions de grand prix du Coran, dont grand nombre sont merveilleusement enluminées. Des scribes transcrivent les éditions anciennes pour les commentaires appropriés ou consultent les vieux parchemins et manuscrits.

Là-haut le soleil pénètre à flots dans la cour centrale, ouverte au firmament d'un bleu d'azur impeccable. Chaque pays a ses usages, nous apprend le voyage: peut-être nos procédés leur paraîtraient-ils étranges, comme les leurs à nous-mêmes.



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?.....

Au dehors, une foule affairée encombre les rues, car nous sommes dans un quartier populaire. Les hommes portent ou le fez ou le tarbouche; ceux qui portent le fez sont habillés à l'européenne, les autres portent la longue jaquette de cotonnade des Arabes. Les femmes sont voilées, on ne voit que leurs yeux. Elles portent leurs enfants à cheval sur la hanche ou sur l'épaule, quand ce n'est pas une jarre d'eau ou un fardeau sur la tête. Le spectacle est varié et intéressant pour le nouveau venu.

Le Musée

Ce musée est d'une richesse inouïe en fait d'antiquités égyptiennes, et cette installation merveilleuse est due à des Français, collaborateurs des autorités égyptiennes. Mariette, en 1857, commença avec l'égyptologue Maspero, et aujourd'hui Lacau continue. Ces spécialistes tiennent une haute place dans l'égyptologie.

On ignorait alors à peu près la signification des hiéroglyphes: leur lecture était un mystère.

Un jour, en faisant des excavations dans un modeste village près du delta, à Rosetta, Boussard, officier d'artillerie de Bonaparte, découvrit une pierre portant la *même inscription* en *trois langues*: hiéroglyphes, démotique et grec. Lorsque Bonaparte évacua l'Egypte, les Anglais s'en emparèrent, naturellement; et aujourd'hui le British Museum la possède. La pierre "Rosetta", ainsi est-elle connue.

Ce ne fut qu'en 1822 que Champollion le jeune en trouva la clef par comparaison des trois textes. De ce jour, les hiéroglyphes ne possédèrent bientôt plus de secrets pour les égyptologues.

Au musée, au nombre de statues innombrables des dieux égyptiens fort rébarbatifs et des effigies royales, nous trouvons les richesses trouvées dans le tombeau de Tut-an-Kamen.

Les Pyramides

Que dire que vous ne sachiez déjà?

Elles sont situées à douze kilomètres du Caire, en plein désert. Une excellente route asphaltée y conduit, ainsi qu'un tramway. Un superbe hôtel, le Mena House, est campé à l'orée du désert, à dix minutes des Pyramides. Un banquet de 300 couverts nous y fut donné, après quoi nous pûmes monter aux Pyramides, les admirer sous la clarté lunaire.

L'impression qu'elles laissent?

Elles sont trois en nombre: celle de Chéops, la plus ancienne et la plus formidable, celle de Keprhrem, et la moindre, celle de Mykérinos, près du village de Giseh. Elles furent élevées par les rois anciens pour leur servir de sépulture royale.

C'est par leur masse qu'elles en imposent, car elles n'ont rien d'artistique. Elles sont formées de formidables blocs de granit venant des carrières d'Assouan, à huit cents kilomètres en haut du Nil, que nous visitâmes ultérieurement, et qui furent amenés au Caire sur des barges à mains d'hommes puis halés vers le désert, à douze kilomètres. Se représente-t-on l'immense labeur humain à mains d'esclaves pour l'édification tant des Pyramides que des temples antiques!

A quelque cinquante pieds sur le flanc de la pyramide s'ouvre une porte qui conduit par un couloir tortueux à la chambre mortuaire où était le sarcophage royal.

Tout à côté des Pyramides, le Sphinx, aux traits nubiens, au nez écrasé, sorti des sables, dresse sa tête énigmatique vers l'Orient.

Dans tout ceci, c'est la masse colossale qui écrase et impressionne. On n'échappe pas à l'impression pénible de tant de prétention royale d'un côté, et de l'autre de cette masse d'humanité, d'esclaves opprimés et écrasés pour satisfaire une vanité royale et abusive.

Les belles mosquées du Caire suscitèrent notre admiration, et les tombeaux des califes valaient de même une visite.

Après la semaine passée au Caire pour le Congrès et la visite de la ville, nous prenions le train vers la Haute-Egypte pour la visite des temples de Luxor, Karnak, Thèbes et la Vallée des Rois: voyage plein d'intérêt, car il ouvrait des aperçus insoupçonnés sur cette civilisation antique des bords du Nil, vieille de quelque six mille ans.

Prof. Eug. SAINT-JACQUES,
Hôpital Ste-Jeanne-d'Arc.

QUELQUES COMMENTAIRES SUR UNE TENTATIVE DES "CHIROS" DE FAIRE ADOPTER UN BILL PAR LA LÉGISLATURE DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Dans la *Gazette Officielle*, en date du 1er février 1936, nous lisons l'avis qui suit:

L'Association des Chiropraticiens de la Province de Québec, Incorporée, s'adressera à la Législature de la province de Québec à la prochaine session pour lui demander:

1o La confirmation des lettres patentes émises en sa faveur le 1er août 1933 par le Gouvernement de cette province;

2o La constitution de ladite association en corporation professionnelle sous le nom de *L'Association des Chiropraticiens de la Province de Québec* pour les fins de définir et de réglementer la pratique de la chiropratique dans la province de Québec;

3o Le droit de faire des règlements pour la régie interne de l'association, pour établir les qualifications nécessaires pour l'admission à l'étude et à la pratique de la chiropratique concernant l'honneur professionnel et les sanctions à être imposées contre les actes dérogatoires audit honneur professionel, la suspension du droit de pratique, etc.;

4o Le droit de percevoir des contributions annuelles de ses membres et des honoraires des aspirants à l'étude et à la pratique;

5o Le droit de se constituer un bureau de direction et un bureau d'examinateurs;

6o Le droit de poursuivre en justice toute personne exerçant la chiropratique sans être membre de l'association et sans avoir obtenu de celle-ci le droit de pratiquer, et d'obtenir contre elle condamnation à l'amende, aux frais et à l'emprisonnement à défaut de paiement;

7o Tous autres pouvoirs nécessaires pour la bonne administration de ladite association.

Ces messieurs les chiropraticiens demandent ni plus ni moins qu'il leur soit concédé par la Législature, pour la régie interne de leur association, les mêmes privilèges qu'a le Collège des Médecins; et que pour l'enseignement de leurs théories ils aient les mêmes privilèges que nos trois universités. En présence d'une telle demande, il est intéressant d'étudier ce que sont les chiropraticiens et quelles sont leurs qualifications pour prétendre à de tels privilèges.

Je n'ai vu nulle part une définition satisfaisante de la Chiropratique, et je m'excuse de donner la présente définition en anglais, ne me sentant réellement pas capable de traduire un pareil galimatias :

CHIROPRATIQUE — *Définition*

The term chiropractic when used in this act shall be construed to mean and be the name given to the study and application of a universal philosophy of biology, theology, theosophy, health, disease, death, the science of the cause of disease and art of permitting the restoration of the triune relationships between all attributes necessary to normal composite forms, to harmonious quantities and qualities by placing in juxtaposition the abnormal concrete positions of definite mechanical portions with each other by hand, thus correcting all subluxations of the articulations of the spinal column, for the purpose of permitting the recreation of all normal cyclic currents through nerves that were formerly not permitted to be transmitted through impingement, but have now assumed their normal size and capacity for conduction as they emanate through intervertebral foramina — the expressions of which were formerly excessive or partially lacking-named disease.

Comprenne qui pourra ! ! !

Des mots qui sont autant de non-sens et de faussetés.

La colonne vertébrale, formée par les vertèbres unies entre elles par de puissants ligaments, constitue un tout solide. Il est impossible qu'une vertèbre se déplace sans traumatisme important subi directement ou indirectement par le rachis, sans lésion congénitale ou acquise d'une ou de plusieurs pièces vertébrales. Il peut arriver qu'un accident produise une fracture ; cet accident laisse des séquelles locales plus ou moins réparables par des procédés chirurgicaux adéquats.

Aussi, une vertèbre écrasée reste écrasée. Les doigts, les mains des "chiros" ne remettent jamais en place une vertèbre luxée et fixée dans une position vicieuse. Leurs manipulations seules ne réussiront jamais à maintenir à sa place normale une vertèbre déplacée, en supposant qu'ils puissent la replacer.

Maintenant, qui a eu l'idée géniale d'inventer une pareille découverte ? C'est un nommé D. D. Palmer, de Davenport, marchand général. En 1895, la hasard le mit en contact avec un individu qui souffrait de surdité ; il prétend qu'en lui massant la colonne vertébrale il lui replaça par hasard une vertèbre subluxée et qu'aussitôt le sourd entendit et qu'il entend depuis.

Palmer a gardé le secret de sa découverte ; puis devenant vieux l'a transmis à son fils, qui fonda l'école. Celui-vi vendit, paraît-il, à



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'Urotropine	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.**

NUCLÉARSITOL ROBIN

GRANULÉ - COMPRIMÉS - INJECTABLE

TUBERCULOSE - FIÈVRES PALUDÉENNES
LYMPHATISME - SCROFULE R.C. 221839

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS.

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

chacun de ses élèves, son secret moyennant $350 et $400; aujourd'hui le prix en est rendu à $650.

A ce propos, voici ce que déclare Palmer, fils. C'est du charlatanisme tout pur.

"Our school back at Davenport *is established on a business and not a professional basis*," Mr. Palmer said. "It is a business where we manufacture chiropractors. They have got to work just like machinery. A course of salesmanship goes along with their training. We teach them the idea and then we show them how to sell it."

De l'audace, encore de l'audace, toujours de l'audace. C'est la clef du succès des chiros.

Maintenant, que demande-t-on des élèves comme qualifications? Il suffit d'avoir fait des études élémentaires, *"grammar school"*.

Les études de "High School" ne sont pas requises.

FUNDAMENTAL STUDIES IN THE HEALING ART, COMMON TO THE PALMER SCHOOL OF CHIROPRACTIC, AT DAVENPORT, IOWA.

Histology	43 hours
Anatomy	129 hours
Physiology	129 hours
Embryology	Non taught
Chemistry	Non taught
Pathology	Non taught
Bacteriology	Non taught
Diagnosis	Non taught
Hygiene	22 hours
Gynecology	Non taught
Genito-urinary	Non taught
Surgery	Non taught
Obstetrics	Non taught
Jurisprudence	Non taught
Eye, ear, etc.	Non taught
Pediatrics	Non taught
Dermatology	Non taught
Orthopedics	Non taught
Psychiatry	43 hours
Symptomatology	129 hours
Total	495 hours

Voilà le bagage scientifique qu'offrent messieurs les chiropraticiens pour se substituer à nos universités qui exigent des étudiants un cours complet d'études classiques puis cinq années de cléricature où on leur enseigne les sciences qui découlent des recherches, des découvertes, des études des Claude Bernard, des Lyster, des Virchow, des Bichat, des Pasteur, etc., pour ne nommer que ceux-là.

Nous demandons respectueusement à nos législateurs de ne pas saboter l'enseignement universitaire en permettant aux chiros de s'implanter chez nous et de répandre leurs idées fausses et dangereuses qui ne reposent sur aucune base scientifique.

Les chiros nient la contagion et les bienfaits de la vaccination.

Si les théories de ces individus sont acceptées, nous pouvons nous attendre à voir encore réapparaître les épidémies de variole, de typhoïde, de choléra, etc., épidémies qui ont été si meurtrières dans le passé et qui ont disparu grâce aux méthodes d'hygiène que nous employons.

Comme toutes les fanatiques méthodes, la chiropratique agit sur deux classes d'individus:

1° Les ignorants, qui ne peuvent pas discerner l'absurdité des prétentions des chiros;

2° Les neurasthéniques qui sont toujours à la recherche de traitements nouveaux. C'est la classe de gens qui donne des témoignages enthousiastes de cures merveilleuses.

Il y a aussi les tout jeunes enfants qui ne peuvent pas discerner le bon du mauvais.

L'Etat doit à la société de la protéger par une législation qui empêche ces individus de répandre des doctrines fausses et dangereuses. Que l'on laisse nos trois grandes universités libres d'enseigner la chiropratique s'il y a quelque chose de bon pour l'humanité dans l'enseignement de cette nouvelle méthode de soulager, mais de grâce, messieurs les législateurs, n'érigez pas les chiros en université.

J.-E. LABERGE, M.D.

FACULTÉ DE MÉDECINE, UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

La Faculté de Médecine de l'Université de Montréal:

1° Attendu qu'un avis a été publié dans les journaux annonçant que les "Chiropraticiens" présentent à la prochaine session parlementaire un projet de loi leur accordant certains privilèges et pouvoirs;

2° Attendu que la "Chiropraxie" a la prétention de s'ériger en science médicale alors que sa doctrine n'est pas admise dans le monde scientifique;

3° Attendu que les "Chiropraticiens" nient l'utilité de la plus grande partie des études que la loi médicale de la province de Québec, comme celles des autres provinces du Dominion et de tous les pays civilisés, impose à juste titre à tous ceux qui veulent exercer la médecine;

4° Attendu que la "Chiropraxie" nie l'utilité d'un diagnostic préalable, elle devient d'un empirisme aveugle et dangereux pour la santé du public.

Se joint à toutes les associations scientifiques et universitaires de la province de Québec et prie le "Collège des Médecins et Chirurgiens" de s'opposer énergiquement à l'adoption d'une telle loi.

ACTUALITÉS

La Division des Maladies Vénériennes du Service Provincial d'Hygiène a décidé de créer un Centre de Vénéréologie pour le traitement de la syphilis, la blennorhagie, de la chancrelle, de la maladie de Nicolas Favre à l'Hôpital Notre-Dame. Cette clinique sera ouverte aux *indigents seulement*, les avant-midis et soirées.

1) Seront considérés comme *indigents* (classe a) ceux-là qui sont dénués de toutes ressources. Seuls ils auront droit à un traitement absolument gratuit.

2) Seront considérés comme *indigents* (classe b) ceux-là qui peuvent donner une somme modique (jusqu'à $1.00 par semaine) pour leur traitement. Il s'agit d'individus qui travaillent durant la journée à un salaire réduit et qui, d'une part, à cause de leurs heures de travail ne peuvent venir à la Consultation du matin sans perdre leur emploi et qui, d'autre part, ne sont pas en état de payer les honoraires convenables à un médecin praticien de la ville.

En effet, il est douteux que celui-ci puisse donner un lavage quotidien à un blennorrhagique, une injection intra-veineuse ou deux intra-musculaires à un syphilitique pour la somme de $1.00 par semaine.

3) Une enquête sévère sera établie afin de contrôler l'état de fortune des malades qui se présenteront à ces consultations du matin et du soir. Ils seront répartis après enquête en trois groupes: indigents de la classe (a), indigents de la classe (b) et ceux qui, plus fortunés, ne relevant de ces deux catégories doivent être traités en ville par leurs médecins.

Ces derniers malades qui peuvent payer les frais d'un traitement en ville seront impitoyablement éliminés de cette clinique et dirigés à leurs médecins particuliers.

De plus, ceux-ci doivent se faire un devoir d'aider le contrôle hospitalier en signalant aux Directeurs du Centre Vénéréologique tout malade dont ils savent qu'il est traité gratuitement ou "modiquement" aux dispensaires alors que ses revenus lui permettent de payer des honoraires.

Les autorités de l'Hôpital Notre-Dame et la Division des Maladies Vénériennes insistent fortement sur ce point: il est inutile pour ceux dont les revenus sont suffisants pour assurer les honoraires d'un traitement de se présenter à cette Clinique ouverte, nous le répétons, aux *indigents* seulement.

*
* *

L'établissement d'un Centre de Vénéréologie à l'Hôpital Notre-Dame, avec contrôle rigoureux des revenus des malades qui se présenteront, offre une garantie nouvelle à la profession médicale.

Jusqu'ici, en certains milieux, l'enquête faite était quelque peu relâchée. Si un malade offrait de donner $0.50 ou $1.00, il était traité aux dispensaires. Or, souvent, il s'agissait d'individus qui auraient pu donner davantage ($2.00 et $3.00 par semaine) et qui, par conséquent, auraient dû se faire traiter en ville par leurs médecins.

Dorénavant cette catégorie de malades qui peuvent payer les frais d'un traitement particulier sera écartée de ces cliniques publiques.

Nous croyons que, loin de nuire aux aspirations légitimes des médecins praticiens, ce Centre de Vénéréologie, protégera plutôt leurs intérêts.

C'est l'idée directive qui a déterminé les autorités de l'hôpital Notre-Dame à établir cette clinique.

Dans mon bulletin du mois dernier j'ai écrit que tous les malades qui peuvent payer $1.00 pour une consultation devront être envoyés à leurs médecins "sauf exception". Je maintiens cette opinion, mais l'établissement de ce Centre nouveau a été étudié avec soin. Il s'agit bien, malgré tout, d'un dispensaire qui entre dans la catégorie "pour indigents", car ces malades seront traités pour la somme de $0.50 ou $1.00 tout au plus par semaine, en y comprenant les médicaments.

Nous ne croyons pas qu'un médecin, en ville, soit en état de traiter ces malades à ce prix en lui fournissant les médicaments. D'ailleurs tous les détails de cette organisation nouvelle ont été soumis aux présidents des associations médicales de Montréal, en les priant de les soumettre à leurs membres, afin de recevoir leur autorisation. Nul doute que ce plan nouveau rencontrera l'approbation générale de la profession médicale de Montréal, car il s'agit non seulement d'une mesure d'hygiène publique, mais de médecine préventive.

M.

MÉDECINE PRATIQUE

DIARRHÉES INFANTILES

I. Forme légère:

a) Diète hydrique pendant 24 heures au maximum.
b) Eau de riz ou bouillon de légumes suivant l'âge.
c) Après 12 à 24 heures ajouter progressivement des quantités croissantes de lait.
d) Eviter les purgations. Les désinfections intestinales sont généralement inutiles.

II. Forme cholérique:

a) Diète hydrique absolue 24 à 48 heures au maximum. Quantité d'eau bouillie pure égale à la quantité de lait qu'elle remplace.
b) 2 à 3 bains chauds par jour, de 10 minutes.
c) Les bottes d'ouate et les bouillottes si les extrémités se refroidissent.
d) Aider la réhydratation avec une ou deux injections de 50 c.c. de sérum physiologique ou glucosé.
e) Soutenir le cœur avec une ou deux gouttes d'une solution d'adrénaline au millième, ou caféine 1/4 ou 1/8 de grain.
f) Isoler le malade.
g) Compresses chaudes sur le ventre s'il y a coliques.
h) Ni purgatifs, ni antiseptiques intestinaux.
i) Reprise de l'alimentation avec eau de riz.
j) Alterner eau de riz et babeurre coupé d'eau bouillie et d'eau de chaux.
k) Vers le cinquième jour, lait de femme (si possible) ou lait modifié pauvre en graisses et en sucre (15 à 20 grammes ajoutés à l'eau de riz 7 à 10 fois par 24 heures).

III. Forme dysentérique:

a) Diète hydrique pour 24 heures.
b) Réhydratation par injections de 50 c.c. de sérum physiologique, 2 fois par jour.
c) Lavages intestinaux avec solution étendue d'eau oxygénée, une partie d'eau oxygénée pour neuf parties d'eau bicarbonatée à 1%.
d) Troisième jour, si le ténesme et les selles sanglantes persistent, donner 4 fois par jour 0 gr. 25 de sulfate de soude.
e) Carbonate ou salicylate de bismuth, 0 gr. 15 à 0 gr. 50, 3 fois par jour.
f) Bains chauds 2 ou 3 fois par jour.
g) Reprendre l'alimentation comme dans la forme cholérique, eau de riz, babeurre, puis vers le cinquième jour lait de femme ou lait modifié par doses fractionnées.
h) Soutenir le cœur avec huile camphrée à 10%, un ou deux c.c. toutes les 8 heures.

Dans chacune de ces formes, la cure Heisler Moro donnera toujours des résultats surprenants.

Henri BARIL.

LIVRES REÇUS

LIVRES REÇUS EN JANVIER 1936

Régimes, par le docteur René FAU, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de clinique à la Faculté. Collection des "Petits Précis", un vol. in-16° sous couverture souple, 12 fr. Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris VI[e].

Paru dans la Collection des "Petits Précis", où la clarté et la concision sont la règle, le nouveau livre de *Régimes* de M. Fau est avant tout un ouvrage pratique, par son format d'abord, par sa conception ensuite.

Impossible évidemment de donner une liste complète de régimes, variables avec chaque individu; mais la prescription d'un régime doit obéir à des règles générales. — Il doit être simple, pas de complications de pesées, de calculs de calories; il sera alors facilement applicable, donc efficace — le malade le suivra. — La ration journalière doit être suffisante, ni trop, ni trop peu. — La courbe de poids du malade reste le meilleur contrôle.

La clarté de la prescription joue aussi un grand rôle dans l'efficacité, non seulement défendre, mais indiquer certains aliments — et la manière de les faire cuire. — Tels sont les principes qui ont guidé M. le docteur Fau.

L'auteur a donné à chaque régime la forme d'une ordonnance conçue sur un plan invariable.

1° Règles générales de diététique.

2° Aliments permis, aliments défendus, aliments tolérés ou soumis à la pesée. — Boissons.

3° Type de menu pour 24 heures, qualitatif, quantitatif et horaire.

4° Règles générales d'hygiène.

L'ouvrage se termine par un tableau des aliments classés suivant leur richesse — en graisse, matières azotées, glucides et une liste saisonnière des légumes. — D'un format de poche ce livre sera d'une grande utilité au Médecin dans sa clientèle.

Prophylaxie de la syphilis. Prophylaxie locale, préservation per os, métalloprévention. Par C. LEVADITI, professeur à l'Institut Pasteur, chef du Service de Syphilis expérimentale et de Chimiothérapie à l'Institut Alfred Fournier, membre de l'Académie de Médecine. Un vol. broché, couverture en couleurs, 18 fr. Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris VI[e].

L'auteur a réuni en un volume de 230 pages l'ensemble de nos connaissances sur la chimio-prévention de la syphilis. S'il a entrepris l'analyse d'un problème aussi vaste que complexe, et dont on ne saurait contester ni l'importance, ni l'actualité, c'est qu'à maintes reprises il a participé lui-même à son étude expérimentale. L'ouvrage est divisé en trois parties distinctes.

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.

ACIDE "MANDELIC" B.D.H.

ET

"MANDELATE" DE SOUDE B.D.H.

Pour le traitement des infections urinaires

Dans les recherches initiales sur le traitement des infections urinaires avec l'acide "Mandelic", cet acide même (dissous dans l'eau et neutralisé avec du bicarbonate de soude) était administré; plus tard l'administration du sel de sodium pur fut considérée comme étant la forme de traitement la mieux appropriée.

L'acide "Mandelic" B. D. H. et le "Mandelate" de soude B. D. H. peuvent être obtenus en des paquets "standard" différents, de une once à sept livres; on peut aussi se les procurer en plus grande quantité pour convenir aux besoins du client.

Les principaux pharmaciens dans tout le Canada en gardent une provision, et des renseignements complets sont fournis par:

THE BRITISH DRUG HOUSES (CANADA) LTD.

Terminal Warehouse **Toronto 2, Ont.**

Mn/Can/364F

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**

PEPTONATE DE FER ROBIN

GOUTTES VIN ELIXIR

ANÉMIE - CHLOROSE
DÉBILITÉ

R.C. 221839

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

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

La première se rapporte à la *prophylaxie par application locale de topiques virulicides*, pommades ou autres. Les résultats de l'expérimentation et de l'application pratique y sont exposés avec toute l'objectivité que le sujet comporte. La seconde partie se réfère à la prophylaxie *per os*. Les effets préventifs du *Stovarsol* et de ses succédanés, tels que les révèlent les essais sur les animaux et l'utilisation chez l'homme, sont analysés dans leur ensemble. La méthode, que l'auteur, en collaboration avec Navarro-Martin, a introduite dans la prévention et le traitement curatif de la syphilis, s'est révélée d'une efficacité hors conteste. Enfin, dans la troisième partie, il est question de ce que l'auteur dénomme la *Métalloprévention de la syphilis*. Ici, la prophylaxie est effectuée au moyen de dérivés bismuthiques ou telluriques, de l'or, du mercure, ou de l'arsenic, administrés par injection. L'état réfractaire obtenu dure aussi longtemps que l'organisme se trouve sous une *pression métallique* suffisante; il est en rapport avec la nature de l'élément, la constitution chimique du composé administré et la quantité injectée. L'application à l'homme, réalisée par M. Sonnenberg, confirme, dans leurs grandes lignes, les données expérimentales.

Le lecteur trouvera dans cette monographie toutes les indications utiles, et surtout les résultats de l'utilisation de ces trois méthodes prophylactiques dans la prévention pratique de la syphilis.

Le Rajeunissement par l'amélioration des fonctions de l'estomac et de l'intestin, par le Dr Arnold LORAND, médecin consultant aux eaux de Carlobad. Un vol. in-8 de 88 pages, 14 fr. J.-B. Baillière et Fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris VI[e].

Tenant compte du résultat des expériences de ces deux dernières années, l'auteur décrit les relations qui existent entre l'insuffisance chlorhydrique de l'estomac suivie de putréfaction intestinale, leur influence sur les états d'hypersensibilité accompagnés de phénomènes cutanés, et leur contribution instructive au sujet qu'il traite.

Le Dr Lorand, dont les travaux sont appréciés, entre autres son ouvrage sur *la Vieillesse*, traduit en douze langues, a défini dans les chapitres suivants ce qu'il comprend, ou ce qu'il conseille, pour garder à l'organisme humain, aussi longtemps que possible, une vitalité normale.

Moyens pratiques et rationnels de rajeunissement — Activation de l'hématopoièse par l'amélioration des fonctions stomacales et intestinales: a) *Troubles de la sécrétion chlorhydrique et auto-intoxication intestinale comme causes de la sénilité*; b) *Rajeunissement par des moyens activant la formation du sang*; c) *Prophylaxie et traitement de l'auto-intoxication intestinale*. 1. *Putréfaction intestinale excessive par certains aliments;* 2. *Limitation de la putréfaction intestinale par certains aliments*; 3. *Limitation de la putréfaction intestinale par des épices et des salades, et leur préparation rationnelle*; 4. *Les avantages du régime de scories selon von Noorden-Salomon*; 5. *Les avantages et les inconvénients de la nourriture crue*;6. *Limitation de la putréfaction intestinale par une cuisson adéquate*; 7. *Les avantages de repas réduits et nombreux. Leur composition rationnelle*; 8. *Conseils pratiques pour la prophylaxie et le traitement de la constipation*; 9.*Limitation de la putréfaction intestinale par certains médicaments.*

Annexe: Les avantages et les inconvénients du sel dans les aliments.

Annexe: Effets rajeunissants des bains intestinaux sous l'eau.

Les petites règles de la chirurgie parfaite, par J. OKINCZYC, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris. Un vol. de 60 pages, 12 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce livre expose les règles méthodiques auxquelles toute chirurgie est soumise pour être parfaite.

Dans tout acte chirurgical, les plus petites causes peuvent engendrer de grands et redoutables effets; rien ne doit donc être négligé pour assurer, dans le complet usage de nos moyens actuels, la plus grande sécurité possible des suites et la perfection des résultats.

L'habileté manuelle ne dispense pas des disciplines nécessaires. Leur rappel permettra au chirurgien d'éviter des négligences de technique et d'innombrables petites fautes susceptibles de compromettre le succès d'une opération, même si elle a été par ailleurs habilement exécutée.

CHAPITRE DE L'OUVRAGE

L'enseignement. — Le geste chirurgical. — Dispositions générales pour l'acte opératoire. Incisions. — Hémostase et ligatures. (Ligatures.) — Jeu des compresses. — Le champ opératoire (Utilisation. Exposition. Extériorisation). — Les sutures, soins postopératoires.

Formulaire de l'hôpital Sainte-Justine, publié par le Dr J.-C. BERNARD.

Nous accusons réception du formulaire de l'hôpital Sainte-Justine, publié par le Dr J.-C. Bernard.

Nous y trouvons réunis les renseignements les plus utiles de médecine pratique concernant les nourrissons et les enfants un peu plus avancés en âge.

Un index alphabétique qui permet de trouver en quelques instants les renseignements utiles concernant soit les diètes, soit les maladies les plus fréquentes, soit les formules les mieux appropriées dans le traitement des différentes maladies de l'enfance.

C'est la première fois que nous trouvons parmi nous un guide aussi pratique concernant les maladies de l'enfance. Nous en félicitons l'auteur et nous conseillons aux médecins de se procurer ce formulaire qui sera pour eux un guide précieux que l'on peut transporter facilement dans sa poche et consulter à l'occasion.

Albert LeSage.

Histochimie animale. Méthodes et problèmes, par A. LISON. Gauthier Villars, éditeurs, Paris.

La collection des actualités biologiques s'enrichit d'une nouvelle acquisition précieuse. *L'histochimie animale* de l'éminent biologiste bruxellois fera époque. Ce livre longtemps attendu des histologistes et des chimistes vient enfin nous fixer sur la nature, les conditions et les possibilités de l'histochimie animale.

L'auteur divise son travail en deux parties: la première, l'histochimie générale, la deuxième, l'histochimie spéciale.

L'ouvrage débute par un aperçu historique, il nous fait assister à la naissance de l'histochimie, sœur de l'histologie et de la physiologie. L'histochimie vraie, telle que la définit l'auteur est toute récente. Il la définit: Science de la localisation topographique exacte et précise d'une substance figurée ou dissoute à rechercher dans l'intégrité structurale du tissu étudié. Cette localisation et cette intégrité tissulaire et même cellulaire ne sont réalisables que par une fixation appropriée de la substance à étudier et du tissu où elle se trouve.

Toute la première partie du livre traite des conditions qu'exige cette définition. Les fixateurs sont d'abord étudiés. Les substances dissoutes sont les plus difficiles à fixer à cause de leur grande diffusibilité, surtout les cristalloïdes.

L'auteur fait la distinction entre l'analyse chromatique, courante en histologie et l'histochimie telle que définie. Cette distinction n'était malheureusement pas toujours faite par les histologistes surtout ceux de l'école allemande.

Pour qu'une réaction histochimique soit valable, concluante, il faut d'abord qu'elle soit spécifique, cela est l'évidence même. Elle doit en plus être excessivement sensible pour parvenir à déceler la moindre trace d'un corps chimique dans une cellule.

La première partie de l'ouvrage se termine par une revue des méthodes générales de l'histochimie. Les caractères de solubilité ne permettent d'identifier que les cristalloïdes. Les constituants albumineux nucléaires tels que nucléine, linine, paralinine, pyrénine, amphipyrénine, lanthanine, œdématine ne sont que des aspects et non des substances et ne peuvent partant être analysés histochimiquement par leur différence de solubilité.

La microspectroscopie, l'histospectographie, la microfluoroscopie, la microspectrofluoroscopie et l'emploi de la lumière polarisée sont autant d'outils indispensables à l'histochimiste.

La deuxième partie, l'histochimie spéciale, aborde les techniques d'identification dans les tissus des sels minéraux, des protides, lipides, glucides, ferments et des pigments. Chaque technique et les résultats qu'elle donne sont passés au crible de l'esprit critique de l'auteur. Cet esprit critique, qui caractérise le savant, domine tout ce manuel, je dis manuel, car en réalité c'en est un et je le vois bientôt dans toutes les mains de ceux que l'histologie et la chimie intéressent. Ce sera leur *Vade mecum?* Il leur rendra de grands services dans leur besogne quotidienne et l'esprit critique du livre ne pourra aussi que leur être très utile surtout dans un domaine où les points d'interrogation sont si nombreux. Ce sera le grand mérite de l'auteur d'avoir, dirais-je, codifié ces techniques et de leur avoir donné leur signification rigoureuse. Les biologistes lui en seront bien reconnaissants.

Alphonse BERNIER.

LIVRES REÇUS EN JANVIER 1936.

Chirurgie d'Urgence, par F. LEJARS, vol. 1 et 2.

Coeurs Périphériques (Les), par Dr A. MOUGEOT.

Dilatation des bronches, le traitement, par Dr S. KOURILSKY.

Etudes expérimentales récentes sur les maladies infectieuses, par Jean TROISIER.

Radiothérapie des syndromes organo-végétatifs, par L. DELHERN, et Henri BEAU.

Rapport Congrès int. de gastro-entérologie de Bruxelles, procès-verbaux et discussions, 8-11 août, 1935.

Régimes, par R. FAU.

LIVRES REÇUS EN FÉVRIER 1936.

Comment se servir de la méthode Coue, par Jean D'ORGEMONT.

Le rajeunissement, par Dr Arnold LORAND.

Prophylaxie de la syphilis, par C. LEVADITI.

Traité d'endocrinologie, par FARHON et GOLDSTEIN.

LIVRES REÇUS EN MARS 1936.

Shakespeare et la folie, étude Médico-psychologique par Dr André ADNES.

Prophylaxie de la syphilis, par C. LEVADITI.

Pour Péminéraliser, utilisez le SIROP FELLOWS



pour surmonter l'épuisement en sels minéraux provoqué soit par une infection aigüe, comme la bronchite et le corysa, soit par la sénilité, soit encore par une intervention chirurgicale.

C'est la préparation la meilleure pour des états de ce genre.

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

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.

SOCIÉTÉS

LA SOCIÉTÉ DE PHTISIOLOGIE DE MONTRÉAL

L'assemblée régulière de la Société de phtisiologie de Montréal tenue à l'Institut Bruchési le 12 février 1936, sous la présidence du docteur J.-A. Vidal.

Le Dr Bertrand est appelé le premier dans l'ordre des rapporteurs et traite du "Pneumothorax artificiel bilatéral".

Il en donne l'historique. Ascoli, en 1913, le premier avait entrevu la possibilité d'instituer deux P N X alternes. Ce n'est qu'en 1920, avec Dumarest, que l'on réalise qu'il était possible d'instituer un second P N X sans arrêter la cure du premier. De tous les travaux publiés depuis sur ce sujet, il résulte une grande confusion.

A Bruchési, le premier P N X bilatéral mais successif fut fait en 1922 par le Dr Bertrand. Dans ce cas particulier le premier P N X fut abandonné afin de tenter celui du côté opposé.

Comme classification des cas susceptibles d'être traités par le P N X bilatéral, il croit que c'est celle du Dumarest qui est encore la meilleure.

Les indications du P N X bilatéral simultané sont, *grosso modo*, les suivantes: d'abord il ne doit être fait que lorsqu'on ne peut faire autrement. Il faut que le cas ne soit pas trop grave et que la température ne soit pas trop élevée. Il faut en plus s'assurer qu'une fois le P N X institué il restera une quantité suffisante de parenchyme sain pour assurer la respiration.

Quant aux contre-indications celles-ci sont de deux ordres: général et local. En effet, le P N X bilatéral ne devra pas être tenté lorsque l'état général est trop mauvais ou lorsqu'il y a des localisations tuberculeuses autres que pulmonaires. On ne devra pas le tenter non plus lorsqu'au niveau du poumon on se trouvera en présence de poussées granuliques, ou encore s'il s'agit de formes broncho-pneumoniques ou de lésions pneumoniques.

Les complications ne sont pas plus nombreuses ou fréquentes que dans les cas de P N X unilatéral, mais leur gravité est plus grande. Le collapsus cardiaque est un accident fréquent mais qui peut être évité lorsque la conduite du traitement est faite sans hâte et avec prudence. Le Dr Bertrand n'en n'a jamais observé dans son service, mais par contre il a constaté que la perforation pleuro-pulmonaire était une complication fréquente.

Les pleurésies, lorsqu'elles se produisent sont peu considérables, et presque toujours bilatérales. La purulence du liquide a été constatée une fois par lui, et cela à la suite d'une perforation pleuro-pulmonaire.

Une autre complication redoutable est l'apparition d'une poussée évolutive nouvelle dans les moignons pulmonaires.

Le Dr Bertrand donne ensuite la statistique de son service, faite il y a deux ans et qui date de 1922, mais qui a du être modifiée dans la suite car des cas qui étaient de bons cas il y a deux ans sont depuis devenus de mauvais cas.

Depuis 1922 le P N X bilatéral fut tenté dans 94 cas.

	Bons	Médiocres	Décédés	Total
P N X alterné	5	1	4	10
P N X successif	10	2	19	31
P N X simultané d'emblée	4	1	11	16
P N X insuffisant ou irréalisable	1	0	16	17

Le Dr Bertrand conclut en disant que le P N X bilatéral simultané doit être tenté dans tous les cas ou il est réalisable car il s'agit d'un mode de traitement qui peut sauver certaines vies, ou encore les prolonger.

Les assistants du Dr Bertrand présentèrent ensuite une série de films radiographiques de malades chez qui fut institué, soit un P N X bilatéral alterne, soit un P N X bilatéral successif, soit un P N X bilatéral d'emblée.

Le Dr Vidal félicite le Dr Bertrand de son travail et de celui de ses assistants et demande si ce n'est pas surtout l'élément cardiaque qu'il est nécessaire d'apprécier lorsqu'on institue un P N X bilatéral simultané, car deux cas identiques peuvent bien ne pas avoir la même réaction physiologique à l'accommodation.

Prirent part aussi à la discussion les docteurs Phelps Ranger et Mason.

Omer MANSEAU,
Secrétaire des Séances.

LA SOCIÉTÉ DE PHTISIOLOGIE DE MONTRÉAL

La cinquante et unième assemblée régulière de la Société de Phtisiologie de Montréal fut tenue dans le grand amphithéâtre de l'Université, le 11 mars 1936, sous la présidence du Dr J.-A. Vidal.

Le Dr Vidal déclare la séance ouverte et fait remarqué que malgré qu'il s'agisse d'une assemblée régulière de la Société, elle doit malgré tout être considérée comme une assemblée spéciale car nous avons l'honneur d'avoir comme conférenciers ce soir deux confrères de langue anglaise: le docteur Allen Temple, de l'Institut Royal Edouard, et le docteur Chevalier-Jackson fils, professeur à la Clinique de Bronchoscopie et d'Oesophagosiopie, Université Temple, Philadelphie.

Le premier conférencier est le Dr Temple qui traite du sujet suivant: "Results of routine examination of tuberculous contact."

Une étude fut faite, à l'Institut Royal Edouard, des dossiers de 2,534 cas de contacts tuberculeux, provenant de 658 familles et examinés durant les années 1925 à 1934. De ce nombre, 1,172 étaient des adultes (au-dessus de 15 ans) et 1,362 étaient des enfants.

Les résultats furent les suivants:

Adultes: 15.3% — Tuberculose active
7.3% — Tuberculose latente
Enfants: 12.3% — Tuberculose active
3.5% — Tuberculose latente
38.7% — Réaction positive à la tuberculine

Epreuves à la tuberculine: 68% des épreuves à la tuberculine faites chez les enfants furent positives. Dans 53.4% des cas, la réaction positive à la tuberculine fut la seule preuve qu'il y avait déjà eu une atteinte tuberculeuse chez ces enfants.



"A quelle heure la réunion a-t-elle pris fin?"...
"Oh! tout le monde est resté tant qu'il y a eu des Sweet Caporals."

CIGARETTES SWEET CAPORAL

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



Bronchites

MATIN, MIDI et SOIR
une cuillerée à soupe de

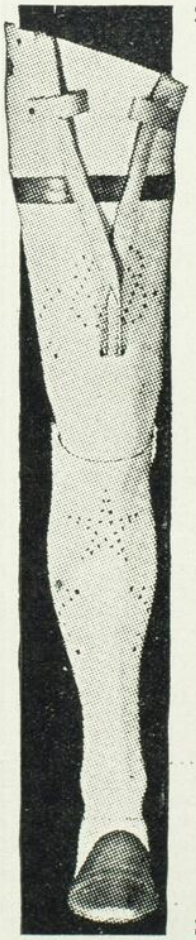
« Eliminé par les Bronches,
« le "Lacto-Créosote Famel"
« détermine un processus inflam-
« matoire simple, qui fait réagir cet
« organe contre le catarrhe chronique. »
FERRAND.

SIROP FAMEL

Echantillons gratuits sur simple demande adressée à

P. FAMEL, Fabricants de Produits Pharmaceutiques, PARIS (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

Prenant ces chiffres, le Dr Temple en fit la comparaison avec les chiffres trouvés par le Dr Vance Ward (C. M. A. J., 24/3/36). Cette comparaison est la suivante:

Contacts: 15.3% — Tuberculose active
7.3% — Tuberculose latente
Non-contacts: 0.7% — Tuberculose active
1.4% — Tuberculose latente.

Le Dr Jarry félicite le Dr Temple de son travail et dit qu'une enquête faite à Bruchési a révélé des chiffres de beaucoup supérieurs à ceux trouvés par le Dr Temple et conclut à l'importance qu'il y a de faire chez tous les enfants l'épreuve à la tuberculine.

Le Dr Vidal remercie et félicite le Dr Temple.

Le deuxième conférencier est le Dr Chevalier-Jackson. Le Dr Vidal dit qu'il n'est point nécessaire pour lui de le présenter car il est déjà bien connu au Canada non seulement par l'importance des travaux qu'il a faits dans le domaine de l'endoscopie bronchique et œsophagienne, mais aussi parce qu'il n'en n'est pas à sa première visite à Montréal où il a déjà donné des conférences.

Le Dr Jackson parle en français des "Indications de la bronchoscopie dans les affections des voies respiratoires".

Il est maintenant reconnu, dit-il, que l'usage de la bronchoscopie est devenue indispensable pour le diagnostic de certaines affections bronchopulmonaires:

La principale indication de la bronchoscopie est une indication d'obstruction, c'est ainsi que l'atélectasie ou l'emphysème suggère l'idée d'un certain degré d'obstruction bronchique dont on pourra en reconnaître la nature grâce au bronchoscope.

Au début, la bronchoscopie n'était guère employée que dans les cas de corps étrangers des bronches. Aujourd'hui, 80 à 90% des bronchoscopies sont faites dans un but autre que celui du diagnostic et l'extraction de corps étrangers.

Dans les cas de tumeurs bronchiques la bronchoscopie est d'une aide précieuse, non seulement pour le diagnostic, mais aussi pour le traitement.

La tumeur est-elle bénigne, on peut en faire l'extirpation par voie bronchoscopique. Est-elle maligne, des aiguilles de radium peuvent être installées.

Dans les suppurations la bronchoscopie aspiratrice est un mode de traitement palliatif qui rend de grands services.

Dans la chirurgie thoracique, une bronchoscopie exploratrice doit toujours précéder toute intervention.

Tout asthmatique, à quelques exceptions près, devrait bénéficier d'une bronchoscopie. L'aspiration soulage et prévient les attaques dans certains cas, mais elle n'est d'aucune utilité durant la crise même.

Les vaccins préparés de sécrétions bronchiques recueillis par bronchoscopie sont de beaucoup préférables et agissent mieux que ceux préparés des crachats.

Dans l'atélectasie post-opératoire, l'introduction du bronchoscope avec aspiration des sécrétions amènent la sédation.

Dans les bronchites la bronchoscopie permet d'en faire le diagnostic positif et élimine celui de bronchiectasie.

Dans les bronchiectasies le traitement n'est que palliatif quoique dans les cas pris au début, lorsque les dégâts ne sont pas trop considérables, on a pu obtenir des guérisons relatives.

Avant la lobectomie, la bronchoscopie est indispensable et sa valeur reconnue.

Dans les abcès du poumon le drainage doit être fait au moment opportun, c'est-à-dire tôt.

Dans la tuberculose, le bronchoscopiste ne doit pas hésiter d'agir s'il y a obstruction de la bronche. En effet, la sténose bronchique se rencontre souvent au cours de la tuberculose, la dilatation et l'aspiration bronchique est alors indiqué. Par contre, l'oblitération de la bronche conduisant au poumon malade trouve parfois son indication pour obtenir l'effet collapso-thérapique de l'atélectasie.

Le Dr Chevalier-Jackson montre ensuite une série de transparents de différents cas traités par la bronchoscopie.

Avant de terminer le Dr Jackson pose cette question: Qui doit faire la bronchoscopie?

Pour certains, les oto-rhino-laryngologistes en auraient la pratique exclusive.

Pour lui les chirurgiens thoraciques ont droit de la pratiquer.

De toute façon, l'important c'est que les indications de la bronchoscopie soient reconnues et bien posées.

Le Dr Vidal félicite le Dr Jackson de son travail et lui demande quelle peut être la durée approximative des études pour quelqu'un voulant se spécialiser en bronchoscopie.

Le Dr Bertrand cite deux cas personnels d'indication de bronchoscopie et se dit en faveur d'avoir des médecins spécialisés en bronchoscopie dans nos hôpitaux canadiens-français.

Omer MANSEAU,
Secrétaire des Séances.

MONTREAL DERMATOLOGICAL SOCIETY

La quinzième réunion de la Société a eu lieu à l'hôpital Royal Victoria le 22 février dernier, sur l'invitation du docteur Philip Burnett.

Présidence: Professeur Albéric Marin.

Tous les membres, au nombre de quinze, étaient présents, auxquels s'étaient joints une dizaine d'invités.

Trente et un malades furent présentés dont un bon nombre avec photo, moulage et pièce histologique. .

Après un thé gracieusement servi, il y eut discussion scientifique des cas, lecture du procès verbal de la réunion précédente (novembre 1935), et de la correspondance, et "affaires nouvelles".

Il fut décidé que dans l'intérêt de la Société, il ne soit pas présenté plus de trente malades à chaque réunion.

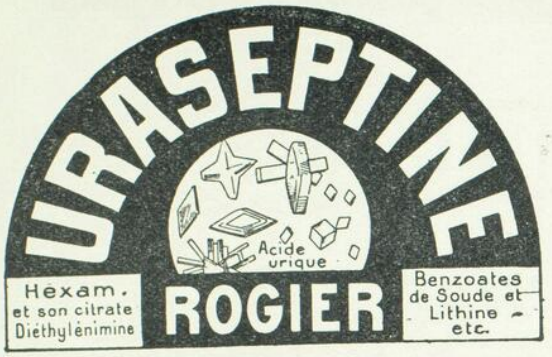
Le docteur Burgess proposa un vote de félicitation pour le succès de cette journée, en l'honneur du Dr Burnett.

Le prochain " meeting " aura lieu en mai, à l'hôpital Notre-Dame.

Le dîner fut servi à l'Universitary Club.

Paul POIRIER,
Secrétaire.

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

ANALYSES

MÉDECINE

Professeur MARFAN. — **Sur le rachitisme. Les découvertes récentes et leur interprétation.**[1]

L'auteur définit le rachitisme une affection chronique de l'enfance caractérisée par du gonflement, du ramollissement et des déformations des os, siégeant dans les zones d'accroissement du squelette. Le rachitisme débute toujours dans les premières années.

Puis il énumère trois découvertes concernant cette affection:

1° le rachitisme expérimental;
2° l'action anti-rachitique des rayons ultra-violets;
3° l'action anti-rachitique de l'ergostérol irradié.

L'expérience des auteurs américains sur de jeunes animaux privés de phosphore révèle des lésions osseuses analogues à celles du rachitisme. Selon ces auteurs, cela proviendrait d'une diminution du phosphore inorganique du sang. Mais plus tard ils durent reconnaître que le rachitisme humain diffère du rachitisme expérimental, à la suite des recherches publiées par un auteur allemand sur l'action des rayons ultra-violets dans le rachitisme.

Selon ce dernier auteur, les rayons ultra-violets empêchent ou guérissent la dystrophie osseuse des rats blancs privés de phosphore, même si on ne modifie pas leur régime. On arrive à admettre, à la suite de ces travaux, que le défaut d'action des rayons solaires est la cause la plus fréquente du rachitisme. En effet, l'on constate que cette maladie est plus fréquente à la fin de l'hiver et au commencement du printemps; moins fréquente durant les mois d'été jusqu'à octobre et novembre. Ceci proviendrait du fait que durant la saison froide les enfants sont privés d'air et de lumière; et il en conclut que la carence de lumière solaire est la cause unique du rachitisme, spécialement les rayons ultra-violets, qui ne traversent pas les verres de vitre ordinaire; car l'on sait que l'exposition à la lumière du soleil augmente la teneur du sang en phosphore et en calcium, chez les rachitiques. Cette augmentation est plus grande en été qu'en hiver. Jusque-là on pouvait admettre comme cause du rachitisme, selon la théorie américaine: 1° la diminution du phosphore inorganique du sang; 2° l'absence de lumière solaire (anhélie).

Plus tard, un auteur anglais, Hume, découvrit que l'irradiation ultra-violette est capable de conférer à certains corps, aliments ou médicaments, des propriétés telles que leur ingestion a le même effet anti-rachitique que le rayonnement lui-même. De plus, on a remarqué que seuls les corps qui renferment des cholestérines animales ou végétales sont capables d'être sensi-

(1) Extraits de "Questions cliniques d'actualité", service Prof. Sergent, "La Charité", 5e série, 1 vol. de 306 pages. Editeurs, Librairie Masson, Paris, 1935. (Voir *Union Médicale*, février 1935.)

bilisés par ces rayons. On a proposé de traiter le rachitisme par la cholestérine irradiée; mais la cholestérine chimiquement pure n'est pas activable, ce sont des stérols associés à la cholestérine qui ont cette propriété, en particulier l'*ergostérol* provenant de l'ergot de seigle, de la levure de bière, et de l'huile de foie de morue. Ce serait une provitamine devenant une vitamine par irradiation. L'ergostérol prévient ou guérit la dystrophie des rats blancs. L'ergostérol existe aussi dans le sang de l'homme et des animaux, ainsi que dans la peau où il se transforme en principe anti-rachitique sous l'action de la lumière solaire.

Telle est la dernière théorie du rachitisme dû à la carence solaire. L'auteur, dans sa leçon, recherche si cette théorie est fondée. Au point de vue clinique il a vérifié chez des enfants l'importance et la réalité de toutes ces constatations.

A la théorie américaine de l'hypophosphatémie avec décalcification du tissu osseux comme cause du rachitisme, le professeur Marfan oppose la théorie de l'irritation osseuse, qui est la première étape dans la décalcification des os. L'irritation produit un trouble dans la nutrition de l'os en l'empêchant de fixer les sels minéraux nécessaires à son édification, même si la quantité est suffisante dans l'alimentation.

L'auteur croit qu'il y a dans l'organisme un mécanisme régulateur pour fixer le phosphore et le calcium dans les os et les tissus.

A la théorie des rayons solaires, il oppose l'observation clinique et il prétend que si "la privation de lumière solaire est une cause prédisposante certaine du rachitisme, à elle seule elle est incapable de le produire". Il exprime un doute sur l'influence des saisons. Quant à l'influnce des rayons ultra-violets et de l'ergostérol irradié, l'auteur attire l'attention sur la fréquence du rachitisme chez certains enfants souffrant de polyadénie, hypertrophie des amygdales, surtout de la pharyngée, du thymus, des anémies toxi-infectieuses, des hypotonies musculaires; il semble, selon lui, que si les rayons ultra-violets et l'ergostérol irradié exercent une action bienfaisante sur la diaphyse des os longs, ils n'améliorent guère l'hypotonie musculaire, tant que l'anémie et la carence des organes lymphoïdes persistent.

On doit donc, selon lui, attacher une grande importance aux infections et aux intoxications prolongées dans l'apparition du rachitisme, surtout à la période de croissance des os, c'est-à-dire durant les derniers mois de la vie fœtale et au cours de la première année.

Parmi ces infections il mentionne tout particulièrement la syphilis congénitale, la tuberculose occulte, la broncho-pneumonie prolongée ou à rechute, les infections cutanées durables, la diphtérie chronique des fosses nasales, les intoxications chroniques d'origine digestive ou dues à une alimentation défectueuse, la privation du sein dès les premiers jours de la vie, l'éclampsie.

C'est ici que les habitations obscures et la carence des rayons solaires jouent un rôle associé à toutes ces causes prédisposantes que nous venons d'énumérer.

L'auteur a plutôt une conception clinique qu'expérimentale du rachitisme; elle est pratique, scientifique, et basée sur l'observation des faits.

Au point de vue pathologique: L'auteur a fait des recherches importantes. A la suite de ces infections ou intoxications mentionnées plus haut, il se produit dans la moelle osseuse une multiplication de ses cellules, une

NEUROTROPHOL BYLA

Tonique Nervin à base

d'acide nucléinique, d'hormones orchitiques et de glycéro-phospharsinate disodique

SURMENAGE — EPUISEMENT — NEURASTHENIE

Le NEUROTROPHOL se révèle un merveilleux agent d'équilibration du système génital **Neuro-Endocrinien.**

SPLENARMONE BYLA

Reconstituant général, à base

d'hormones hépatique et splénique, d'extrait de muqueuse gastrique et d'extrait surrénal.

ANEMIES — CONVALESCENCE

(AMPOULES et **SIROP)**

TENEBRYL GUERBET

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

Moyen de contraste pour Urographie Intraveineuse

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

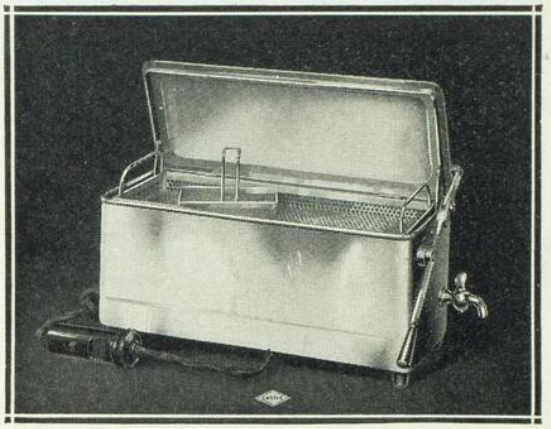
Agents pour le Canada: **VINANT Ltée,** 533, rue Bonsecours, **MONTRÉAL**

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.

Westinghouse X-Ray

Littérature descriptive gracieusement fournie

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée

Représentants Exclusifs

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

dilatation de ses vaisseaux et la formation d'amas d'hématies. Ces lésions sont d'autant plus marquées qu'elles se produisent dans le premier âge, et elles provoquent un ralentissement dans la calcification du tissu osseux. Plus tard, cette prolifération osseuse cesse si l'infection ou l'intoxication continue, les cellules osseuses de la moelle se raréfient et sont remplacées par un tissu fibroïde parsemé de cellules cartilagineuses incapables de produire de l'os.

Des lésions semblables apparaissent dans les tissus lymphoïdes accompagnés d'un état d'anémie produisant l'hypotonie musculaire du rachitisme.

Quelle est la fonction de l'ergostérol activé dans l'organismeœ Il exerce: 1° un pouvoir calcifiant; 2° il protège les cellules cartilagineuses et les ostéoblastes du jeune enfant contre les infections et les intoxications. Il favorise donc l'ostéogénèse.

D'où provient l'appauvrissement de l'organisme rachitique en ergostérol irradié? Selon l'auteur, l'ergostérol dans l'organisme proviendrait d'une synthèse opérée par les tissus. Mais il n'y a aucun doute qu'il faut attribuer une grande influence aux habitations obscures, à l'alimentation insuffisante, aux infections et aux intoxications qui diminuent la cholestérine du sang, source principale de la production de l'ergostérol.

En conclusion, l'auteur admet que les rayons ultra-violets augmentent l'activité de l'ergostérol dans l'organisme, lequel protège les cellules osseuses et les cellules cartilagineuses du jeune enfant, et favorise ainsi sa fonction récalcifiante. Il attribue à l'ergostérol irradié un pouvoir anti-infectieux et anti-toxique.

L'auteur, en clinicien averti, conclut donc que quelle que soit l'action des rayons ultra-violets sur le rachitisme, la cure actinothérapique n'aura d'effet qu'en autant qu'on aura fait disparaître chez l'enfant la cause initiale de ce rachitisme.

Albert LeSAGE.

Edouard MICHON, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris. — **Les séquelles de la tuberculose urinaire après la néphrectomie.**

L'auteur recherche, dans cette leçon, pourquoi les guérisons après néphrectomie pour tuberculose sont de qualité bien différente. Certains malades guérissent promptement, d'autres lentement, d'autres récidivent. A cette fin, il en étudie les complications:

1° *Suppuration de la région lombaire*: La réunion par première intention, dit-il, de la plaie lombaire n'est pas la règle parce qu'on néglige de prendre certaines précautions durant l'opération. Il est en faveur de la réunion complète de l'incision que lorsqu'il n'y a pas de périnéphrite et que l'uretère est très peu malade. Il met le chirurgien en garde contre le danger de faire éclater les cavernes superficielles formant bosselures à parois minces, auxquelles adhèrent la graisse périnéale. Il faut enlever le tout ensemble. Il conseille aussi de libérer le bassinet avec soin et non de le couper; enlever la graisse périnéale indurée et épaissie. Quant à l'uretère, il conseille de l'isoler soigneusement avant de le sectionner en appliquant, sur la tranche de section, le thermocautère, l'attouchement à la teinture d'iode ou à l'acide phénique. Au lieu de sectionner l'uretère le plus loin possible vers le pelvis,

il le laisse assez long pour le fixer à la partie inférieure de la plaie, sous la peau, en l'isolant de la cavité d'extirpation du rein. Si, malgré tout, il y a suppuration, elle est légère et de courte durée.

Lorsqu'il y a fistule, il faut en rechercher la cause. Dans ce cas, il faut faire une radiographie après injection de liquide opaque dans le trajet fistuleux, par exemple, de lipiodol. Dans le cas de trajet rectiligne, il conseille la pâte bismuthée de Berk, ou la cautérisation profonde avec un crayon de nitrate d'argent introduit et laissé dans la fistule.

Lorsqu'il y a une cavité profonde, il faut débrider largement, curetter et faire un pansement à plat. Si l'uretère est la cause de la suppuration, il vaut mieux attendre pour le réséquer, parce que ses parois se sclérosent et il s'oblitère peu à peu. L'auteur conseille la résection dans les cas où il est la cause de poussées inflammatoires locales. En cas de fistule urinaire, il conseille de tenir la sonde à demeure avec instillation modificatrice.

La tuberculisation totale de la plaie lombaire est une complication plus grande. Dans ce cas la température est très élevée et on peut être amené à désunir la peau. Cette plaie, plus ou moins profonde, peut évoluer de différentes manières. Quelquefois elle n'a aucune tendance à se combler; dans ces cas il faut chercher à modifier par les attouchements au nitrate d'argent, la teinture d'iode, la diathermie, les rayons ultra-violets, l'héliothérapie.

2ª *Persistance et aggravation de la cystite.* La cystite tuberculeuse est très fréquente dans la tuberculose rénale. Le meilleur traitement de la cystite tuberculeuse, selon l'auteur, est l'ablation du rein malade. Mais, la cystite persistera encore durant longtemps. Il ne faut pas confondre une lésion de la vessie dans ces cas avec la polyurie par réflexe réno-vésical. Le cystoscopie nous permettra d'obtenir les renseignements voulus avant de poser les indications opératoires.

La lésion au pourtour d'un seul uretère est suivie d'une cicatrisation facile. Lorsque tout le trigone de la région interurétrale est malade, la guérison sera plus lente. L'œdème bulbeux rétrocède vite; les lésions végétantes et les ulcérations profondes sont donc d'un pronostic grave. La pollakiurie avec étreintes d'une acuité extrême persiste durant longtemps. Dans ces cas, il y a fréquemment infection associée à de la sclérose du muscle vésical et pericystite, avec parois de la vessie. Dans ces cas, on ne doit faire aucun traitement local, mais l'auteur conseille des tisanes émollientes de graines de lin, de stigmates de maïs; le bleu de méthylène et l'essence de buchu. Si l'on est forcé de faire un traitement local il faut proscrire les lavages copieux à la seringue et n'employer que les instillations, parmi lesquelles l'auteur mentionne l'huile iodoformée pourvu qu'on ne l'évacue pas complètement après chaque traitement;

L'huile goménolée à 5 ou 10%;

Le bleu de méthylène en solution à 5% dans du sérum physiologique;

Le protargol ou l'argyrol à 2 ou 3%.

Si la cystoscopie est nécessaire, l'auteur conseille de la pratiquer sous anesthésie épidurale; c'est le seul moyen, dit-il, de déplisser la muqueuse pour que l'examen soit bon.

Quant aux vessies inguérissables, il n'y a plus comme ressource que la dérivation des urines.

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
L'ANCIENNE MÉTHODE (huile camphrée)
Laboratoires Michel Delalande COURBEVOIE (Seine)
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**

3° *Tuberculose génitale.* L'ablation du rein est moins efficace lorsqu'il s'accompagne de tuberculose de l'appareil génital: épidydimite, prostatite, etc. L'auteur conseille d'être sobre d'intervention dans ces cas. Il y a moins d'indication à opérer dans ces cas que lorsqu'il s'agit de tuberculose primitive et isolée.

Lésions du rein opposé. La tuberculose de l'autre rein est souvent antérieure à l'intervention sur le rein malade. Il ne faut pas compter sur l'amélioration de l'autre rein souffrant par l'ablation du rein très malade, et il ne faut supprimer, selon l'auteur, que les reins donnant lieu à des accidents importants: douleurs très vives, pyonéphrose ayant détruit la glande.

La pyélonéphrite due aux germes banaux est fréquente dans ces cas, à cause d'une infection associée et du réflexe pyélo-urétral fréquent. L'urine contenue dans la vessie remonte vers le rein à chaque miction et le reflux a même lieu dans la simple position horizontale. Ce sont des pyélonéphrites secondaires difficiles à guérir. On les traite par des antiseptiques urinaires, des cures thermales, des vaccins, mais pas de lavages des bassinets. Seuls les lavages vésicaux pourront favoriser la guérison.

La néphrite peut succéder à la suppuration. En cas d'urines troubles il faut procéder à des examens de laboratoire et à des inoculations.

En conclusion, l'auteur estime que malgré ses complications la néphrectomie pour rein tuberculeux est une des plus belles opérations de l'urologie, car elle s'accompagne de guérison prolongée ou définitive, permettant au malade de mener une vie active.

Avant de considérer ces malades comme des incurables, un examen complet s'impose toujours du côté du rein restant. Parfois on constate que la douleur est causée par un calcul rénal ou vésiculaire.

Albert LeSAGE.

(*A suivre*)

GASTRO-ENTÉROLOGIE

VASSELLE. — **La disposition des niches et images diverticulaires gastriques après traitement médical des ulcères de l'estomac.** Les Cahiers de Radiologie, fév. 1936, n° 19, p. 27 à 33.

D'après l'auteur, la conception d'un ulcère incurable par un traitement médical est à reviser totalement. Autrefois on classait l'ulcère de l'estomac selon l'état anatomique de la lésion. D'où trois catégories: l'ulcération initiale, ulcère curable, ulcère invétéré, correspondant, selon Mathieu, à l'ulcère calleux. Cette distinction ne se justifie plus et on peut admettre aujourd'hui que les niches, même volumineuses, indicatrices d'ulcus calleux, peuvent disparaître "facilement et complètement" après quatre semaines de traitement, la récidive étant toutefois possible. L'A. cite le cas d'un ulcus gastrique vérifié par une niche caractéristique qui disparut au bout de huit jours par un simple traitement médical.

Ces observations ne doivent pas nous étonner puisqu'il se produit dans l'occurrence un processus cicatriciel. Cependant, *il ne faut pas confondre cicatrisation avec "restitutio ad integrum" de la muqueuse gastrique.* Cette

cicatrisation se révélera à l'intervention, mais peut-être pas à l'examen radiologique. La gastroscopie, au contraire, apportera les plus grandes précisions sur "l'ulcère dormant" de Moutier.

Aussi la technique radiologique doit-elle s'opérer avec rigueur: 1° Etude radioscopique du remplissage de la niche; 2° examen en position frontale, puis oblique, surtout droite, enfin examen en décubitus; 3° prise de plusieurs clichés; 4° confrontation de la radioscopie et des images radiographiques.

Pour admettre que le traitement médical ait amené la cicatrisation de l'ulcère, il faut que l'on trouve concordance entre la disparition de la niche et la cessation du syndrome douloureux.

A cet effet, l'A. présente l'observation d'un malade à syndrome ulcéreux typique et image de niche mis au traitement par pansements gastriques et saturants. Les signes cliniques et images de niche disparurent *un mois plus tard*. Mais il semble qu'il y ait eu récidive un an après! Suivent deux observations illustrant l'influence du traitement médical: l'image de niche disparut au bout d'un mois de traitement, mais ces cas sont de 1935... On trouvera aussi l'observation d'une malade présentant une niche pendant trois mois avec persistance des douleurs. On institue un traitement à l'histidine. La douleur et la niche disparaissent complètement. Depuis la malade n'a rien ressenti.

Il existe, en marge de ces cas, les ulcères rebelles d'emblée à toute médication, ou récidivants; ceux-ci relèvent de la chirurgie.

La disparition d'une niche ne veut pas dire cicatrisation de l'ulcère. Il peut s'agir d'une obturation de la bouche ou de phénomènes spasmodiques.

On trouvera ici une classification pratique des ulcus et, en conclusion, on admettra que la disparition d'une niche permet de conclure à un diagnostic favorable sur l'évolution de l'ulcère.

Jean LeSAGE.

Waltman WALTERS, R. L. PARKER et K. K. NYGAARD. — **Les brides du cholédoque: cholédochoduodénostomie; implantation d'une fistule biliaire externe à l'estomac.** "Proceedings of the Staff Meeting of the Mayo Clinic", vol. 10, n° 52, déc. 1935.

En premier lieu, M. Walters rapporte deux cas de brides du cholédoque ayant présenté des phénomènes atypiques. Dans le premier cas, les brides enserraient le tiers inférieur du cholédoque tout en laissant intacte la portion haute du cholédoque qui fut anastomosée avec le duodénum. On trouva aussi plusieurs calculs sertis dans le cholédoque et les canaux hépatiques. La malade présentait des signes d'occlusion intermittente des voies biliaires, peu de douleur, mais par contre cette fièvre bilieuse décrite par Charcot et associée à un pyloro-spasme. Le passé de cette malade était lourd: en 1921, cholécystectomie pour lithiase biliaire. Dans la suite, fistule biliaire durant trois mois. Pendant 12 ans, nausées et aérophagie. En 1933, crise bilieuse, ictère léger; elle présenta ainsi dix attaques de suite. Le foie est augmenté de volume, le van der Bergh offre une réaction directe. Répétée, le taux augmente. L'anastomose fut faite tel que décrit plus haut au moyen d'un "tube Mayo".

RECONSTITUANT.

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

Néobovinine

avec Malt et Fer



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

Extraits de Foie d'une efficacité antianémique remarquable.

Fer sous ses formes organique et inorganique.

Extrait de Malt riche en hydrates de carbone très assimilables.

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

ÉCHANTILLONS GRATIS SUR DEMANDE

NÉOBOVININE

364, Argyle Road, Walkerville, Ont. **Dépt. L. M. 2.**

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

Adresse .....

Docteur .....

Cité..... Province.....

TRAITEMENT
DES
TUBERCULOSES CHIRURGICALES
PAR LA
METHODE DU Dr FINIKOFF

HUILE IODÉE INJECTABLE DU Dr FINIKOFF
(MÉLANGE EXTEMPORANÉ)

CALCIUM DU DOCTEUR FINIKOFF
(INTRAVEINEUX)

Littérature et échantillons à MM. les Docteurs
LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA
21_Rue Chaptal_Paris IXe

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.

M. Walters rapporte qu'en dix ans, les anastomoses entre les voies biliaires, la vésicule biliaire et l'estomac ou le duodénum furent pratiquées dans 120 cas avec succès.

M. Niggaard rapporte une deuxième malade opérée deux ans plus tôt pour cholécystectomie, la lithiase ayant été vérifiée à l'opération. Dans la suite, fistule biliaire externe, ictère persistant durant six mois. A l'opération, les voies biliaires en entier sont enserrées dans une gangue de périviscérite. M. Walters insère alors un cathéter dans la portion dilatée du cholédoque et établit une fistule biliaire externe. Deux mois après, elle était en excellent état. M. W. annonce ensuite qu'à la clinique sept cas ont été traités de la même façon.

Dans l'ensemble, sur 13 cas de ce genre 7 d'entre eux, deux ans ou neuf après l'opération, se portent très bien. Cette technique opératoire semble convenir aux malades qui présentent de petites attaques d'obstruction biliaire avec ictère léger. Il recommande l'abouchement du cholédoque dans le duodénum si les brides sont basses, mais préfère établir une fistule biliaire externe avec abouchement à l'estomac dans un second temps si la périviscérite du cholédoque est généralisée.

Jean LeSAGE.

René A. GUTMANN, Mlle S. REKIS et Tax. DASCALAKIS. — **Critères d'efficacité dans le traitement médical des ulcères** (14 fig.) Re: "La Presse Médicale", n° 14, samedi, 15 février 1936, p. 269.

M. Gutmann, dont les travaux sur la question ulcéreuse sont très poussés, vient encore une fois avec ses collaborateurs nous mettre en garde contre un enthousiasme prématuré pour les médications nouvelles et les cures radicales de l'ulcère gastrique et duodénal. Il n'a cessé de prouver que l'ulcère est une maladie procédant par poussées qui se terminent spontanément au bout de un ou deux mois, poussées qui sont susceptibles de reprendre six mois ou un an, quelquefois plusieurs années après des traitements bien suivis, même des opérations chirurgicales. Si l'ulcère semble se mettre au repos sans aucune médication, comment affirmer que ces accalmies et à plus forte raison la guérison est due à telle ou telle thérapeutique.

Cette fois, il nous apporte les résultats qu'il a obtenus avec la protéinothérapie, en l'occasion, les injections histidines-tryptophanes. Il nous présente 14 observations dont l'histoire est schématisée par des graphiques. Il est vrai qu'au bout de quelques injections l'élément douleur disparaît, il est vrai aussi que les images radiologiques de niche rétrocèdent — et pas toujours — mais il dit pouvoir affirmer même après deux séries d'injections et les résultats favorables obtenus, que l'ulcère peut n'être pas définitivement guéri puisque dans la plupart des cas ces mêmes malades, avec d'autres traitements, semblaient avoir eu des guérisons et sont revenus quelques mois ou quelques années plus tard se plaignant des mêmes douleurs. Cependant, dans plusieurs observations, six mois et huit mois après, les malades n'ont pas présenté de nouvelles crises; dans quelques cas, vingt mois après le traitement, dans un autre, onze mois après, dans un troisième, treize mois après, dans un quatrième, dix-sept mois après, et ainsi de suite, les malades n'ont plus présenté aucun symptôme.

En résumé, sur 58 ulcères gastriques et duodénaux traités, 27 échecs caractérisés, 21 succès et 9 cas encore trop "frais" pour être jugés, c'est-à-dire 43% d'action très nette; et ceci, d'après l'auteur, place quand même la protéinothérapie au-dessus de la plupart des méthodes thérapeutiques employées jusqu'ici.

Jean LeSAGE.

Max. LEVY. — **Comment donner au tubage duodénal son rendement maximum.** "La Presse Médicale", 1er janvier 1936.

Quand l'action du sulfate de magnésie est terminée, l'auteur injecte de 50 à 80 c.c. d'huile d'olive, et toujours apparaît une nouvelle quantité de bile B très foncée, même dans certains cas où le sulfate de magnésie avait été inopérant. Cette deuxième bile B est habituellement plus abondante que la première et ne viendrait pas exclusivement de la vésicule biliaire pour deux raisons: d'abord parce qu'on en a retiré jusqu'à trois cents centimètres cubes d'une vésicule que la radiographie avait montrée normale; puis on a constaté un écoulement de cette bile chez des gens à qui la vésicule biliaire avait été enlevée auparavant.

Lionel PATOINE.

CARDIOLOGIE

William Paul THOMPSON, Samuel A. LEVINE. — **Facteurs influencant le pronostic du pouls alternant.** "American Heart Journal", vol II, n° 2, février 1936, p. 135.

Analyse, chez 71 sujets, des facteurs influençant le pronostic du pouls alternant. La moyenne de survie, après la découverte ou l'apparition du pouls alternant, est de 14 mois et demi.

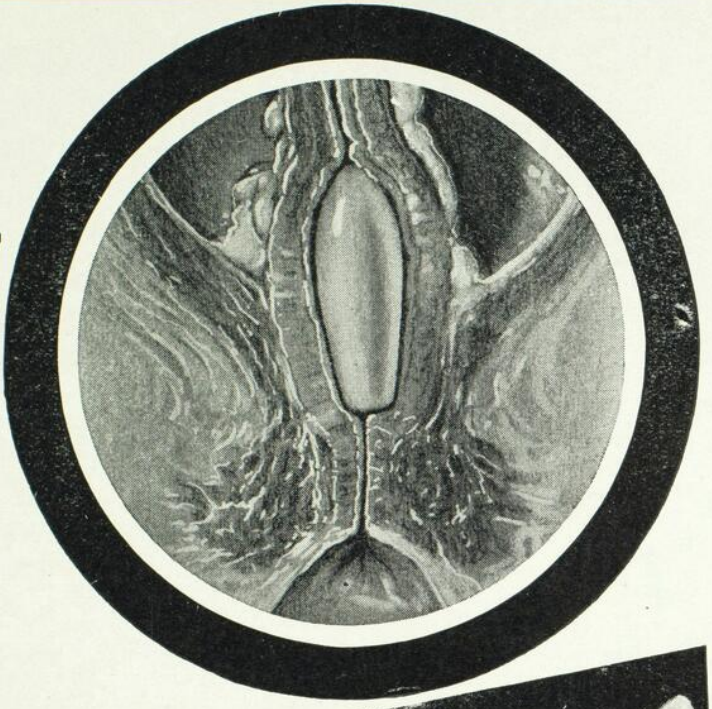
Ce pronostic est aggravé chez les jeunes. Une élévation légère de la tension artérielle (systolique ou diastolique), semble avoir eu une influence favorable; mais une forte élévation a toujours été grave. Le pronostic a été d'autant plus aggravé qu'il y avait insuffisance cardiaque au moment de l'apparition du pouls alternant; il semble l'assombrir autant, si pas plus, lorsqu'il s'installe au cours d'une occlusion coronarienne et surtout aux premières heures ou premiers jours d'un infarctus du myocarde. Les patients qui présentèrent un block intraventriculaire en même temps eurent une survie plus longue que ceux qui n'en présentent pas (plus de 50%).

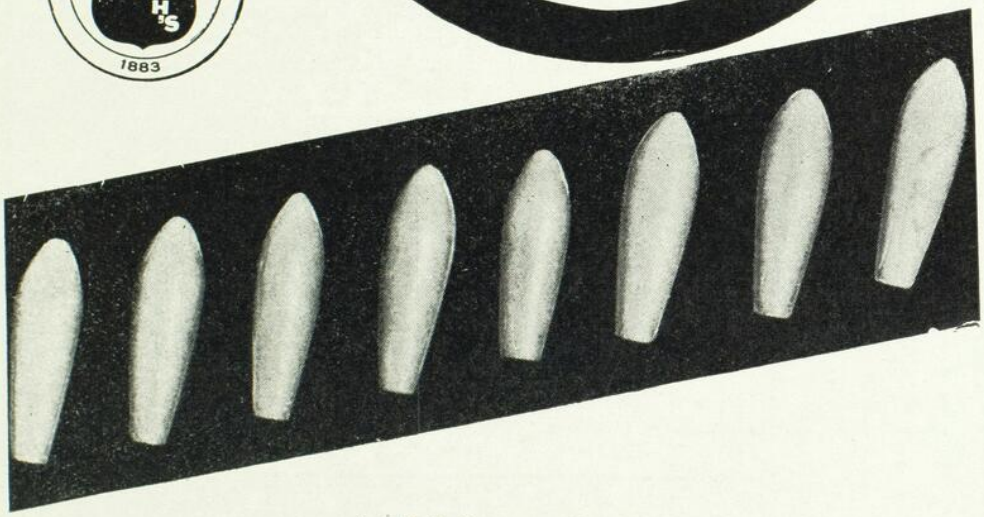
Gaétan BARRY.

James M. ORTEN. — **De l'action du cobalt comme agent hématopoiétique.** "The American Journal of Physiology", vol 114, n° 2, janvier 1936, p. 414.

L'administration sous-cutanée ou buccale de cobalt à des rats blancs jeunes ou adultes, donne une augmentation importante des réticulocytes du sang, suivi d'une élévation de la concentration des pigments et des érythrocytes.

SOULAGEMENT
AU
PLUS HAUT
DEGRÉ





"WYANOIDS"

(Suppositoires hémorroïdaux de Wyeth)

La forme exclusive, allongée, de "Wyanoïds" assure l'insertion facile, la rétention aisée, le maximum de contact avec la muqueuse rectale enflammée.

Les "Wyanoïds" sont antiseptiques, astringents, analgésiques.

Sédation de l'inflammation ; restriction du saignement ; élimination de l'infection ; contrôle opportun de la douleur par l'emploi des

"WYANOIDS"

JOHN WYETH & BROTHER, Inc.
WALKERVILLE, ONT.

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.

Le sérum de rats adultes a donné un taux de bilirubine sensiblement plus élevé que celui recueilli chez les animaux de contrôle.

L'auteur conclut à l'activité hématopoiétique du cobalt, et lui attribue une suractivité de la rate, dans la formation de l'hémoglobine et des érythrocytes. La fonction de destruction ou d'absorption de la rate étant diminuée, il n'y aurait, malgré tout, aucune accumulation passive des globules rouges.

Gaétan BARRY.

L. GROSS, & B. M. L. FRIED. — **Lésions du système auriculo-ventriculaire de conduction, au cours de la fièvre rhumatismale. (Lésions in the auriculo-ventricular conduction system, occurring in rheumatic fever).** "American Journal of Pathology, 12; 31-41; 1936.

Entreprise en vue de préciser la nature et la fréquence des déterminations rhumatismales au niveau du faisceau atrio-ventriculaire, cette recherche porte sur 110 cœurs humains, dont 60 de sujets morts en pleine période fébrile, 25 de sujets à passé rhumatismal, 25, enfin, de patients indemnes de toute atteinte rhumatismale, examinés à titre de contrôle.

Chez les sujets morts en pleine crise rhumatismale, les auteurs ont observé, dans les 2/3 des cas, des lésions vasculaires ou interstitielles, au niveau ou au voisinage du faisceau atrio-ventriculaire. Encore n'ont-ils pas multiplié les prélèvements: de sorte qu'avec des coupes séries, leur fréquence se serait sans doute montrée beaucoup plus grande.

Ces lésions ne présentent pour la plupart rien de spécifique, ni même de très caractéristique. Il s'agit, au premier chef, d'altérations vasculaires, hyperplasie musculo-élastique de l'intima (25% des cas) ou de prolifération simple, sans modification du réseau élastique de cette tunique vasculaire (33% des cas). Les thromboses sont très rares. Les lésions d'ordre exsudatif, congestion avec infiltration inflammatoire se rencontrent dans 48% des cas.

L'électro-cardiogramme n'avait été préalablement pratiqué que dans un petit nombre de cas, de sorte que les auteurs ne peuvent préciser les corrélations entre lésions observées et modifications du complexe électrique.

Chez les sujets antérieurement atteints par la maladie de Bouillaud, les auteurs n'ont trouvé que des altérations peu nombreuses, comparables en tout point à celles qu'ils observent dans la série de contrôle.

J.-L. RIOPELLE.

TAUSIG et REMSEN. — **Hypertension artérielle chez un enfant de 2 ans.** "Bull." du John Hopkins Hospital.

Les auteurs en signalent un cas chez un jeune enfant de deux ans, entré à l'hôpital pour de la toux accompagnée de dyspnée. Tension artérielle: 120/90. Défaillance cardiaque concomitante. Urée du sang 0.33 et 0.38 V Phénol-sulpho-ptaléine à 30 et 55 en deux heures, seul signe de déficience rénale.

En 8 mois il mourait et l'autopsie ne permettait pas de constater de lésion expliquant l'hypertension. Les reins étaient apparemment indemnes, petites surrénales. Pas de lésion apparente du système artériel. L'explication de l'hypertension n'a pu être précisée.

E. SAINT-JACQUES.

PHTISIOLOGIE

Pierre PRUVOST. — **Les pneumothorax dangereux.** "Monde Médical", 1er février 1936, p. 65.

Brève énumération, très brefs commentaires sur certains dangers du pneumothorax incomplet ou bridé par les adhérences. Article qui, au mérite d'être court, joint celui d'être très pratique.

L'auteur considère une douzaine de situations embarrassantes de la collapsothérapie, depuis le choc pleural jusqu'à l'empyème du pneumo.

Les paragraphes des "pneumoséreuses de voisinage" rappellent avec à propos cet accident, bénin en général. Un autre sur les cavernes géantes rappelle à la prudence tout en recommandant l'importance de la tentative du pneumo avant toute autre intervention.

Il est impossible de résumer le tout, il est trop connu par lui-même, nous ne voyons en ces paragraphes que la substance, que le noyau de tout un volume.

J.-Philippe PAQUETTE.

JACQUEROD. — **La thoracectomie à ciel ouvert dans le traitement des empyèmes tuberculeux.** "Journal médical de Leysin", nº 61, nov. 1935.

L'auteur fait un bref historique des résections costales étendues au cours des pleurésies purulentes chroniques fistulisées, et rapporte deux cas de pleurésies tuberculeuses graves, guéries d'une manière tout à fait remarquable par un procédé qui n'aurait jamais été décrit.

1º Une malade tuberculeuse cavitaire fit une pleurésie purulente tuberculeuse, laquelle, après 2 années de ponctions évacuatrices, conservait des géodes et des fistules qui n'arrivaient pas à se cicatriser. Un chirurgien viennois avait alors réséqué tout ce qui restait de la paroi thoracique, à savoir peau, muscles, périoste et plèvre pariétale, et la plèvre viscérale étant "à ciel ouvert", ce traitement ne tarda pas à dessécher la plèvre et à amener une cicatrisation rapide. Ceci se passait il y a vingt-cinq ans.

2º Il y a trois ans, une pleurésie purulente tuberculeuse avec large perforation pulmonaire fut traitée par une méthode semblable, mettant à jour une surface de 20 à 30 centimètres carrés. La plaie fut exposée au soleil et se guérit rapidement.

Et l'auteur, s'inspirant de ces "leçons du passé", conclut que ce genre de "thoracectomie à ciel ouvert" pourrait être érigé en méthode et donner d'heureux résultats.

J.-A. VIDAL.

CALCIUM JFAH

Injections intramusculaire et intraveineuse



Solution de gluconate de calcium et lévulinate de calcium

Pour toutes indications de la thérapie au calcium.

Calcium-Ifah se distingue par son heureuse formule qui lui permet d'être injecté dans les veines sans danger.

●

Présentation:

10 ampoules de 5 cm³
5 " " 10 cm³
20 " " 10 cm³
Calcium-Ifah granulé boîte de 100 grs.

●

" I F A H ", G.m.b.H.
H a m b u r g 21
Allemagne

Renseignements fournis sur demande:

" IFAH ", PHARM. PRODUCTS (W. E. Ranniger)
MArquette 9824
1231 ouest, rue Ste-Catherine, - Montréal, Qué.





Pour assurer un

sommeil

paisible et reposant:

"ELIXIR-MÉDINAL"

Délicieux à prendre

Schering

EMPAQUETAGE UNIFORME

Bouteilles d'ELIXIR de 6 onces liquides.
COMPRIMES: tubes de 10; flacons de 100 et de 250 comprimés, de 5 et de 7½ grains chacun.
POUDRE: fioles d'une once et de 4 onces.

SCHERING (CANADA) LTD. Case postale 358, MONTREAL

NUTRITION

A. BAUDOUIN, S. LEWIN et E. AZÉRARD. — **Considérations sur le mécanisme des accidents dits d'hypoglycémie.** "La Presse médicale", 15 janvier 1936.

La notion d'hypoglycémie ou l'ensemble des symptômes constituant les accidents d'hypoglycémie ne sont surtout connus dans le monde médical que depuis la découverte de l'insuline et son application dans le traitement du diabète sucré. Ces troubles d'hypoglycémie ne sont pas toujours provoqués par l'injection trop forte d'insuline, mais on les observe aussi spontanément chez des sujets atteints d'adénome ou de carcinome du pancréas.

Les accidents dits d'hypoglycémie sont bien connus: sueurs profuses, sensation de faim et de malaise, et à un stade plus avancé, coma sans dyspnée ni troubles respiratoires. Cette perte de connaissance ne s'observe pas seulement chez des sujets ayant reçu de trop fortes doses d'insuline, mais même chez des malades ayant reçu vingt, quinze ou dix unités d'insuline.

Les auteurs, ayant pratiqué 55 épreuves d'hypoglycémie provoquée, virent tomber la glycémie jusqu'à 0 gr. 30 et même 0 gr. 15 par 1,000 sans observer de troubles graves, tout au plus de très légers malaises. Il est évident que ces accidents hypoglycémiques sont certainement indépendants de l'état de la glycémie ou de ses variations.

Etant donné la fréquence des troubles neuro-psychiques dans le complexe glycogénique, les auteurs ont fait une étude des variations des glucides cérébraux chez des lapins à l'état normal et chez d'autres ayant reçu de l'insuline. Leurs conclusions furent qu'un trouble du métabolisme des glucides de la substance cérébrale était particulièrement responsable du déclenchement des accidents dits d'hypoglycémie. Ce trouble, pour citer textuellement, "doit sans doute apporter des modifications plus ou moins profondes dans l'équilibre physico-chimique des centres nerveux, soit qu'il y favorise la production d'un œdème, soit qu'il y entraîne une diminution des oxydations avec état anoxémique accentué." De toutes façons, il faut chercher encore, pour expliquer définitivement le mécanisme des phénomènes d'hypoglycémie.

Gabriel LAFRESNIERE.

Harry BLOTNER. — **Épreuves de tolérance sanguine aux graisses dans la dénutrition et l'obésité.** "Arch. of Int. Med.", janvier 1935.

L'auteur détermine d'abord une courbe de l'hypercholestérolémie chez des gens sains; puis à cette courbe il compare celle que donne chez des obèses l'étude du cholestérol sanguin avant et après traitement hypophysaire, et celle de malades non diabétiques en dénutrition, avant et après traitement par l'insuline.

Ce qui frappe surtout l'auteur dans cette étude, c'est l'élévation de la courbe après traitement insulinique, et son abaissement après traitement hypophysaire. Et puisque le cholestérol sert de point de comparaison pour l'étude des graisses du sang, on peut dire que l'insuline et l'extrait hypo-

physaire, en même temps qu'ils ont un effet sur le métabolisme des hydrates de carbone, ont aussi une action sur celui des graisses.

Cette augmentation de la courbe du cholestérol chez des gens en dénutrition voudrait-elle dire: passage plus facile des graisses à travers la paroi intestinale, ou bien leur persistance plus longue dans le torrent circulatoire?

La ressemblance des courbes chez les obèses non traités et chez les gens en dénutrition traités par l'insuline signifierait-elle que chez l'obèse il y a une augmentation de l'insuline circulante? (Ce qui expliquerait leur appétit exagéré.)

Enfin, l'abaissement de la courbe chez des obèses traités par de l'extrait d'hypophyse serait-elle expliquée par la simple fixation des graisses au niveau du foie (tel qu'il a été en partie démontré) ou n'y aurait-il pas en même temps une action de la paroi intestinale?

Au point de vue pratique, des obèses de différentes sortes traités avec de l'extrait hypophysaire ont eu une moyenne d'amaigrissement de deux livres par semaine.

Lionel PATOINE.

M. P. WEIL et C. POLAK. — **Le rhumatisme goutteux.** "La Presse Médicale", 4 janvier 1936.

Après des formules variées, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, le rhumatisme goutteux a acquis droit de cité, et s'applique à ces arthrites mono ou polyarticulaires — avec gonflement, douleur, et comportant ou non de l'hyperuricémie — mais qui ont comme caractéristique de se terminer toutes après un nombre d'années plus ou moins grand, par une crise aiguë et caractéristique de goutte. Le rhumatisme goutteux est celui dont la goutte est la cause, comme le rhumatisme tuberculeux ou gonococcique sont produits par le bacille de Koch ou par le Neisser.

Quant aux tophi, ils n'existent pas toujours; quand ils existent, ils ne sont pas toujours en relation avec l'uricémie; et l'uricémie elle-même est bien plutôt une manifestation éventuelle d'un trouble hépatique qu'une cause de la goutte.

Lionel PATOINE.

NEURO-PSYCHIÂTRIE

Alfred W. ADSON. — **Les indications d'opérer sur le système nerveux sympathique. (Indications for operations on the sympathetic nervous system).** "J. A. M. A." 106; 360-368, février 1936

Les indications d'opérer sur le sympathique sont dictées, d'une part, par les symptômes observés, et, d'autre part, par les résultats observés à la suite de l'interruption des voies sympathiques. Dans ces cas, la procédure consiste dans la ganglionectomie sympathique, combinée à la résection du tronc sympathique lui-même et à celle des rameaux et des fibres post-ganglionnaires, de façon à interrompre complètement les voies sympathiques afférentes et efférentes par rapport à une surface ou à un organe.

Les indications sont assez nombreuses, mais il ne faut pas généraliser. Dans chaque cas, le malade doit avoir été parfaitement étudié au préalable, et l'indication opératoire doit être manifeste.

Les maladies vasculaires des extrémités sont souvent justifiables de cette thérapeutique, notamment, la maladie de Raynaud et la thrombo angéite oblitérante de Buerger; par contre, les gangrènes artérioscléreuses du vieil âge ne sont jamais guéries par les sections sympathiques. Pour les deux premières, l'auteur soumet ses malades aux épreuves vaso-dilatatrices afin de bien connaître les réactions vaso-motrices de leurs régions vaso-spastiques. A cet effet, il leur injecte du vaccin antityphique triple et observe leur sudation, leur température locale, leur oscillométrie. Ce n'est que s'il est satisfait des résultats vaso-dilatateurs obtenus qu'il entreprend les sections sympathiques, car un territoire vasculaire qui répond peu ou pas aux tests d'hyperthermie et de vaso-dilatation ne répondra vraisemblablement pas davantage aux sections sympathiques.

Dans la sclérodermie, il intervient surtout dans les cas récents qui sont constitutifs à un syndrome de Raynaud; il ne touche guère aux malades dont la peau a pris la consistance du cuir ou du carton. Il est manifeste que dans tous les cas, la thérapeutique médicale par les vaso-dilatateurs a été longtemps essayée, et ce n'est qu'après constatation de son inefficacité que l'on songe à la chirurgie. C'est ainsi que des "Raynaud" s'accommodent longtemps de l'acétylcholine, parfois indéfiniment.

Dans la polyarthrite chronique avec phénomènes cutanés ennuyeux, tels que moiteur, froideur et douleurs, les sympathectomies ont donné quelques résultats chez les jeunes sujets et chez les malades récents. Il en est de même pour l'hyperhydrose des mains et des pieds. Dans les séquelles spastiques de l'hémiplégie, les résultats sont aléatoires, de même que dans l'ostéoporose. Les paralysies consécutives à la poliomyélite sont améliorées en ce sens que le membre paralysé se développe mieux et devient plus chaud. Dans les cas d'ulcères trophiques, l'opération est indiquée si le sujet est encore jeune et s'il présente de l'hyperhydrose et des spasmes vaso-moteurs. Dans la causalgie et les moignons douloureux, la sympathectomie peut donner des cures merveilleuses; elle peut, cependant, être complètement inopérante.

L'hypertension artérielle dite essentielle a encore été traitée par ce procédé. La sélection des sujets comprend des individus au-dessous de 40 ans et dont l'histoire révèle une hypertension récente ayant progressé lentement. Les reins et le cœur de ces sujets doivent être suffisants. L'auteur coupe les nerfs splanchniques, enlève les premiers et seconds ganglions lombaires et la chaîne correspondante; parfois, il résèque la moitié des deux surrénales. La chute moyenne de la pression est de 44 mm. de Hg. pour la systolique et de 38 mm. de Hg. pour la diastolique. Le soulagement est rapide et considérable.

Le soulagement de la douleur est nettement obtenu dans les cas de dysménorrhée coïncidant avec d'autres troubles vaso-moteurs. Lorsque tous les moyens ont échoué, il est bon de tenter la résection des nerfs présacrés. Les douleurs splanchniques également sont favorablement influencées, parfois complètement abolies par la section des splanchniques. Chez ces sujets on doit, au préalable, avoir fait les épreuves de blocage temporaire qui elles aussi

suppriment la douleur; à défaut de cette épreuve, on s'expose à une opération inutile. La maladie de Hirschsprung, les troubles vésicaux consécutifs aux maladies et aux traumatismes de la moelle représentent encore des éventualités opératoires. Dans ces cas encore, on doit s'entourer des mêmes précautions afin d'intervenir à bon escient.

Ceux que la question intéresse verront dans ce numéro de l'A. J. M. A. d'autres excellentes monographies sur le sympathique, notamment les épreuves pharmacodynamiques et un excellent rappel anatomique.

Jean SAUCIER.

CHIRURGIE

Roger SAVIGNAC. — **Dix années de consultation de proctologie,** "Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition", Paris, février 1936.

Il s'agit ici d'un travail de la clinique chirurgicale de la Salpêtrière, service du professeur Gosset. La consultation a été créée en 1923; peu achalandée au début, elle a vite progressé; si bien qu'en 10 ans, le nombre des malades est passé de 25 en 1923 à plus de 600 en 1933.

L'A. s'attache à montrer dans cet article l'activité scientifique de sa consultation. Il évalue d'abord la fréquence relative des affections ano-rectales, puis il en indique les résultats obtenus par la thérapeutique combinée de tout le service Gosset, et il montre ensuite l'intérêt des examens rectoscopiques.

Au moyen de tableaux, l'A. apprécie *grosso modo* le pourcentage de fréquence des affections ano-rectales les plus courantes. Celui-ci se résume ainsi:

Hémorroïdes	25%
Ano-recto-colites	19%
Sténoses rectales inflammatoires	6%
Cancer du rectum	10%
Fistules anales	5%
Polypes	3%
Tumeur villeuse	1%
Prurit anal et eczéma	1%

Soit, pour les affections les plus courantes: 70%, et pour les maladies moins courantes: 30%. La première leçon à tirer de ce tableau, c'est l'indication capitale à retenir que les hémorroïdes ne doivent pas être tenues seules responsables de tous les accidents signalés au niveau de l'ano-rectum.

La consultation de proctologie a un rôle certain dans le diagnostic des affections ano-recto-sigmoïdiennes et elle trouve son utilité dans le traitement de certaines de ces affections.

Les malades y viennent consulter pour des troubles de la fonction d'exonération — en plus ou en moins — pour des douleurs anales ou pour des écoulements par l'anus de glaires, de pus ou de sang.

sans
régime
spécial

ulcère gastrique et duodénal

traitement:
24 injections indolores
intra-musculaires ou sous-cutanées
de

LAROSTIDINE "ROCHE"

solution à 4% de chlorhydrate d'histidine

en boîtes de 6 ampoules à 5 cc.

cessation rapide des douleurs
augmentation du poids
reprise de la capacité de travail

Littérature détaillée à votre disposition :

HOFFMANN-LA ROCHE LIMITÉE, 286 ouest, rue St-Paul, MONTRÉAL

Vous pouvez les recommander en toute confiance

Composés d'hydrates de carbone sous leur forme la plus facilement assimilable — les sirops de blé d'inde (Maïs), "CROWN BRAND" et "LILY WHITE", servis avec le lait, constituent la nourriture la plus substantielle et la plus économique pour les bébés. Leur coût modique, leur qualité qui ne le cède en rien aux préparations d'hydrates de carbone les plus dispendieuses, en font la nourriture d'enfants la plus économique dont vous puissiez vous servir ou recommander.

Nombre de médecins réputés recommandent depuis des années ces deux célèbres marques, sachant qu'elles sont fabriquées dans les conditions les plus hygiéniques.



SIROPS de MAÏS
EDWARDSBURG "CROWN BRAND" et "LILY WHITE"

Fabriqués par THE CANADA STARCH COMPANY, Limited

POUR LES MÉDECINS SEULEMENT

Un petit calculateur de poche contenant les différentes diètes d'enfants dans lesquelles rentrent ces deux célèbres sirops de blé d'inde (Maïs) en plus d'un traité scientifique sous forme de livret pour la nutrition des bébés et des tablettes de prescriptions peuvent être obtenues sur demande. Découpez le coupon ci-dessous et ces imprimés utiles vous seront envoyés immédiatement.

Découpez ici.

The CANADA STARCH CO., Ltd,
Montréal

Veuillez m'envoyer

☐ CALCULATEUR

☐ Livret: "LES SIROPS DE MAÏS DANS L'ALIMENTATION DES ENFANTS"

☐ TABLETTES DE PRESCRIPTIONS

Nom .....

Adresse .....

.....

.....

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

La rectoscopie permet l'étude précise de l'anus et du rectum, l'exploration des ulcérations et des proliférations du canal ano-rectal, le prélèvement direct du pus ou d'un morceau de la tumeur suspecte.

Les entérorragies inquiètent beaucoup les malades, et c'est un signe qui exige une exploration soigneuse de la région inférieure du tube digestif. Sur 42 cas d'hémorragies intestinales adressés à l'A. par des médecins compétents, 20 fois il s'agissait d'hémorroïdes simples ou associées, 3 fois de polypes rectaux, une fois de néo, 6 fois de recto-colites, et dans 12 cas l'A. n'a pu trouver la moindre lésion pouvant expliquer la rectorragie.

L'A. donne ensuite les résultats qu'il a obtenus dans la cure des fistules anales, des ulcération et des hémorroïdes. Il résume même une formule schématique la conduite qu'il tient dans le traitement de ces dernières; la voici: hémorroïdes qui saignent = injections sclérosantes; hémorroïdes douloureuses = électricité; hémorroïdes saillantes, prolabées ou avec prolapsus = opération chirurgicale ou électro-coagu'ation.

L'A. s'attache ensuite à l'étude des rectites simples, graves et sténosantes; ce qui ne veut pas dire la même affection à différents stades.

Les rectites proliférantes sont des rectites graves, ulcéreuses, avec écoulement de pus et de sang, mais avec en plus des végétations rectales.

Les recto-colites simples graves se présentent sous deux formes cliniques surtout: *a*) diarrhée banale ou accusée, perte de pus ou de sang, ou perte des deux, avec atteinte plus ou moins profonde de l'état général; *b*) poussées paroxystiques de recto-colite diarrhéique avec pus et sang, mais véritables hémorragies graves, abondantes, inquiétantes.

Les lésions anatomiques dans ces cas se traduisent par des ulcérations de la congestion de la muqueuse, de la friabilité avec suintement sanguin et une sécrétion purulente abondante.

Les sténoses inflammatoires sont pour l'A. des rectites graves avec sténose, car il n'a jamais vu une sténose rectale à sa période d'état de quelque degré qu'elle soit sans rectite, et toutes les sténoses qu'il a vu se former sous ses yeux ont été précédées d'une rectite grave.

L'étiologie de ces affections est encore imprécise; mycoses, tuberculose, gonocoque, bacille de Ducrey, tréponème, sodomie, lymphogranulomatose, traumatisme local, tous ces agents peuvent être incriminés; on les a rencontrés dans certains cas, mais aucun genre spécifique n'a pu être isolé.

Le traitement est général et diététique; il voit surtout à régulariser et à faciliter les selles; il doit aussi s'attaquer à la cause quand elle est connue. Le rétrécissement est traité par des séances de dilatations diathermiques.

L'A. termine par le cancer du rectum. Celui-ci trouve un atout puissant dans l'examen rectoscopique qui confirme les résultats du toucher rectal, dépiste les lésions inaccessibles au doigt, facilite la biopsie et recherche l'étendue de la lésion.

Les résultats thérapeutiques de cette affection s'améliorent chaque jour, le taux de la mortalité opératoire s'abaisse.

L'A. fait suivre son étude statistique de quelques observations résumées typiques.

Edouard DESJARDINS.

GYNÉCOLOGIE

J. N. CULLIGAN. — **Période de fertilité et de stérilité dans le cycle menstruel.** "Minnesota Medical Journal", mars, 1934.

Il existe une période bien définie entre l'ovulation et la menstruation. L'ovule peut être fécondé seulement pendant quelques heures et l'ovulation apparaît entre 12 à 16 jours avant l'apparition de la menstruation suivante; dans la plupart des cas c'est le treizième ou le quatorzième jour.

Le spermatozoïde, excepté dans des cas très rares, demeure viable pendant trois jours. Il existe donc une période de stérilité et de fertilité dans le cycle menstruel de la femme. La période de fertilité existe donc entre le douzième et le dix-neuvième jour qui précède la période menstruelle suivante. L'auteur a établi un graphique qui montre quels sont les jours de fertilité et quels sont les jours de stérilité chez une femme normale. Cette règle s'applique simplement aux femmes qui ont un cycle menstruel variant entre 26 jours et 31 jours et qui ne sont pas irrégulières pour plus de quatre jours.

A. MAGNAN.

J SEGUY et H. SIMONNET. — **Recherches sur les signes directs de l'ovulation chez la femme.** "Gynéc. et Obst.", décembre 1933.

Suivant l'opinion des auteurs, les signes de l'ovulation chez la femme sont les suivants: l'aspect luisant, translucide et extrêmement fluide des sécrétions du canal cervical. Le rôle de ces sécrétions est de rendre le col utérin temporairement plus perméable aux spermatozoïdes. Le second signe de l'ovulation est l'apparition ou l'augmentation des émotions sexuelles qui durent aussi longtemps que la sécrétion luisante du col utérin. Le troisième signe de l'ovulation apparaît quelques jours après cette sécrétion luisante et consiste en une desquamation de l'épithélium vaginal.

Les signes cliniques de l'ovulation chez la femme sont la douleur intermenstruelle et l'écoulement sanguin intermenstruel. La réaction expérimentale de l'ovulation consiste dans la disparition de toute contraction utérine à l'injection d'extrait pituitaire, et la recherche dans le sang et dans l'urine de l'hormone folliculaire qui existe à ce moment à son maximum.

Les auteurs ont basé leurs études sur 12 femmes et ont trouvé que chez 8 d'entre elles les signes de rut et d'ovulation coïncidaient. Les auteurs ont prouvé la valeur de ces différentes réactions par laparotomie et par fécondation artificielle.

A. MAGNAN.

UROLOGIE

John L. CRENSHAW. — **Uretère ectopique avec abouchement extravésical. (Ectopic ureter with extravesical orifice).** "The Journal of Urology", février 1936, p. 190 à 206.

Sans vouloir reprendre toute la question, qui a été très étudiée depuis quelques années, l'auteur attire l'attention des urologistes et des médecins sur la fréquence des anomalies urinaires et en particulier des ectopies urétérales.

Il rapporte six observations de ma'ades qu'il a eu l'avantage d'étudier et de suivre de près à la clinique Mayo. Dans cinq cas il s'agissait de femmes s'étant présentées à la clinique pour de l'incontinence diurne et nocturne avec des mictions normales. La cystoscopie et la pyélographie intraveineuse ont mis en évidence les anomalies urétérales.

Le diagnostic est assez difficile à poser, mais il faudra y songer dans tous les cas d'incontinence continuelle; toutefois, il faudra se rappeler que le segment rénal correspondant à l'uretère anormal peut être très petit et que la position peut alors influencer le volume de l'incontinence ainsi que le moment. Les femmes semblent en être atteintes plus fréquemment que les hommes.

Il existe toute une série d'explorations par les colorants urinaires que l'on met en œuvre pour distinguer l'origine de l'incontinence, mais les moyens les plus efficaces que nous ayons à notre disposition sont sans contredit la cystoscopie et la pyélographie, qu'elle soit instrumentale ou intraveineuse.

Le traitement de ces uretères ectopiques est chirurgical; la technique devra varier avec la situation de l'orifice ectopique, la présence ou l'absence d'autres anomalies, l'infection, la fonction de tous les segments rénaux et la distribution vasculaire.

Suivant les cas:

1° Ligature de l'uretère ectopique par le vagin ou à un niveau supérieur à la vessie; ce procédé est p'us ou moins abandonné maintenant.

2° Transplantation de l'uretère aberrant dans la vessie par le vagin ou par la voie abdominale.

3° L'héminéphrectomie. Procédé plus difficile mais donnant de fort bons résultats quand elle est indiquée.

4° La néphrectomie, quand les deux segments rénaux sont malades ou quand une autre technique a failli, si le rein restant est normal.

5° Les anastomoses, bassinet à bassinet, uretère à uretère, ou uretère à bassinet.

6° Les opérations plastiques: établissant une ouverture entre l'uretère et la vessie, soit par la voie périnéale ou par cystostomie, ou encore par cautérisation cystoscopique.

L'auteur conclut en insistant sur l'importance d'un examen urologique complet dans chaque cas d'incontinence, et en souhaitant que les urologues emploient tous les procédés qu'ils ont à leur disposition, pour reconnaître les anomalies et les perturbations qui les accompagnent.

Paul BOURGEOIS.

Samul SOIFER. — **Rupture spontanée de la vessie. (Spontaneous rupture of the urinary bladder).** "The Urologic and Cutaneous Review", mars 1936.

La rupture de la vessie n'est pas une chose rare. Cependant, peu de cas de rupture spontanée ont été rapportés.

Selon Geisinger, le terme de rupture spontanée doit être consacré aux cas sans traumatisme extérieur; celle-ci doit se produire par les efforts au cours de la défécation ou de l'accouchement, ou encore de la miction.

Dans ces cas la vessie, distendue, devient un organe abdominal exposé à la contraction musculaire, ses parois sont altérées.

Le diagnostic de rupture spontanée de la vessie est très difficile à poser. Les signes varient suivant que la rupture est intrapéritonéale ou extra-péritonéale. Les symptômes dans les deux cas sont: la dysurie, la pollakiurie, la douleur au bas-abdomen et la toxémie progressive due à la résorption des toxines de l'urine infectée.

Des signes de péritonite seront présents dans la variété intrapéritonéale, et une masse au bas-abdomen sera constatée dans l'autre variété.

On devra penser à une rupture spontanée dans le cas où un malade qui aurait présenté de la dysurie avec obstacle urétral et distension, présentera des signes de péritonite avec disparition de tuméfaction suspubienne.

Le traitement est chirurgical et immédiat. Le point important est d'assurer un drainage vésical et péritonéal.

L'auteur rapporte ensuite une observation personnelle d'un malade qui était entré à l'hôpital en rétention complète mais avait refusé une cystostomie proposée d'urgence. Le lendemain il refusait encore car il se sentait mieux, bien qu'il eût constaté que son urine n'avait pas été émise par l'urêtre.

Il fut opéré d'urgence, et le péritoine était rempli de pus et d'urine.

L'auteur conclut en en faisant un cas de rupture spontanée.

Paul BOURGEOIS.

PÉDIATRIE

M. J. TERRASSE. — **Conceptions actuelles sur l'étiologie de la scarlatine.** "La Médecine Infantile", janvier 1935, n° 1.

Depuis que la thèse de Bergé, en 1890, affirmait le rôle essentiel du streptocoque dans le déterminisme de la scarlatine, aucun travail n'a permis de prouver la nature de l'agent infectieux. Plusieurs auteurs, pour expliquer les différences constatées entre les scarlatines typiques et les autres accidents des infections streptococciques, incriminèrent une variété spéciale: le streptocoque conglomératus (Kurth, Moser).

Les époux Dick, filtrant sur bougie une culture de streptocoques hémolytiques pris dans la gorge d'un scarlatineux, provoquèrent chez un sujet neuf le même complexe pathologique qu'avec le streptocoque lui-même, mais non chez un sujet antérieurement immunisé.

Expérimentalement, il est possible de produire une scarlatine avec des filtrats ne donnant des cultures sur aucun des milieux habituels. Il est alors

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 XIIe 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.

Depot 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

4 TRAITEMENTS DIFFÉRENTS

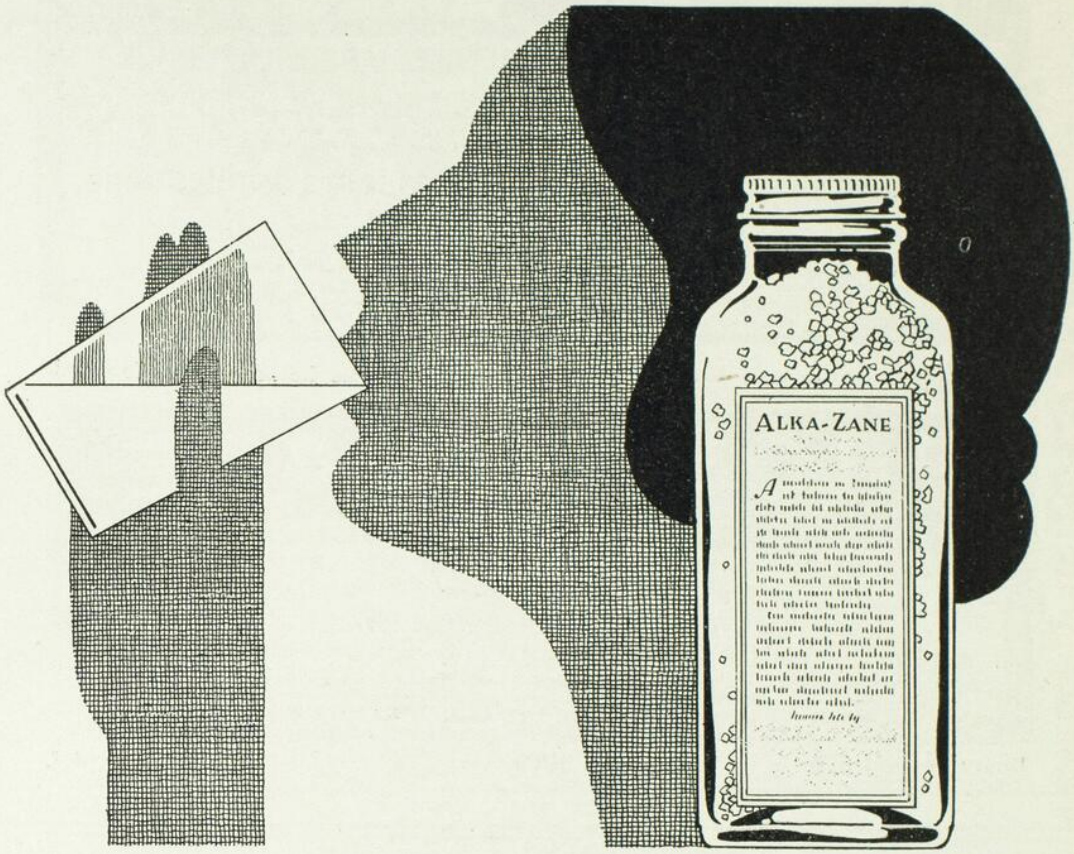
DIABÈTES MOYENS & LÉGERS: 8 à 12 comprimés par jour, en 3 fois, au début des repas.

DIABÈTES GRAVES: Comme adjuvant de l'insuline, en supprimant 1/3 des unités. 12 comprimés par jour, en 3 fois, au début des repas.

DERMATOSES: Eczéma, acné, furonculose: 9 comprimés par jour, en 3 fois, au début des repas.

CURES D'ENGRAISSEMENT: Tuberculose, etc.: 8 comprimés par jour, en trois fois, au début des repas.

Agent général pour le Canada: **L. BOUDOT**
Tél.: DUpont 4350
8955, RUE ROUTHIER - - - - MONTRÉAL, P. Q.



Quand la maladie se complique d'acidose

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

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

ALKA-ZANE

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

impossible de retrouver l'agent infectieux présumé chez les animaux sacrifiés. D'autre part, un streptocoque quelconque, non scarlatineux mais cultivé dans le filtrat d'urine de scarlatineux, produit chez l'animal une scarlatine expérimentale typique.

Et l'auteur roumain conclut à "l'existence d'un virus filtrable véhiculé par le streptocoque scarlatineux, entraînant l'agglutination de celui-ci, vecteur absorbant".

Une autre théorie pathogénique dérivée de la conception microbienne se trouve dans la thèse "allergique" défendue par Selma Meyer. Pour cet auteur, la réaction de Dick "n'est pas le témoin d'une immunité antitoxique, mais une réaction allergique de sensibilisation avec filtrat streptococcique, assez analogue à la cuti-réaction à la tuberculine".

Pour Dochez, le conflit antigène-anticorps suscite la production d'une nouvelle substance ayant les propriétés d'une toxine vaccinante. Comme l'ont dit fort bien Teissier et Costes, ce sont des aléas combinés de la sensibilisation et de la rencontre d'un streptocoque très toxique qui font que tant de sujets étaient de plein-pied dans l'immunisation anti-scarlatineuse sans avoir eu la maladie.

Henri BARIL.

G. REYDERMANN et A. GUERSTEIN. — **Douleurs abdominales chroniques chez les enfants. Syndromes gastriques chez l'enfant.** "Revue Française de Pédiatrie", tome XI, nº 6, 1935.

"Les enfants se plaignent souvent de douleurs dans le ventre. Très rarement la cause de ces douleurs est à rechercher dans des altérations anatomiques et fonctionnelles des organes de la cavité abdominale. Le plus souvent elles sont de caractère réflectaire ou neuropathique." Précédemment, il a été démontré qu'on trouve souvent comme cause des douleurs abdominales chroniques, des angiocholécystopathies, des invasions de Lamblia intestinales.

La coïncidence de ces souffrances avec les affections de l'estomac a déjà été indiquée. Cependant, en dehors du manuel de diagnostic de Bruning nous ne trouvons nulle part des données sur les troubles de la motricité et de la sécrétion de l'estomac chez les enfants. Dans les précis et les manuels on ne décrit en fait de syndromes stomacaux que le pylorospasme et l'ulcère de l'intestin. Pourtant, en procédant à une étude clinique attentive des enfants, surtout des enfants de l'âge scolaire et préscolaire, on peut diagnostiquer chez eux toute une série de syndromes cliniques qui nous sont connus de la pathologie des adultes.

Si l'âge infantile ignore les causes professionnelles, l'alcoolisme, la nicotine, etc., par contre on retrouve chez lui des causes de caractère constitutionnel, une nutrition irrationnelle, des phénomènes d'allergie peu étudiés et insuffisamment appréciés, et surtout des causes de caractères toxi-infectieux, telles les infections intestinales. Lereboullet et Bohn indiquent que l'estomac de l'enfant réagit par des vomissements au début de toute une série d'infections générales. Peut-on admettre que cette réaction fréquente de l'estomac sur l'action des toxines bactériennes laisse cet estomac tout à fait indifférent et ne laisse jamais de traces?

C'est pourquoi il est important d'étudier le chimisme stomacal pour découvrir les troubles de la sécrétion. Cet examen révélera des lésions sous forme d'hypoacidité et d'hyperacidité (sans symptômes d'ulcère), mais surtout révélera beaucoup d'achylies.

Il est très important de poser précocement le diagnostic d'achylie, pour instituer au plus tôt le traitement. Il faut préciser si elle a des raisons anatomiques ou bien n'est que fonctionnelle; si elle est constante ou temporaire, afin que la thérapie rationnellement établie ait des chances d'aboutir à la guérison. Le but consiste à retrouver dans l'âge infantile les sources des affections des adultes, à les étudier, à trouver des moyens de prévention, à les traiter une fois survenues et à contribuer par là à la sanification des générations croissantes.

Henri BARIL.

CHIRURGIE INFANTILE et ORTHOPÉDIE

L. POYANNE. — **Un procédé simple d'ostéosynthèse temporaire dans les fractures obliques.** "Revue d'Orthopédie", janvier 1936.

L'opération préconisée par l'auteur a l'avantage sur l'extension continue de réduire considérablement le temps d'immobilisation.

Il lui donne la préférence sur l'ostéosynthèse à cause du fait qu'elle prête beaucoup moins à l'infection. Elle consiste, après que la réduction a été obtenue par l'extension forcée sous anesthésie, à fixer les deux fragments par une broche de Kirschner passant transversalement par rapport au grand axe de l'os. Une botte plâtrée est ensuite mise en place, recouvrant le tout et faisant point d'appui solide aux deux extrémités de la broche.

L'auteur suggère une autre technique qui donnerait encore de meilleurs résultats. Il s'agirait de diriger la broche dans un plan perpendiculaire à celui de la fracture. L'avantage ici réside dans ce fait que la contraction musculaire, au lieu de faire chevaucher les fragments, tendra au contraire à les approcher l'un de l'autre, et la coaptation sera plus parfaite.

Ce procédé, quoique bien simple, est nouveau et semble donner d'excellents résultats.

Les avantages qu'il a sont: la simplicité d'application et l'innocuité presque absolue, due au fait du traumatisme minime causé par la broche en acier inoxydable. Les risques d'infection sont réduits au strict minimum.

L. BERGERON.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

GRENET. — **La syphilis acquise chez l'enfant.** "Paris Médical", novembre 1935.

Elle se rencontre non rarement, dit Grenet. Il en a rencontré quatre cas en un an.

Le plus souvent elle est de provenance extra-génitale: inoculée au moment de la vaccination par exemple — lors du percement d'une oreille, par des instruments de dentiste manquant de précautions — et encore lors de l'allaitement par une nourrice.

N'oublions qu'elle peut suivre un attentat criminel — comme il y a aussi des prostituées mineures.

Le chancre premier est souvent extra-génital, comme on peut bien le concevoir.

Le traitement suit les règles générales, en tenant naturellement compte de l'âge du petit malade.

E. SAINT-JACQUES.

LEVADITI et AL. — **Sort du "treponema pallidum" sous l'influence thérapeutique de l'arsenic et du bismuth.** "Bull. Soc. Fr. Derm. Syph.", décembre 1935.

Les expérimentateurs qui voulaient constater l'efficacité des nouveaux médicaments antisyphilitiques ont toujours eu recours à l'ultra-microscope. Avec un médicament actif, on voit les tréponèmes s'immobiliser et finir par disparaître complètement du chancre avant le 5e jour.

On avait toujours conclu que la lyse des tréponèmes était complète et définitive, mais Levaditi vient de prouver que l'examen de ces chancres colorés à l'argent selon la méthode de Dieterlé laisse voir un nombre considérable de spirochètes en état de fragmentation ou même parfaitement conservés. Ce sont cependant des cadavres puisqu'ils sont maintenant avirulents.

L'A. considère que leur invisibilité à l'ulta-microscope pourrait être due à une adhésivité plus grande aux tissus qui les empêcherait de passer dans le suc examiné ou à une réfringence différente qui les rendrait invisibles à l'examen sur fond noir.

Maurice FERRON.

RABEAU et UKRAINCZIK. — **De la valeur pratique des tests dans les accidents cutanés survenant au cours des traitements arsenicaux.** "Bull. Soc. Fr. Derm. Syph., décembre 1935.

Plusieurs travaux ont déjà été présentés sur la question, en particulier la thèse de Garnier, qui vantait l'intradermo-réaction.

Les A. lui préfèrent l'épidermo-réaction, plus facile à lire et qui consiste en un petit placard de vésiculettes.

Les 10 cas ayant souffert d'érythrodermies donnèrent tous une réaction épicutanée positive. Chez deux autres cas présentant cliniquement un érythème du 9e jour, ces réactions étaient négatives, tandis qu'un troisième réagissait positivement; mais ce patient ne put supporter le traitement arsenical par la suite.

L'avantage de l'épidermo consiste dans sa constance et dans ses résultats toujours identiques. Les A. ont constaté la persistance, dans un cas, après 7 ans et ont remarqué que toute absorption d'arsenic par voie buccale n'était pas tolérée par les patients dont la réaction était positive.

Une autre constatation intéressante, c'est qu'après une cure de désensibilisation tous réagissent de la même manière et aux mêmes dilutions, soit dit sans mettre en question l'action thérapeutique des méthodes habituelles de désensibilisation sur l'évolution des accidents cutanés.

Maurice FERRON.

MILIAN, LAFOURCADE. — **"Pityriasis versicolor", biotropique.** "Bull. Soc. Fr. Derm. Syph.", décembre 1935.

Chez un patient qui présentait du pityriasis versicolor typique à la face antérieure du thorax, est apparu subitement le 9e jour d'un traitement arsenical un érythème un peu sombre sur toute la face antérieure du tronc et de l'abdomen. Cet érythème avait des contours nettement découpés et laissait des espaces de peau saine.

Malgré l'aspect érythémateux, la recherche des parasites démontre clairement qu'on a affaire au pityriasis versicolor, et le signe du copeau est positif.

Milian insiste sur le fait qu'on rencontre très rarement des cas de biotropisme dans des maladies à siège uniquement épidermique.

Il fait aussi remarquer que parfois des éruptions biotropiques anormales comme celle-ci pourraient être méconnues et considérées comme toxiques.

Maurice FERRON.

KLAUDER. — **La pyrétothérapie du Mycosis fongoïde. (Fever Therapy of Mycosis Fungoides).** "J. A. M. A.", 18 janvier 1936.

L'arsenic et la radiothérapie contrôlent difficilement cette grave maladie et n'en empêchent pas toujours l'évolution fatale; aussi, en face de cas qui leur résistent, certains auteurs ont-ils cherché d'autres traitements actifs.

La littérature des derniers cinquante ans rapporte plusieurs cas grandement améliorés à la suite de maladies fébriles intercurrentes, et depuis ce temps plusieurs chercheurs ont inoculé l'érysipèle, la malaria ou des vaccins.

L'A. rapporte un cas pour lequel la radiothérapie n'apportait plus de résultats. Traité par la malariathérapie, il obtint une rémission presque complète pendant un an et demi. L'amélioration était évidente dès la période d'infection, mais se continua de telle sorte qu'avec l'aide de l'arsenic et des rayons X le patient put reprendre son travail, jouissant d'une santé presque normale.

Un deuxième cas fut soumis à la pyrétothérapie obtenue par l'appareil de Kettering. Le prurit diminua dès les premiers traitements, la peau s'améliora considérablement et le patient reprit son travail.

Ces résultats concordent avec de semblables obtenus par d'autres auteurs. Sur 5 cas traités par la malaria, 4 furent très améliorés, et selon lui l'impaludation serait à essayer quand les rayons X et l'arsenic ne suffisent pas à contrôler l'affection.

Maurice FERRON.

ÉLECTRO-RADIOLOGIE

José CHERFILS. — **Radiothérapie des sinusites.** "Bull. Société fr. d'électrothérapie et de radiol.", décembre 1935, n° 10, p. 532.

Après avoir rapporté au quatrième Congrès international de Radiologie quelques cas de sinusite traités par la radiothérapie, l'auteur croit intéressant de communiquer quatre nouvelles observations, dont la dernière est une auto-observation.

SOPORIFIQUE SANS DROGUE



Le patient l'absorbe au moment du coucher, additionné à du lait chaud — "bonnet de nuit" délicieux et nutritif — Il induit au sommeil en stimulant doucement les fonctions digestives, éloignant ainsi le sang du cerveau. Absolument sûr . . . . absolument inoffensif. Les médecins et les diététitiens le recommandent partout.

OVALTINE

Aliment - Tonique - Liquide

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.

BIBLIOTHÈQUE À VENDRE

Magnifique bibliothèque médicale à vendre, série complète (avec meubles à rayons), Instruments de chirurgie, Tableaux de célébrités médicales, etc., le tout en très bon état. Conditions avantageuses. S'adresser à L'Union Médicale du Canada, 418 est, rue Sherbrooke, Tél.: MA. 7334.

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.

Cherfils a noté pendant les premières minutes d'irradiation une exacerbation des phénomènes douloureux, puis petit à petit une sorte d'anesthésie, et enfin comme une sorte de décapage de la douleur.

La radiothérapie aurait d'autant plus d'excellents résultats que la manifestation serait aiguë et récente, car à ce moment il n'existe que des phénomènes congestifs sans aucune suppuration. Quant aux manifestations anciennes, la radiothérapie peut amender les phénomènes douloureux mais ne peut obtenir seule un excellent résultat, surtout s'il existe de la suppuration.

L'auteur conseille dans ces cas de suppuration d'associer à la radiothérapie la d'Arsonvalisation par ondes courtes (500 watts).

La dose donnée à chaque séance de radiothérapie a été de 150 r internationales (27 cm. d'E. E. avec une filtration de 5 mm. A. C.).

L. GAGNIER.

Robert COLIEZ. — **L'anatomie radiologique des angles coliques et du recto-sigmoïde dans les positions transverses.** "Les cahiers de radiologie" n° 18, octobre 1935. (Supplément de la Gazette Médicale de France.)

Ce travail n'a nullement en vue des méthodes nouvelles, puisqu'il ne concerne que le lavement opaque classique. Il s'agit d'une technique systématique basée sur le jeu des incidences en même temps que sur la répartition du liquide opaque suivant les lois de la pesanteur.

L'appareillage employé doit être assez puissant et permettre d'obtenir de bons clichés avec des temps d'exposition très courts.

L'étude des côlons par repas, ou mieux, par lavement baryté devrait être systématiquement réalisée non seulement en position frontale, mais en position transverse, afin de mieux faire jouer dans une région épaisse la loi devenue classique des incidences.

I. *Etude anatomo-radiologique de l'angle droit.*

La position oblique, dite profil droit antérieur, apparaît la meilleure. Il est très fréquent qu'un appendice invisible de face soit visible de profil. Fort souvent le cæcum se trouve replié en avant ou en arrière par des adhérences et ces plicatures cæco-ascendantes quelquefois insoupçonnables de face sont bien mises en lumière par la position transverse. De même, on peut voir de grosses tumeurs du rein droit repousser l'angle droit vers l'avant.

II. *Etude anatomo-radiologique de l'angle gauche.*

La position optima, profil antérieur gauche comme précédemment, semble dégager le plus l'angle gauche. On assiste à un véritable déroulement de l'angle splénique. Il peut exister des anomalies d'angulation de l'angle allant jusqu'à l'infini. Pathologiquement, l'angle gauche peut s'abaisser, perdre son contact élevé et pendre en forme d'U en avant du descendant. L'angle splénique est dévié en bas, en dedans et en avant par les tumeurs de la rate. Il est repoussé vers la gauche par les tumeurs du rein gauche.

III. *Etude anatomo-radiologique du recto-sigmoïde.*

Des études systématiques ont permis à l'auteur de constater que la position transverse antérieure droite donnait de meilleures images en raison du plan de flexion habituel du sigmoïde. Cette incidence rend de grands services surtout dans l'étude des rétrécissements très serrés.

L. GAGNIER.

NOUVELLES

L'article concernant le Professeur Nègre paru dans le dernier numéro a été redigé par M. le Dr A. Frappier, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Luc, et non pas par le Professeur LeSage. Nous insérons cette note à la demande du Dr LeSage lui-même.

ASSOCIATION DES MEDECINS DE LANGUE FRANÇAISE

XXIV° CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

Tenu à Paris du lundi 12 au mercredi 14 octobre 1936.

Sous le Haut Patronage de M. le Président de la République

Président du Congrès: Professeur Marcel LABBE

PROGRAMME SCIENTIFIQUE

Trois questions seront l'objet des travaux du Congrès:

1° Les Méningites aiguës curables;

2° Les Syndromes Parathyroïdiens;

3° Les Médications du Sympathique;

La Séance Solennelle d'Ouverture se tiendra au Grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris, le lundi 12 octobre, à 9 hrs 1/2 du matin, sous la présidence de monsieur le ministre de l'Education Nationale.

Les autres Séances auront lieu les matins à 9 hrs 1/2, les après-midi à 3 heures, à la Faculté.

Lundi 12 octobre, à 10 hrs 1/2.

Rapports sur la première question: *Méningites aiguës curables.*

Rapporteurs: M. Roch (de Genève): *Les Méningites aiguës curables de l'adulte.*

MM. Lesné (de Paris) et Boquien: *Les Méningites aiguës curables de l'enfant.*

M. R. Cruchet (de Bordeaux): *La Méningite tuberculeuse est-elle curable?*

Lundi 12 octobre, à 15 heures.

Discussion des rapports et communications sur la première question.

Mardi 13 octobre, à 9 hrs 1/2.

Rapports sur la deuxième question: *Les Syndromes Parathyroïdiens.*

Rapports: M. Snapper (d'Amsterdam): *Du rôle des Parathyroïdes dans la pathologie des os.*

MM. Bérard et M. Henry (de Lyon): *La Tétanie parathyréoprive.*

M. Coryn (de Bruxelles): *Du rôle des glandes endocrines (parathyroïdes exceptées) dans la pathologie des os.*

Mardi 13 octobre, à 15 heures.

Discussion des rapports et communications sur la deuxième question.

Mercredi 14 octobre, à 9 hrs 1/2.

Rapports sur la troisième question: *Les Médications du Sympathique.*
Rapporteurs: Mlle Jeanne-Lévy et M. Justin-Besançon (de Paris): *Les Médicaments sympathicolytiques.*
M. Wangermez (de Bordeaux): *Physiothérapie du Sympathique.*
MM. Gouin et Bienvenüe (de Brest): *Radiothérapie du Sympathique.*
M. Laignel-Lavastine (de Paris): *Traitement médical des Sympathalgies abdominales (pelvis exclus).*
M. E. May (de Paris): *Traitement médical des troubles neuro-végétatifs diffus d'origine non endocrinienne.*

Mercredi 14 octobre, à 15 heures.
Discussion des rapports et communications sur la troisième question.

Président:
M. le Professeur Marcel Labbé, 158, rue de Rivoli, Paris (1er).
Vice-présidents:
M. le Professeur Antonin Clerc, 7, rue Montchanin, Paris (17e); M. le Médecin Général Inspecteur Rouvillois, 132, boulevard Raspail, Paris (6e); M. le Médecin Général Oudard, Ministère de la Marine.
Secrétaire général:
M. le Professeur Harvier, 1, rue du Bac, Paris (7e).
Secrétaires adjoints:
M. le docteur R. Boulin, 47, rue de Courcelles, Paris (8e); M. le docteur Justin-Besançon, 2, rue Guynemer, Paris (6e).
Trésorier:
M. le docteur D. Troisier, 52, rue Jouvenel, Paris (16e); M. Georges Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (6e).

COURS DE LARYNGO-PHONIÂTRIE

Dix leçons seront données du lundi 11 mai au samedi 16 mai à l'hôpital Bellan, 7, rue du Texel, Paris (14e), par le Dr Jean Tarneaud, avec le concours de M. R. Husson et Mme Borel-Maisonny; elles auront lieu à 9 hrs et à 17 hrs 30.

1) Physiologie de la phonation.
2) Examen clinique. Stroboscopie. Radiologie.
3) Acoustique normale et pathologique.
4) Les aphonies et les dyskinésies; leur traitement.
5) La mue et ses troubles.
6) Les logopathies et leur traitement.
7) Les affections de la voix chantée.
8) Le nodule de la corde vocale.
9) Traitement phoniatrique des paralysies récurrentielles et des laryngectomies.
10) Chirurgie phoniatrique.

Droit d'inscription: 200 frs.

Pour les inscriptions et tous renseignements, s'adresser au Dr Tarneaud, Oto-Rhino-Laryngologiste de l'hôpital Bellan et du Conservatoire National de Musique, 27, avenue de la Grande Armée, Paris, 16e.

JOURNÉES INTERNATIONALES PÉRIODIQUES DE CARDIOLOGIE À ROYAT (Auvergne)

(Conférences de physiologie, pathologie et thérapeutique cardiovasculaire)
Les 31 mai et 1er juin 1936.

Le Comité Scientifique Français se compose de MM. les Membres du Bureau de l'Académie de Médecine: Professeur Hartmann, Président; M. Martel, Vice-Président; Professeur Achard, Secrétaire-Général; Dr Brouardel, Secrétaire annuel.

Ces conférences seront sous la présidence de M. le Professeur Vaquez.

Font également partie du Comité Scientifique: MM. les professeurs Castaigne, Clerc, Dumas; M. le Dr Gallavardin; MM. les professeurs Laubry et Lian.

MM. les Doyens des Facultés de Médecine: de Paris, Bordeaux, Faculté libre de Lille; Lille, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Strasbourg, Toulouse, Alger. M. le Recteur de la Faculté de Médecine de Beyrouth; M. le Professeur Dagneau, Doyen de la Faculté de Médecine de Québec; M. le Professeur Parizeau, Doyen de la Faculté de Médecine de Montréal.

MM. les Professeurs Albert LeSage et J.-E. Dubé, de Montréal, Canada, font partie du Comité Scientifique Etranger.

Les sujets traités seront les suivants:

Le Tonus Vasculaire (Physiologie), *Les Spasmes Vasculaires des Membres, L'Histoire des Doctrines Thermales de Royat.*

Pour tout renseignement s'adresser:

1. Ordre Médical: à M. le Dr R. Boucomont, sec.-général; du 15 octobre au 1er mai, 5 rue Sainte-Beuve, Paris (6). — du 1er mai au 15 octobre, à Royat (Puy-de-Dôme.)
2. Ordre administratif: à M. Mérigoux, secrétaire administrateur, Directeur de l'Exploitation Thermale, à Royat (Puy-de-Dôme).

SOCIÉTÉ NOUVELLE

Le 14 février 1936, à une réunion qui eut lieu à Ottawa, fut organisée la "Society for the Study and Control of Rheumatic Diseases".

A cette première assemblée l'élection des officiers pour 1936 se fit également comme suit:

Président honoraire: J. C. Meakins, Montréal.
Président: Almon A. Fletcher, Toronto.
1er Vice-président: Albert LeSage, Montréal.
2e Vice-président: F. T. Cadman, Winnipeg.
Secrétaire: W. S. Barnhart, Ottawa.
Trésorier: J. Fenton Argue, Ottawa.

Le siège principal de cette Association est à Amsterdam.

VARIÉTÉS

TEMPS NOUVEAUX...
LA MÉDECINE EN ADJUDICATION...
...AU MOINS OFFRANT !!

Lorsqu'on m'a raconté cette histoire, je n'y voulais pas croire et je ne fus convaincu que lorsqu'un de mes correspondants me transmit les documents.

Voici les faits:

La Marine Militaire a besoin de faire examiner avant l'embarquement, à l'arrivée en permission, etc... les marins dépendants de ses services.

Jusqu'ici, ces examens étaient pratiqués par des médecins agréés habitant les ports où ce service était organisé.

Or tout dernièrement, la Marine Militaire a mis en adjudication et *au moins offrant* (! !), dans un port, ce service médical... Ce n'est pas croyable, mais c'est cependant vrai.

Un médecin fut ainsi désigné.

L'histoire ne dit pas quel est le prix de famine auquel il avait soumissionné (puisqu'il faut maintenant employer pour l'exercice de la médecine des termes jusqu'ici réservés à des actes de commerce)...

Quoiqu'il en soit, des confrères du même port (Douarnenez, pour ne pas le nommer) déférèrent cette modalité de choix du médecin devant le Conseil d'État, avec l'appui moral et pécuniaire de l'excellente œuvre qu'est le *Sou* médical.

Le Conseil d'État vient de rejeter la requête de nos Confrères avec les considérants suivants:

«... Considérant que, par la décision attaquée, l'autorité maritime a prescrit un appel à la concurrence parmi les médecins du port de Douarnenez pour la visite au compte de la Marine Militaire des inscrits atteints par le levée ou candidats à un engagement dans les équipages de la flotte "le moins disant devant être agréé par la Marine Militaire...»

«... Considérant, d'une part, que cette décision a été notifiée individuellement aux médecins que l'administration jugeait présenter des garanties morales et professionnelles suffisantes et a été prise dans le seul intérêt du service; ... que, d'autre part, aucune disposition législative ni réglementaire ne s'opposait à l'adoption du mode de désignation qui a été retenu...

« Décide: La requête des sieurs X., Y., Z. est rejetée... »

Comme je comprends mon excellent confrère Boudin, lorsqu'il écrit à ce sujet dans le *Concours Médical* (24-2-35): « Si quelqu'un

d'entre nous se faisait encore illusion sur le caractère quasi-sacerdotal de notre profession et surtout sur l'estime en laquelle on tient le corps médical en haut lieu, il aurait une profonde désillusion à lire l'arrêt ci-dessus ! ».

Le Ministre de la Marine et le Conseil d'État à sa suite nous considèrent comme de simples travailleurs manuels, que nous sommes, du reste, si l'on considère la question sous un autre angle.

Le *Sou* médical a fait tout ce qu'il a pu, dans le cas particulier, pour défendre notre honneur. Il n'y a pas réussi. Mais ce qu'on ne nous dit pas, c'est quelle a été l'attitude du Syndicat local ou départemental... Elle ne paraît pas s'être manifestée utilement.

Or, ce n'est pas sans raison que je signalais que l'affaire s'était passée à Douarnenez.

On sait que cette petite ville très industrielle a été le siège de manifestations de syndicats ouvriers quelquefois très violentes.

Nous n'avons pas à faire ici de politique et par conséquent pas à juger du bien ou mal fondé de telles manifestations.

Nous pouvons toutefois dire, sans crainte de nous tromper, que, si une des usines de sardines de Douarnenez avait mis à l'adjudication au moins offrant une place d'ouvrier, on aurait sans aucun doute assisté à des manifestations ou à une grève qui aurait réuni l'unanimité des travailleurs.

Que n'avons-nous des syndicats aussi puissants que ceux des travailleurs de Douarnenez... cela changerait singulièrement, en ce qui nous concerne, la face des choses.

Car, quelles sont maintenant les perspectives pour l'avenir de notre profession ? Le Conseil d'État a rendu un jugement qui va faire jurisprudence et, demain, puis après-demain, les administrations vont continuer et, partout, on va mettre les services médicaux en adjudication au moins offrant.

Le résultat sera alors le suivant : que vous soyez ou non un clinicien de valeur, vous devrez vous conduire, pour avoir un poste à l'adjudication, comme un simple entrepreneur : demander l'appui du Topaze local, soigner à l'œil sa famille, ses enfants, ses maîtresses ; ajouter un appoint plus ou moins important en numéraire, moyennant quoi vous pourrez vous aligner avec quelques chances de succès à « l'adjudication ».

Maintenant, que vous soyez médecin, accoucheur ou spécialiste, que vous exerciez ou non honorablement, que vous ayiez des titres universitaires ou non, tout cela n'aura plus la moindre importance.

Dr AGRICOLA

TABLE ALPHABÉTIQUE DES ANNONCES

Abbott Laboratories Ltd, (*Elixir COPRON Abbott*) .. XII

Anglo-French Drug Cie, (*Tonique du Sang*) L

Antiphlogistine, (*Nez et gorge*) XXII

Ayerst, McKenna & Harrison, Limited (*Emmenin Liquid*) XX

Banque Canadienne Nationale, (*À votre disposition*) .. XLVI

Boudot, L., (*Diabetosan*) LXI

British Drug Houses (Canada) Ltd, The, (*Acide "Mandelic" B. D. H.*) XXXII

British Drug Houses (Canada) Ltd, The, (*"Mandelate" de Soude B. D. H.*) XXXII

Canada Drug Company, (*Paveral*) III

Canada Starch Company, Limited, (*Sirop de Blé d'inde (Maïs) Edwardsburg*) LIX

Canadian Canners Limited, (*Aliments Aylmer pour enfants*) *Troisième page de la couverture.*

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 "Ciba"*) VII

Ciba, Compagnie, Limitée, (*Nupercainal "Ciba"*) VII

Denver Chemical Manufacturing Co., (*Antiphlogistine*) XXII

Duckett J. A., (*Dernière Création de la Prothèse*) XLIV

Eddé, J., Limitée, (*Lantol*) VI

Eddé, J., Limitée, (*Pipérazine Midy*) XIX

Eddé, J., Limitée, (*Hémostyl*) XXVII
Eddé, J., Limitée, (*Nucléarsitol Robin*) XXX
Eddé, J., Limitée, (*Librairie Médicale et Scientifique*) XXXI
Eddé, J., Limitée, (*Peptonate de Fer Robin*) XXXI
Eddé, J., Limitée, (*Iodogénol Pépin*) XXXIV
Eddé, J., Limitée, (*Neurinase*) XLVI
Etablissements Byla, Les, (*Neurotrophol Byla*) XLVII
Etablissements Byla, Les (*Splenarmone Byla*) 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., (*Tuberculoses chirurgicales*) .. LIV
Hoffman-La Roche Limitée, (*Larostidine "Roche"*) LIX
Huston Company, Limited, John A., (*Riodine Astier*) .. XXV
"Ifah", Pharm. Products, (*Calcium Ifah*) LVII
Imperial Tobacco Co. of Canada, (*Sweet Caporal*) XLIII
Joubert, J. J., Limitée, (*Santéine*) LX
Kellogg, (*Kellogg's All Bran*) XXIV
Laboratoires A. Bailly, (*Pulmo-Bailly*) XVIII
Laboratoires A. Guerbet & Cie, (*Tenebryl Guerbet*) .. XLVII
Laboratoires A. Guerbet & Cie, (*Lipiodol*) XLVII
Laboratoire du Bismol, (*Bismix, Agobyl*)
Quatrième page de la couverture.
Laboratoires Clin, Comar & Cie, (*Electrargol*) I
Laboratoires Clin, Comar & Cie, (*Solution de Salicylate de Soude du Docteur Clin*) I
Laboratoires Couturieux, (*Lantol*) VI
Laboratoire Nadeau Limitée, (*Sodiosal*) XXX
Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Ltée, (*Ampoules "Poulenc"*) XIII
Laboratoires P. Astier, (*Riodine Astier*) XXV
Laboratoires Soudan de Paris, (*Diabetosan*) LXI
Laboratoires Midy, (*Pipérazine 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
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
Néobovinine, (*Néobovinine avec Malt et Fer*) LIII
Nestle's Milk Products (Canada) Ltd., (*Lactogen*) XXI
Parke, Davis & Cie, (*Le Mapharsen*) IV
Ranniger, W.-E., (*Calcium Ifah*) LVII
Rougier Frères, (*Hepathemo*) XVII
Rougier Frères, (*Pulmo-Bailly*) XVIII
Rougier Frères, (*Spectrol*) XIX
Rougier Frères, (*Natibaïne*) XXI
Rougier Frères, (*Sedol*) XXIII
Rougier Frères, (*Riodine Astier*) XXV
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, (*Uraseptine 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 VIII
Sanatorium du Lac Edouard X
Sanatorium Prévost XIV
Schering (Canada), Ltd., (*Elixir Medinal*) LVIII
Vinant Ltée, (*Electrargol*) I

Vinant Ltée, (*Solution de Salicylate de Soude du Docteur Clin*) I
Vinant Ltée, (*Neurotrophol Byla*) XLVIII
Vinant Ltée, (*Splenarmone Byla*) XLVIII
Vinant Ltée, (*Tenebryl Guerbet*) XLVIII
Warner, William R., Co. Ltd., (*Alka-Zane*) LXII
Waterbury Chemical Co. of Canada, Ltd, (*Lorate*) IX
Wyeth & Brother, Inc., John, (*"Wyanoïds"*) LV





Les aliments AYLMER pour enfants sont préparés avec des fruits et des légumes soigneusement choisis et mis en boîtes individuelles de 4½ onces.

Écrivez pour échantillons des variétés suivantes:

Pois	**Épinards**	**Tomates**
Betteraves	**Abricots**	**Asperges**
Fèves	**Pruneaux**	**Carottes**

Marmelade aux pommes **Soupe pour enfants.**

AYLMER Research Laboratory

CANADIAN CANNERS LIMITED

HAMILTON, CANADA

ALIMENTS AYLMER POUR ENFANTS

BIS MIX

HYPERCHLORHYDRIE



Excepté les cas où l'intervention chirurgicale est nécessaire toutes les maladies du foie sont justiciables de l'Agobyl



AGOBYL

DÉSENSIBILISATEUR DES ÉTATS HÉPATIQUES

Le Laboratoire du Bismol
Spécialités Thérapeutiques
945 rue Côté *Montréal*

"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.