TOME LXII JUIN 1933 No 6

L'Union Médicale du Canada

REVUE MENSUELLE
Fondée en 1872

BULLETIN

La profession médicale et le secours direct ..... Albert LeSAGE
Léon GERIN - LAJOIE 525

MEMOIRES

A propos de fracture du cou-de-pied .... J. E. SAMSON 528

RECUEIL DE FAITS

Carotinémie. Le Carotène. Une observation ..... Albert LeSAGE 541

A propos des tumeurs de la parotide. Un cas d'épithélioma primitif de la glande ..... Léo BLAGDON 546

Syphilis foetale. Ascite congénitale .... Jean CHAMPEAU 549

PETITE CLINIQUE

Dilatations bronchiques ..... J. Avila VIDAL 552

REVUE GENERALE

Des cholécystites. Cholécystostomie ou cholécystectomie ..... Eugène ST - JACQUES 557

La phrénicectomie ..... André DUMONTIER 561

Symptomatologie et traitement médical des états hypo et hyperthyroïdiens .... Jean SAUCIER 569

MOUVEMENT MEDICAL

Manuel de technique psychométrique, (suite) ..... G. Lef. de BELLEFEUILLE 578

L'Institut Bruchési. Extrait du rapport Anysie DELAND 602

VARIETES

Le congrès de l' "American College of Physicians" à Montréal et l'Association pour le développement des relations médicales entre la France et les pays amis (A.D.R.M.) section canadienne ..... J. Edmond DUBE 606

ANALYSES

Voir détails page X

(Suite du sommaire à la page X)

REDACTEUR EN CHEF
Professeur Albert LeSage

SECRETAIRE DE LA REDACTION
Léon GERIN-LAJOIE

SECRETAIRE-ADJOINT
Donatien MARION

Administrateur: T. VALIQUETTE
3705, rue Saint-André, Boîte postale No 3026. Téléphone FRontenac 5931, Montréal.

GARDE LA PRÉÉMINENCE

COMME

ANTISEPTIQUE URINAIRE

CHAQUE cuillerée à thé, bien pleine, contient 7½ grains d'Urosine (Hexamine) en combinaison avec de l'acide Benzoique

L'Urosine se dissout immédiatement avec effervescence mis dans l'eau et constitue un breuvage carbonaté agréable au goût.

Le fait qu'il est associé à l'acide Benzoique rend inutile l'administration séparée d'un sel acide.

La valeur de cette préparation dépend de la présence d'une réaction acide dans l'urine. Dans de telles conditions l'aldéhyde formique est libéré de l'Urosine en quantités suffisantes pour arrêter le développement et effectuer la destruction des bactéries.

Malgré les antiseptiques urinaires plus nouveaux et tant vantés, l'Urosine occupe toujours la première place comme antiseptique.

L'Urosine produit ces conditi ns.

Il est vendu en bouteilles de huit onces contenant quatre onces d'Urosine granulé effervescent, munies d'une capsule mesure ayant une capacité de deux pleines cuillerées à thé.

UROSINE

(HEXAMINE)

G. E. S. No 15 "Frosst"

Charles E. Frosst & Co.

PHARMACIENS-FABRICANTS DEPUIS 1899

MONTRÉAL
CANADA

RICHMOND
VIRGINIE

LE SUMMUN EN THERAPIE FERRUGINEUSE

LE PEPTO-MANGAN GUDE est une solution *organique* neutre de véritables peptonates de manganèse et de fer *en présence de cuivre*. Il possède au maximum le pouvoir reconstituant et hématinique et est absorbé plus facilement et plus complètement que les préparations ferriques ordinaires. Ne tache pas les dents, ni ne trouble la digestion ou ne cause de constipation. Très agréable au goût. Les enfants et les invalides aiment le prendre.

EN LIQUIDE
OU
EN TABLETTE

Tous renseignements, échantillon ou littérature de

M. J. BREITENBACH Co.,

160, Varick Street New York City.

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

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

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**

COLIVACLYDUN

Lysat vaccin anticolibacillaire du Dr. L. Duchon

Formule: colibacilles 10 milliards lysés par c/c.

Pyélonéphrites et infections à colibacilles.

THALASSOL

AMPOULES

Nucléinate de soude	0.01
Glycérophosphate de soude	0.09
Cacodylate de soude	0.05
Sulfate de strychnine	0.001
Eau de mer isotonique	5 c.c.

Boîte de 10 ampoules — Boîte de 50 ampoules

Neurasthénie, Déficiences cellulaires, Atonies.

HERDT & CHARTON, INC.

2027, McGILL COLLEGE AVENUE, — — MONTREAL.

PHYTOTHÉRAPHIE

Aphloïne "Trouette-Perret"

Troubles de la PUBERTÉ
de la MENOPAUSE et du
SYSTÈME VEINEUX
(VARICES, hemorroides)

Sédatif utéro-ovarien.

Élixir très agréable au goût, d'une synergie médicamenteuse toujours égale et dont le mode de préparation assure l'intégrité absolue des principes actifs de chacun de ses composants:

APHLOIA, HAMAMELIS, HYDRASTIS, VIBURNUM, PISCIDIA,

APHLOÏNE
Trouette-Perret
TROUBLES de la
Puberté, de la Ménopause et du Système Veineux
SÉDATIF
utéro-ovarien
(Hémorragies Utérines, Menstruations difficiles, Varices, Hémorroides)
1 à 2 cuillerées à café à chacun des deux principaux repas.
140 cc. par Flacon
Made in France
Laboratoires
TROUETTE-PERRET
15, rue des Immeubles-Industriels
PARIS
CONDOU & LEFORT, Pharmaciens
Agent pour le Canada:
G. GRAVET
1184 Bishop, Appt. 1 Montreal

MODE D'EMPLOI:
1 à 2 cuillerées à café d'élixir pur ou mélangé à un peu d'eau à chacun des deux principaux repas.

L'EFFICACITÉ DE L'APHLOÏNE "TROUETTE-PERRET" EST DUE À SON ACTION:
ANTISPASMODIQUE, ANALGÉSIANTE, VASO-CONSTRICTIVE ET TONIFIANTE.

TRAITEMENT DES AFFECTIONS CARDIAQUES, AIGUES ou CHRONIQUES
A BASE DE DIGITALE STABILISÉE
FORMULE:
Digitale stabilisée 0 gr. 05
Scille ..... 0 gr. 05
Scammonée ..... 0 gr. 05
Gentiane ..... 0 gr. 02
par pilule.
1 à 2 pilules par jour.

SPECIFIQUE DES MALADIES DE CŒUR
PILULES du Dr MOUSTIER
LABORATOIRE DES PILULES DU DOCTEUR MOUSTIER
PHARMACIE REBOUD
SAINT-VALLIER (DROME)

Echantillon et littérature sur demande
G. GRAVET
Representant general pour le Canada
1184, RUE BISHOP
MONTREAL
Tél. PLateau 7005

Représentant général pour le Canada: G. GRAVEL, 1184, rue Bishop, MONTREAL.

LAIT DE BEURRE

"SANTÉINE"

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

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

J. J. Joubert LIMITÉE

PROVEINASE

MIDY

"RÉGULATEUR DE LA CIRCULATION VEINEUSE"

TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE

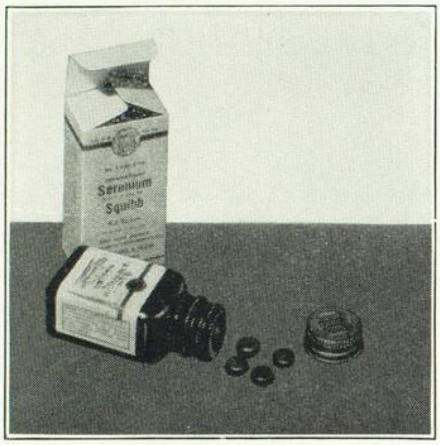
LABORATOIRES DE LA PIPÉRAZINE MIDY
New Birks Bldg. MONTREAL

2 à 4 comprimés par jour.

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

SERENIUM SQUIBB

Agent puissant de la dégénérescence des bactéries, recommandé contre les infections de l'appareil génito-urinaire.



Le Serenium diminue de façon marquée les souffrances des malades atteints de blennorragie. Le patient est non seulement soulagé, mais le médecin peut aussi continuer plus facilement le traitement localisé congru, pendant que le sujet s'immunise ou devient réfractaire à la maladie.

Dans les cas de pyélite ou pyélonéphrite, le Serenium peut constituer le seul moyen efficace de provoquer une amélioration clinique. Chez un pourcentage de cas appréciable, les symptômes diminuent d'intensité après l'ingestion de Serenium, et l'urine ne devient stérile qu'après que ce produit a été utilisé.

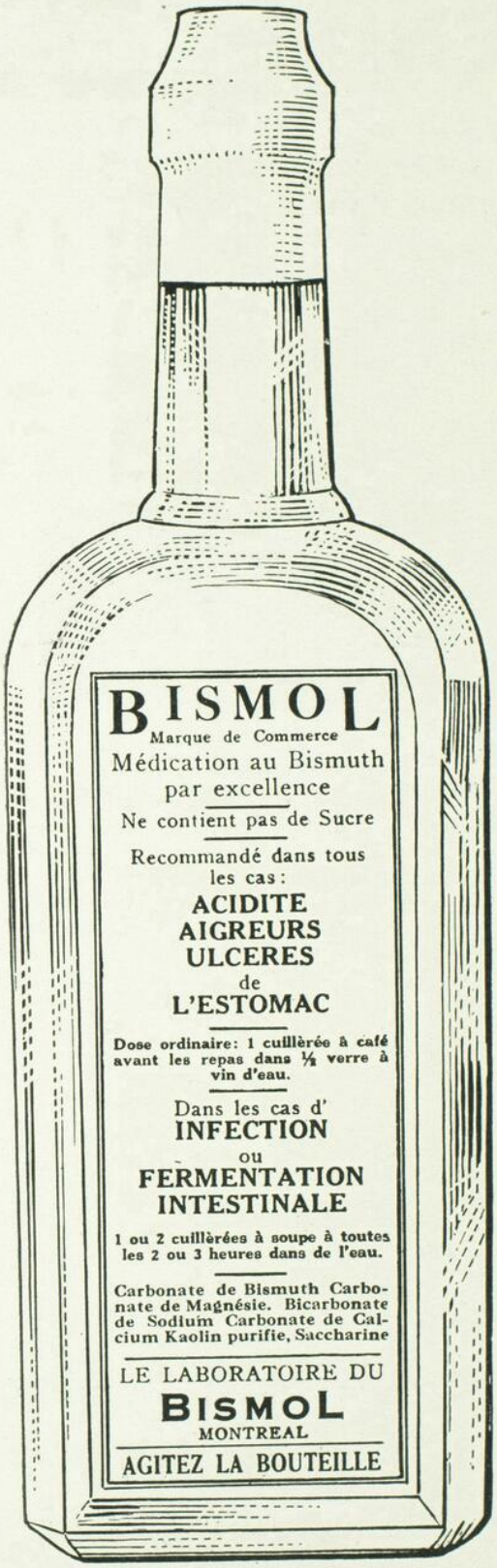
Teinture-base appartenant au groupe des arsénobenzènes, le Serenium équivaut — et est probablement supérieur — aux agents chimiques thérapeutiques employés jusqu'ici dans la médication, par ingestion, des infections génito-urinaires. Non irritant, et diminuant rapidement la virulence des bactéries, il n'a pas d'effets toxiques, même quand on y a recours sous forme de concentrés beaucoup plus énergiques que ceux utilisés thérapeutiquement.

Présenté en flacons de 25, 50, et 500 pastilles de 0.1 gramme chacune, le Serenium Squibb est offert à un prix qui le met à la portée de presque tous les malades auxquels il est recommandé.

E·R·SQUIBB & SONS

OF CANADA, LTD.

Pharmaciens-préparateurs, Fournisseurs de la Faculté depuis 1858.


BISMOL
Marque de Commerce
Médication au Bismuth
par excellence
Ne contient pas de Sucre
Recommandé dans tous
les cas:
ACIDITE
AIGREURS
ULCERES
de
L'ESTOMAC
Dose ordinaire: 1 cuillèrée à café
avant les repas dans ½ verre à
vin d'eau.
Dans les cas d'
INFECTION
ou
FERMENTATION
INTESTINALE
1 ou 2 cuillèrées à soupe à toutes
les 2 ou 3 heures dans de l'eau.
Carbonate de Bismuth Carbo-
nate de Magnésie. Bicarbonate
de Sodium Carbonate de Cal-
cium Kaolin purifie, Saccharine
LE LABORATOIRE DU
BISMOL
MONTREAL
AGITEZ LA BOUTEILLE

Dans la plupart des cas d'insomnie un seul comprimé

Ampoules — Comprimés — Elixir

DE

DIAL

"CIBA"

suffit à ramener le sommeil. N'est-ce pas un traitement facile, efficace et peu coûteux?

Tous les sujets qui connaissent la douleur trouvent

Ampoules — Comprimés — Elixir

DANS LA

CIBALGINE

"CIBA"

un apaisement à leur mal, une sédation à leur système nerveux irrité.

COMPAGNIE CIBA, LIMITÉE

MONTRÉAL

SANATORIUM DE BLOIS

23, Avenue Laviolette, TROIS-RIVIERES, Qué.

Fondé en 1896

Maison de repos, de régimes et
de convalescence
Affections nerveuses en général

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

DEUX MEDECINS RESIDENTS

PRIX MODERES

Pour prospectus illustré, s'adresser au

Directeur, DR C. DE BLOIS
Trois-Rivières, P. Q.
Téléphone, 932

Les aliénés et les contagieux ne sont pas admis.

BLESSURES

Les suppurations anciennes et de longue durée, résultant de blessures ou autres causes, peuvent être rapidement enrayées par l'irradiation et un traitement local.

En raison de ses actives propriétés hyperémiantes, de sa consistance plastique qui lui permet d'épouser tous les contours, de son pouvoir à la fois antiseptique et osmotique, ensemble d'éléments favorables à la régénération des tissus, l'Antiphlogistine concourra à aider les moyens défensifs de l'organisme.

Ainsi, ces deux modes de traitement conjugués produiront des résultats à la fois remarquables et rapides.

ANTIPHLOGISTINE

(*fabriquée au Canada*)

ANTISEPTIQUE
ANALGESIQUE
DECONGESTIVE

Echantillon et littérature :
THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY
153 ouest, rue Lagauchetière
MONTREAL

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

Comité de Direction

MM. Benoit, Boucher (R.), Boulet, Bousquet, Bourgeois, Bruneau, Comtois, DeCotret, Desloges, Dubé, Gérin-Lajoie (Léon), Harwood, Leduc, LeSage, Marien, Marin (Albéric) Marion (D.), Masson (D.), Mercier, Mousseau J. A., Parizeau, Rhéaume, Roy, Saint-Jacques, Vidal.

Président: A. H. Desloges; Vice-Président: L. de L. Harwood; Secrétaire-trésorier: J. A. Vidal. Membre d'honneur: Professeur Pierre Masson.

Comité de Rédaction

MM. Amyot, Roma; Badeaux, François; Bellerose, Antonio; Bertrand, Albert; Brault, Jules; Deguise, Albert; Desloges, Alfred; Doré, Réal; Dubé, Edmond; Dutilly, Arthème; Fauteux, Mercier; Fontaine, Rosario; Lapierre, Gaston; Legrand, Emile; Letondal, Paul; Magnan, Arthur; Mathieu, Emile; Pepin, Roméo; Rivard, Jos.; Saucier, Jean; Simard, Charles; Trottier, Ernest.

Président: A. LeSage; Vice-président: J. A. Vidal;
Secrétaire: Léon Gérin-Lajoie;
Secrétaire-adjoint: Donatien Marion.

Prix de l'abonnement pour 1933

Canada et Etats-Unis	$3.00
Etranger (pays faisant partie de l'Union Postale)	4.00
Etudiants	1.50
Prix du numéro	0.50

Conditions de Publication

L'Union Médicale du Canada paraît tous les mois par fascicules de 160 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 doit être adressé franco, au rédacteur en chef, Dr Albert LeSage, 260, Square Saint-Louis, ou au secrétaire, Dr Léon Gérin-Lajoie, 1414, rue Drummond, Montréal, Téléphone: Harbour 8444.

Tout ce qui concerne l'administration doit être adressé franco à M. T. Valiquette, administrateur, 3705 rue St-André, Frontenac 5931, ou Boîte Postale 3026.

SUITE DU SOMMAIRE

REVUE DES LIVRES ET THESES

Les réveils de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte. Emile Sergent .. Albert LeSAGE 613

Manuel pratique de Dermatologie Desaux et Boutelier ..... Albéric MARIN 615

FORMULAIRE

Traitements des hémoptysies tuberculeuses ..... J. Avila VIDAL 616

SOCIETES

La Société Médicale de Montréal .....Louis FORTIER 630

NOUVELLES

Membres de l'Académie de Médecine de Paris 633

1er Congrès Français de Thérapeutique 633

La "Canadian Association of Massage and Remedial Gymnastics" .. 634

Erreur à corriger 634

BIBLIOGRAPHIE

La Chrysothérapie de la Tuberculose pulmonaire 635

ANALYSES

MEDECINE

Traitement de l'état de mal asthmatique par l'abcès de fixation (p. 617).

CHIRURGIE

Anatomo-pathologie du foie chez le goitreux exophtalmique (p. 618). Ostéochondrite disséquante de la hanche (p. 618).

OBSTETRIQUE

La révision de la cavité utérine faite immédiatement après l'accouchement: ses indications, ses résultats (p. 619).

GYNECOLOGIE

Cancer primitif de l'urètre féminin (p. 621). Fibro-kyste pédiculé du col de l'utérus (p. 622).

PEDIATRIE

Quand et comment vacciner les enfants contre la typhoïde (p. 622). Sur les aspects radiologiques de la broncho-pneumonie infantile (p. 623).

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE

Le traitement précoce de l'ostéomyélite aiguë (p. 624).

DERMATO — SYPHILIGRAPHIE

La valeur du traitement d'épreuve pour le diagnostic de la syphilis (p. 625). Erythème et eczéma au cours d'un traitement par la crisalbine (p. 625).

PHTISIOLOGIE.

Epanchements de la plève (p. 626).

NEURO - PSYCHIATRIE

Volumineux neurinome des nerfs de la queue de cheval. Absence de troubles sphinctériens et de modifications objectives des sensibilités superficielle et profonde. Scoliose, rigidité et raréfaction osseuse de la colonne lombaire (p. 627). Etudes portant sur les lésions crâniennes aiguës (p. 627).

MEDECINE LEGALE

Les adhérences pleurales longues sont-elles une cause fréquente de mort subite? (p. 629).

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

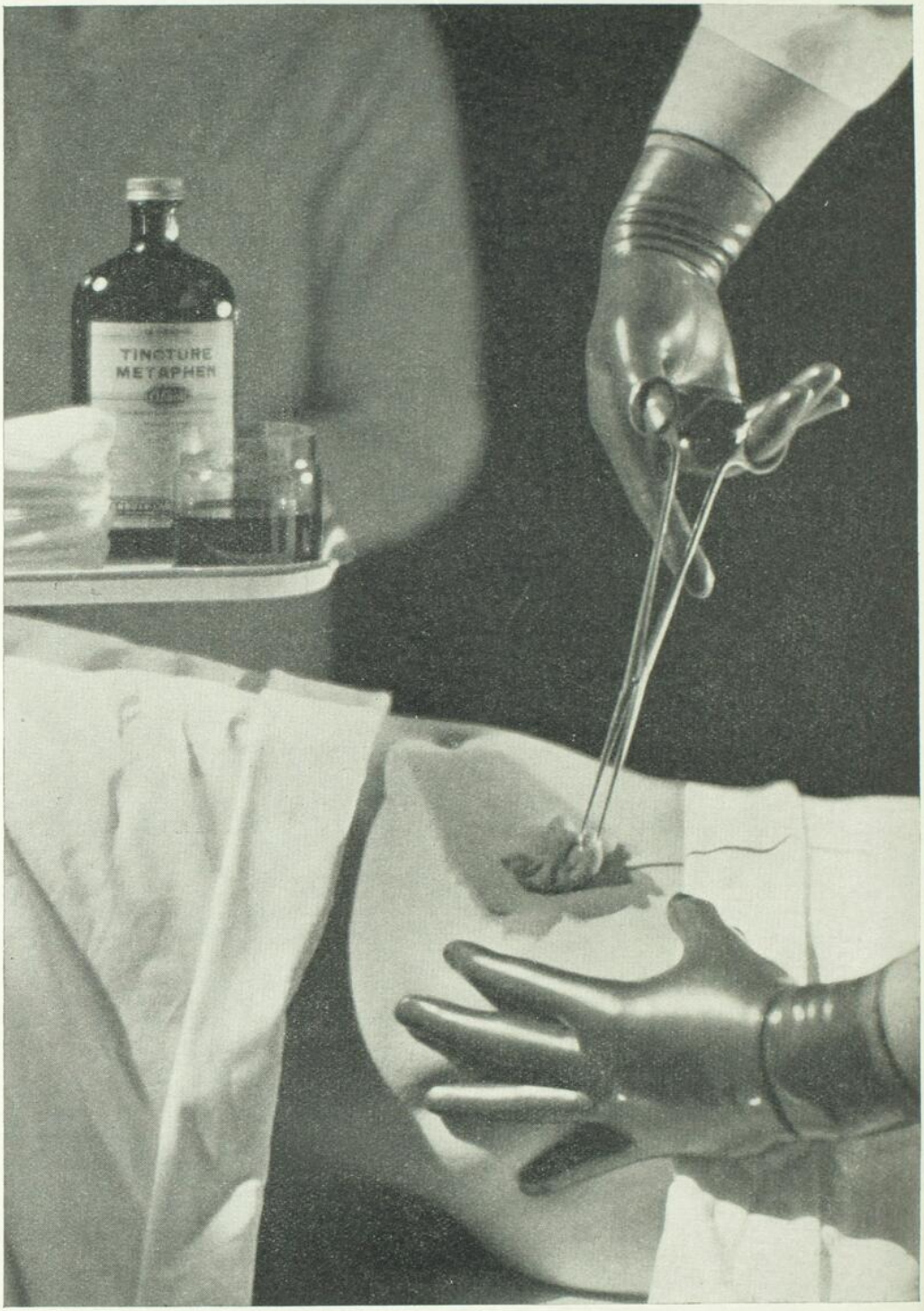
Docteur es-Sciences

"PRECISION FRANÇAISE"

428, CHERRIER
MONTRÉAL

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

Phone
HArbour 2357



STÉRILISATION PRE-OPÉRATOIRE
ABSOLUE
PAR LA
TEINTURE de METAPHEN

LABORATOIRES ABBOTT Limitée, - MONTRÉAL

Tome LXII No 6 Juin 1933

BULLETIN

LA PROFESSION MÉDICALE
et
LE SECOURS DIRECT

Des délégués officiels de l'Association Médicale de la province de Québec se sont rendus auprès du Premier ministre afin d'attirer son attention sur une grave injustice commise à l'égard des médecins de la province de Québec au sujet du secours direct.

Nous savons pertinemment que le boucher, l'épicier, le pharmacien reçoivent, de la part des indigents qui sont inscrits sur la liste des secours directs, des bons destinés à obtenir des vivres et des médicaments et que la Ville rembourse à la fin de chaque mois.

Seul, le médecin, appelé à traiter cette classe de malades secourus par les pouvoirs publics, ne reçoit aucune rétribution pour les services rendus.

L'Association Médicale de la province, par la voix de ses délégués, a attiré l'attention du premier ministre sur ces faits. Ils lui ont soumis :

1.—Que le coût en matière de secours direct à travers la province, est partagé également entre les autorités fédérales, provinciales et municipales.

2.—Si le gouvernement fédéral n'a pas cru devoir inclure explicitement le service médical dans le secours direct, il en a du moins exprimé son intention, en laissant à chaque province le soin de faire le partage des fonds qu'il distribue.

Le premier ministre, l'honorable Bennett, dans une lettre particulière adressée au secrétaire de l'Association, s'exprime comme suit: "The actual administration is carried on by the provincial authorities

and the federal government makes contributions to enable the provinces to fittingly discharge their obligations".

Les provinces peuvent donc agir à leur guise.

3.—Le gouvernement provincial pourrait adopter un ordre en conseil autorisant le paiement des services médicaux à même les fonds de secours direct, pourvu que le prix n'excède pas la moitié du tarif médical moyen en usage dans chaque municipalité ou localité. Il suivrait ainsi l'exemple de la province d'Ontario qui a passé un ordre en conseil à cet effet, et qui se lit comme suit :

"The Board of Directors of the Ontario Medical Association, meeting in Toronto on Novembre 23rd, 1932, has considered the Order in Council issued by the Lieutenant Governor, dated the 19th day of September, A.D., 1932.

Whereas Clause 9 of this Order in Council states that 'the expression Direct Relief in this Order in Council means food, fuel, clothing (including footwear), shelter, medical services and medical supplies; and,

Whereas Clause 11 states that 'Payment for medical services shall not exceed one-half of the standard medical charges existing in the municipality or locality' — the above mentionel Board approved the following resolutions:

1. That, in the operation of this Order in Council, the patient should have free choice of physician, regardless of municipal boundaries.

2. That the medical profession should render bills for services at the full tariff rate of the Ontario Medical Association, with the understanding that they will accept one-half of the account rendered, in full compensation for such services, the unpaid remainder to be considered as the contribution of the medical profession to meet the existing emergency.

3. That this arrangement shall apply only to patients who do not require hospitalization—i.e., office consultations and house visits, including maternity cases.

The Directors would stress the fact that indigent hospital cases are already provided for under the Ontario Hospital Act, and their care should not be charged against the funds of the Relief Board.

4. That, for the protection of the public purse and the reputation of the medical profession, it is recommended that, where it is agreeable to the local Relief Board, a representative committee be appointed by the members of the medical profession of the locality to supervise accounts".

4.—Le patient aurait le libre choix de son médecin et celui-ci ne pourrait toucher plus de $100.00 par mois, pour une maladie quelconque.

Ces arrangements ne s'appliqueraient qu'aux patients traités au cabinet du médecin ou à domicile. Aucune rétribution ne serait

accordée pour les malades traités dans les hôpitaux ou dans les dispensaires. Il est bien entendu que les cas de maternité seraient soumis aux mêmes règlements.

Il est inutile de s'attarder en de longues considérations pour admettre la justice de cette requête. Les médecins font noblement leur devoir dans toutes les institutions d'utilité publique, le jour et la nuit. Ils ne réclament rien, si ce n'est de servir. Mais lorsqu'il s'agit de travailler à domicile ou à leur cabinet, il n'est que juste que les pouvoirs publics les mettent sur un pied d'égalité au moins avec le boucher, l'épicier et le pharmacien.

Le médecin doit vivre de son travail et il est souverainement injuste de le priver de la juste rétribution qui lui est due dans un temps où la misère frappe à toutes les portes, sans distinction bien souvent.

Nous espérons que le Premier ministre et les membres de son gouvernement s'empresseront de lui rendre justice et de reconnaître l'importance et l'utilité du travail qu'il accomplit surtout dans les temps actuels.

Albert LeSAGE,
Rédacteur en chef.

Léon GERIN-LAJOIE,
Secrétaire général de l'Association Médicale de la province de Québec.

MÉMOIRES

A PROPOS DE FRACTURE DU COU-DE-PIED

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

Le but de ce travail est de venir en aide au médecin praticien qui, au cours de sa pratique, se trouve en présence d'une fracture du cou-de-pied.

Pour comprendre la logique du traitement, nous rappellerons d'abord: 1° certaines notions anatomo-physio-pathologiques indispensables; 2° nous présenterons un certain nombre d'observations personnelles, illustrant chaque variété de fracture; 3° nous décrirons en détail la technique permettant d'obtenir une réduction facile et certaine; 4° enfin, nous insisterons sur les séquelles possibles afin d'illustrer l'importance d'une réduction anatomique.

* * *

L'articulation du cou-de-pied (trochléenne) est formée par la conjonction de trois os: l'extrémité inférieure du tibia qui forme pour ainsi dire le toit par sa face articulaire et l'un des tuteurs latéraux de l'articulation (la malléole interne); l'autre paroi est formée par la malléole externe, plus longue et plus volumineuse que l'interne. La surface articulaire tibiale, devant s'articuler avec la face supérieure de l'astragale, présente des formes inverses de celles de l'astragale: concave d'avant en arrière et convexe transversalement, tandis que sur le corps de l'astragale l'on voit une concavité latérale et une convexité d'arrière en avant. Cette disposition permet des mouvements étendus, bien que l'espace qui les sépare soit très restreint; les parois latérales formées par les faces polies externes de la malléole interne, et internes de la malléole externe, enchâssent le corps de l'astragale. La synoviale, tapissant ces surfaces articulaires, facilite les mouvements de flexion et d'extension du cou-de-pied, seuls mouvements se passant essentiellement au niveau de cette articulation. Normalement, il n'existe aucune latéralité au cou-de-pied. Les malléoles sont unies à l'astragale et au calcanéum par de solides ligaments (latéral interne et externe) qui empêchent la rotation interne et externe au delà d'une certaine limite. Les faces, antérieure et postérieure, du cou-de-pied et les bords latéraux sont

DIURÉTIQUE – DÉCHLORURANT

TÉCARINE

Homocaféinate de Sodium

PRÉSENTATIONS :

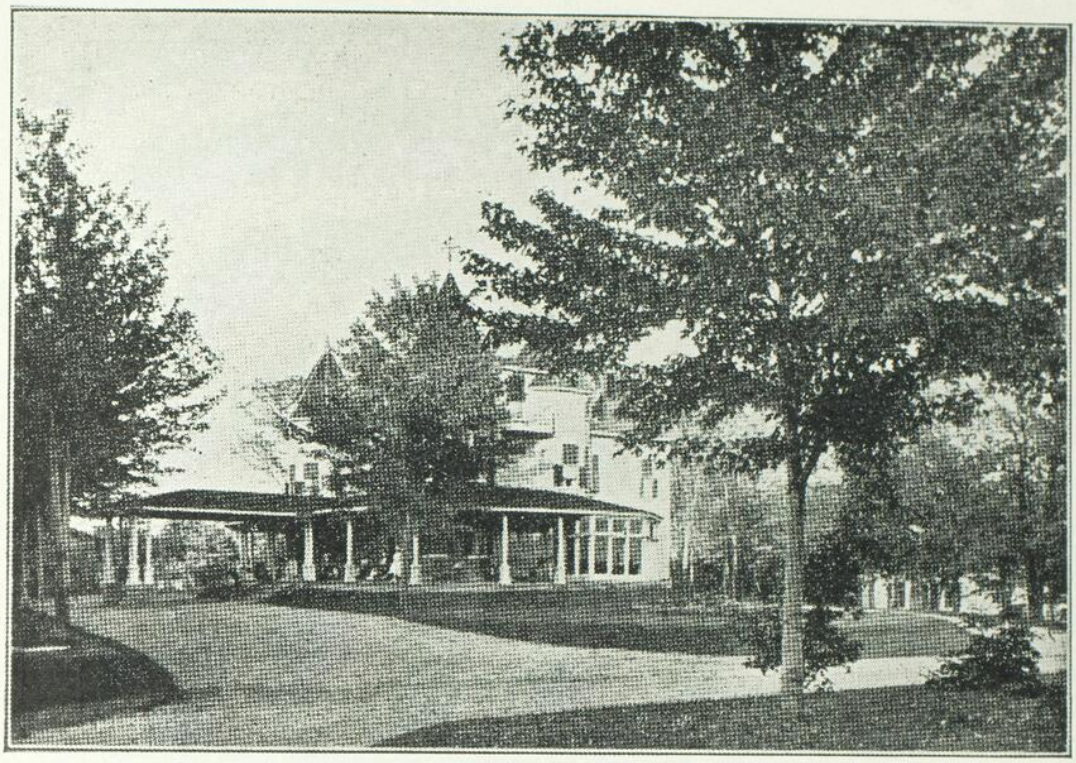
1°. — En comprimés dosés à 0 gr. 25 pour l'administration par voie buccale.

2°. — En ampoules de 2 c.c. contenant 0 gr. 25 de produit actif.

LABORATOIRES POULENC FRÈRES du CANADA, Limitée

(Licence Rhône-Poulenc)

Distributeurs: ROUGIER FRÈRES — MONTRÉAL



SANATORIUM PRÉVOST
INCORPORE

CARTIERVILLE, P.Q.

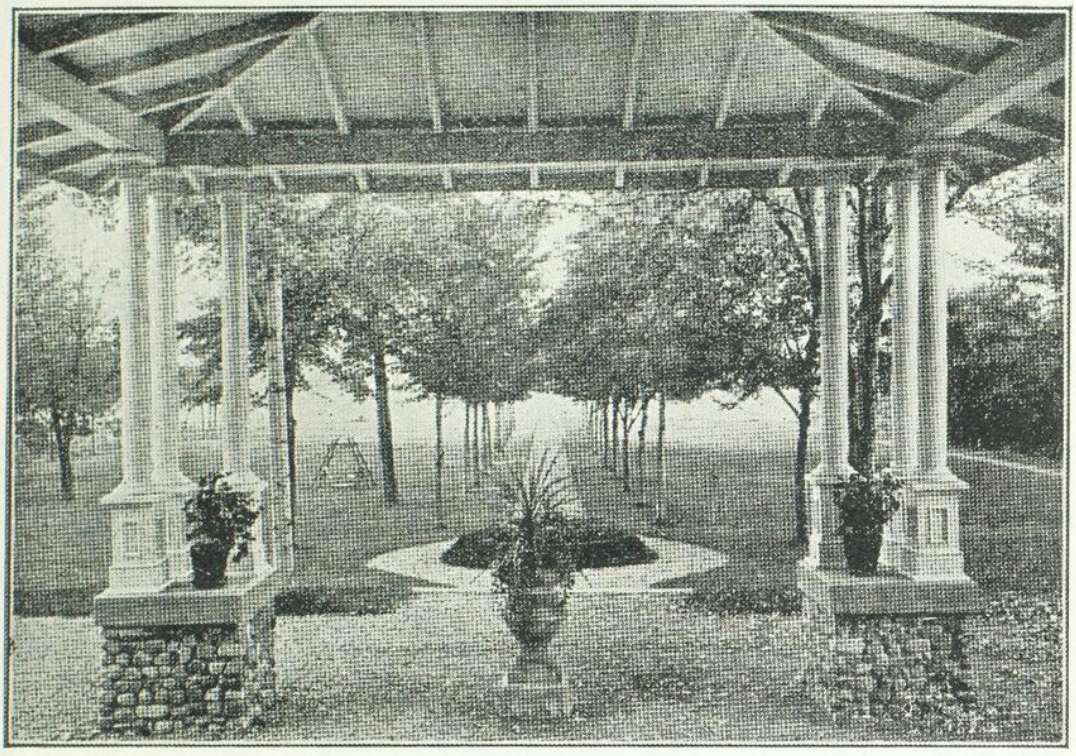
A 30 MINUTES DE MONTREAL

Affections du Système Nerveux

CURE DE REPOS, DE REGIME ET DE DESINTOXICATION · MALADIES DE LA NUTRITION

Pas de maladies mentales ou Contagieuses

Téléphone BYwater 1240



VUE PRISE DE LA VERANDA — LA MAGNIFIQUE ALLEE QU'ON VOIT AU CENTRE CONDUIT JUSQU'A LA RIVIERE.

Institution fondée par feu
le

DR ALBERT PRÉVOST

Médecin-Directeur:

Dr EDGAR LANGLOIS
Spécialiste des maladies nerveuses
Chargé du service de Neurologie de l'Hôpital Notre-Dame

Dr Chas-A. LANGLOIS
Radiologiste
Médecin de l'Hôtel-Dieu

Dr JEAN SAUCIER
Neurologiste
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame
et de l'Hôpital Sainte Jeanne d'Arc

Dr R. AMYOT
Neurologiste
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame

Ecole de gardes-malades sous la direction
de
Mademoiselle Charlotte Tassé

PROSPECTUS SUR DEMANDE.

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.

recouverts par la capsule qui les moule parfaitement et présente aux points faibles de l'articulation une résistance particulière. Des groupes de muscles antagonistes régissent les mouvements du coude-pied et ceux de la sous-astragalienne. Les muscles antérieurs ou extenseurs ont pour but de relever le pied en dirigeant la pointe légèrement en dehors au moyen de l'extenseur commun, si tous les tendons fonctionnent normalement et s'il n'existe aucun obstacle mécanique. Les muscles postérieurs, tendon d'Achille et plantaire grêle, étendent le pied sur la jambe en portant le pied postérieur en légère adduction. Les jambiers, l'extenseur et le fléchisseur propre du gros orteil, donnent au pied ses mouvements d'adduction et de supination tandis que les péroniers, antérieur et latéraux, l'attirent en abduction et pronation. Si l'on tire une ligne droite du tubercule tibial se rendant au pied, elle passera normalement au centre de la cheville et se terminera au niveau du deuxième espace digital.

Si, à la suite d'une fracture de Dupuytren, incomplètement réduite et consolidée en mauvaise position, l'on tire cette même ligne droite, elle finira au niveau de la tubérosité du scaphoïde, de telle sorte que le poids du corps, au lieu de reposer sur le trépied formé par le calcanéum et la tête du premier et du cinquième métatarsiens, portera sur l'articulation astragalo-scaphoïdienne.

Cette articulation, formant normalement la voûte de la plante du pied, n'est pas supposée porter aucun poids, tout au plus le transmet-elle par l'intermédiaire des cunéiformes, à la tête du premier métatarsien. Si le patient se tient debout ou marche sur un pied valgus, l'articulation astragalo-scaphoïdienne va être, au début, soumise à des traumatismes répétés; la synoviale irritée, secrète en plus grande quantité, d'où gonflement local. La capsule se surdistendra, la tête de l'astragale se dirigera graduellement de haut en bas et de dehors en dedans et viendra bientôt faire saillie à la face postéro-interne du pied (pied plat). Le corps de l'astragale est, dans ce cas, généralement déplacé en dehors, suivant dans sa migration la malléole externe; il est, de plus, légèrement incliné sur son flanc interne, de sorte que l'espace articulaire sous-astragalien, annihilé en dedans, bâille en dehors, ce qui a pour but de bloquer tout mouvement de pro-supination. Cette articulation étant elle-même soumise à des tiraillements inusités, deviendra bientôt le siège d'arthrite et nous verrons alors apparaître un pied plat valgus rigide. De plus, les muscles adducteurs, sur-distendus par la déviation du pied en dehors et limités dans leur jeu normal par un blocage mécanique, sont voués à une atrophie néfaste; les péroniers, n'ayant plus à soutenir la lutte de leurs antagonistes, se raccourciront, tirant

davantage le pied en dehors et en pronation, exagérant ainsi l'importance du pied plat. La flexion du cou-de-pied est alors limitée; elle atteint à 110° si la malposition de l'astragale est marquée. Le tendon d'Achille se contracture et au lieu de donner au pied postérieur un léger mouvement d'adduction, détermine un mouvement d'abduction; le calcanéum se couche sur son bord interne. L'espace articulaire du cou-de-pied, d'ordinaire si restreint, est augmenté dans des proportions considérables, de sorte qu'il existe quelquefois des mouvements de latéralité qui ajoutent un nouvel élément d'instabilité et de douleurs. De plus, le cal osseux est toujours très gros; les ligaments déchirés et tiraillés s'ossifient quelquefois; les surfaces articulaires tibio-astragaliennes ne correspondent plus de telle sorte qu'il se produit, au mouvement, un état d'arthrite et de péri-arthrite traumatique, déterminant un œdème constant du cou-de-pied, rendant la marche très douloureuse et pratiquement impossible. A ces troubles mécaniques peuvent s'ajouter des phénomènes trophiques: le pied infiltré, œdématié, rouge, veineux, par gêne circulatoire d'origine sympathique, spastique ou mécanique.

Ces notions étant acquises, nous étudierons un certain nombre d'observations illustrant les différentes variétés de fractures du cou-de-pied, en insistant sur les phénomènes cliniques observés lors de l'examen.

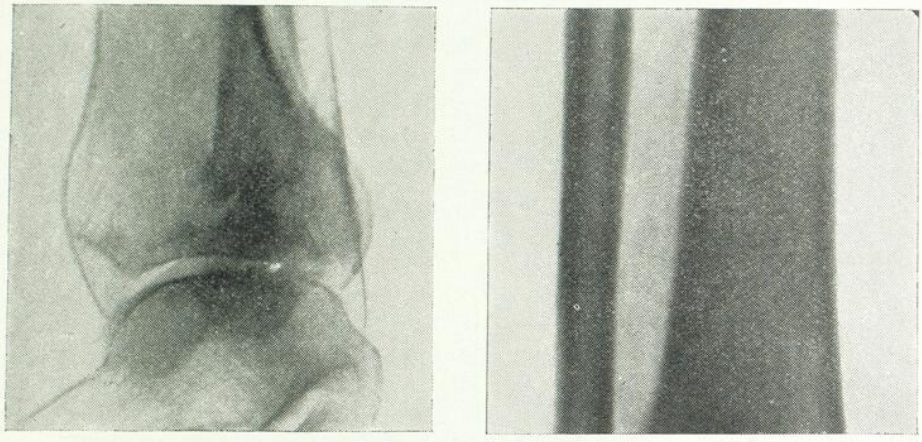
Observ. 1.—Mme F. C., 48 ans, est tombée sur le trottoir, le pied dévié en dehors. Elle ressent une vive douleur et ne peut plus se porter sur ce

1

membre. Transportée chez elle, je la vois le lendemain. Examen: pied gonflé, limité dans tous ses mouvements, présente un point douloureux à la pression sur la pointe de chacune de ses malléoles. L'on perçoit nettement

une crépitation osseuse et une mobilité anormale. L'alignement du pied est bon. Le diagnostic de fracture bi-malléolaire est confirmé par une radiographie (No 1). Un plâtre circulaire est immédiatement appliqué en maintenant le pied à angle droit.

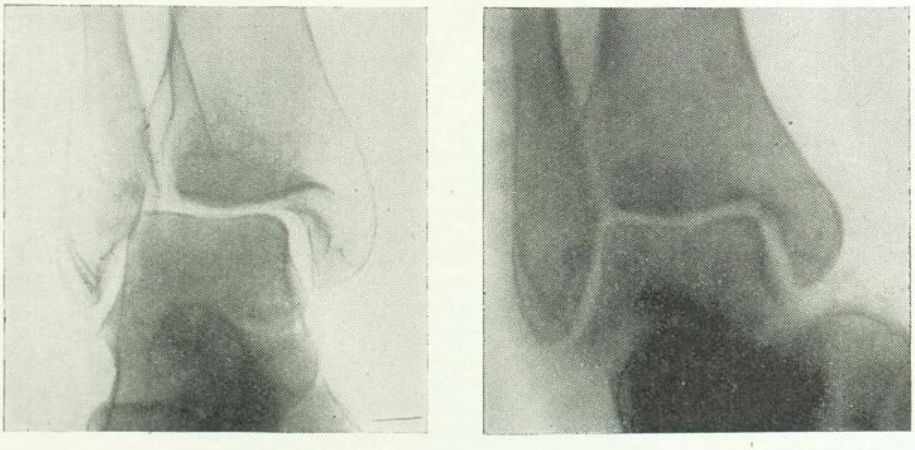
Observ. 2.—Mme O. D., 34 ans, tombe le pied en abduction. Le patient nous est amené et nous constatons aussitôt une légère déviation à droite du pied, limitation de tous les mouvements, surtout ceux de pro-supination;



2

douleur à la pression au niveau des deux malléoles. Le diagnostic de fracture bi-malléolaire, sans déplacement, est porté. Le pied et la jambe sont aussitôt immobilisés dans un plâtre, sans anesthésie. (Radio No 2.)

Observ. 3.—Mme J. F., 30 ans, tombe sur la glace, le pied droit dévié en dehors. Nous la voyons aussitôt et constatons une légère déformation du cou-de-pied qui est porté en dehors. Douleur vive à la pression sur la base des deux malléoles, crépitation. Une radiographie (No 3) confirme

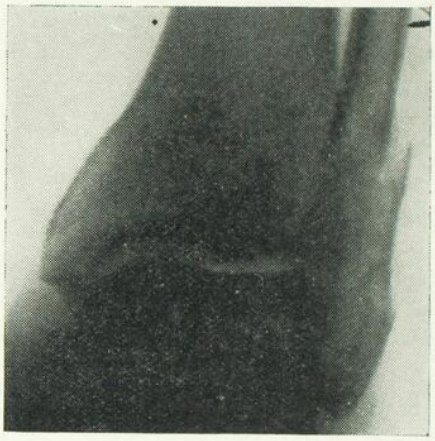


3 4

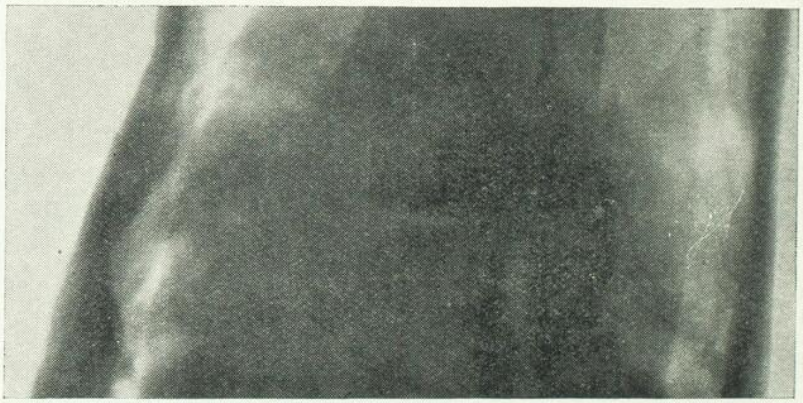
le diagnostic et démontre le déplacement en dehors de la malléole interne, de l'astragale et de la malléole externe fracturée. Les surfaces articulaires tibio-astragaliennes ne correspondent plus l'une l'autre; diastasis tibio-péronier; la mortaise est agrandie. Sous anesthésie, l'on réduit la fracture par le procédé décrit dans la partie de ce travail qui lui est réservé. Une radiographie (No 4) prise immédiatement après, démontre une réduction parfaite. Les relations de l'astragale avec la mortaise sont rétablies.

Observ. 4.—M. H. F., 55 ans, frappé sur la jambe droite par une pièce de fer, tombe et ne peut se relever. Deux jours plus tard, nous le voyons et constatons une déformation considérable de l'extrémité inférieure de la

5



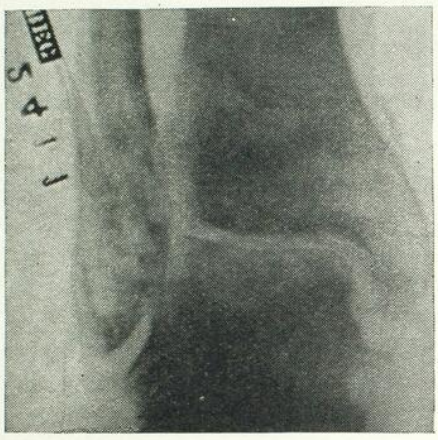
6



7

jambe et du pied qui sont déviés en dehors. Tout mouvèment actif est empêché par la douleur; les mouvements passifs permettent de percevoir une crépitation osseuse et de constater une mobilité anormale. Le diagnostic

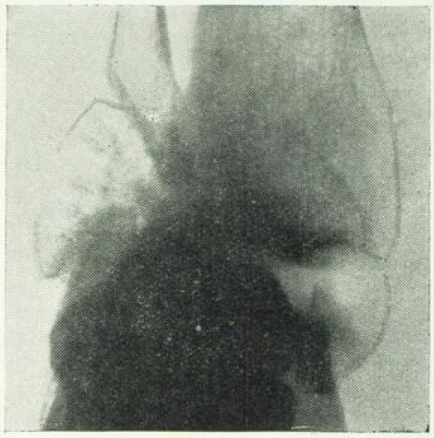
de fracture du cou-de-pied saute aux yeux. Une radiographie (No 5) montre la présence d'un double trait de fracture traversant latéralement le tibia, le premier immédiatement au-dessus de la mortaise, l'autre à deux centimètres plus haut; la malléole interne est arrachée à sa base, basculée transversalement et après pénétration dans la mortaise, s'interpose entre la lèvre externe de la poulie astragalienne et le moignon restant de la malléole; l'astragale et la malléole externe fracturée sont fortement projetés en dehors. Léger diastasis tibio-péronier; la mortaise est élargie. Une



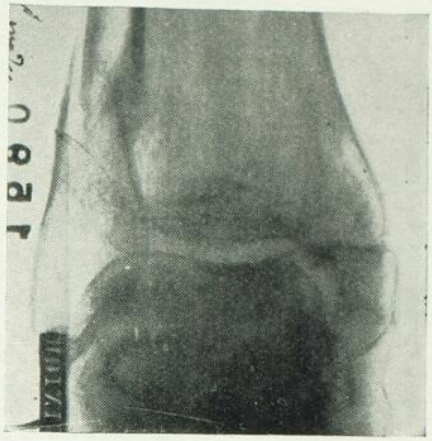
8

radiographie (No 6), prise après la réduction et avant l'application du plâtre, montre que les malléoles et l'astragale ont récupéré leur position respective. Le diastasis tibio-péronier est disparu; la mortaise est de dimensions normales. Une radiographie (No 7) prise à travers le plâtre fait voir une réduction maintenue. Une autre (No 8) prise deux mois plus tard nous permet de constater une consolidation des fractures; l'espace articulaire est normal.

Observ. 5.—M. J. E. V., 52 ans, frappé sur le côté externe de la jambe droite, voit, aussitôt après l'accident, son pied dévié en dehors. Il tente de le ramener en place, mais les douleurs l'en empêchent; un charlatan a d'ailleurs le même résultat. Nous le voyons dix-huit jours plus tard et constatons tous les signes cliniques d'une fracture de Dupuytren, avec déplacement latéral externe. Une radiographie (No 11) nous fait voir une fracture de Dupuytren avec déplacement en dehors de l'ensemble du cou-de-pied; début d'ossification au niveau du foyer de fracture du péroné. Une autre radiographie (No 12) prise quatre mois plus tard, nous permet de constater que la réduction est satisfaisante; consolidation osseuse.

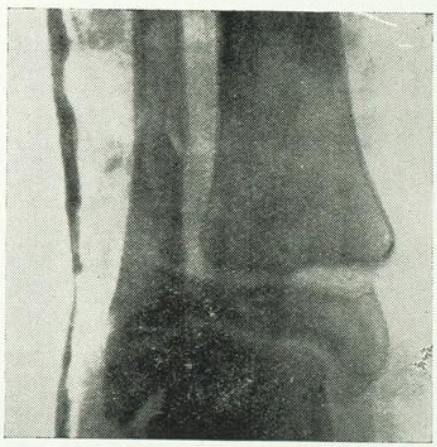


11

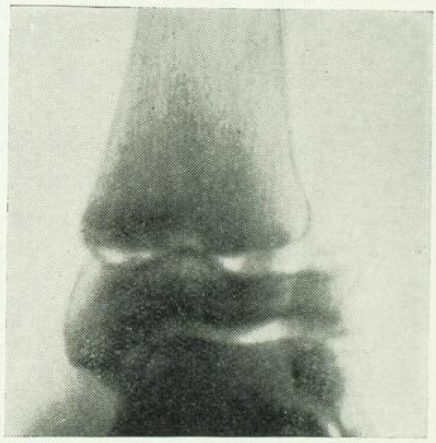


12

Observ. 6.—M. G. M., 11 ans, fut frappé par une auto qui lui fractura la jambe. Nous le vîmes six jours plus tard. L'extrémité inférieure de sa jambe droite et le pied sont déviés en dehors et maintenus en mauvaise position par un plâtre. Une radiographie (No 13) prise à l'arrivée du patient, à travers le plâtre, montre un décollement diaphyso-épiphysaire de l'extrémité inférieure du tibia; la diaphyse est déplacée en dedans de deux travers de doigts; diastasis tibio-péronier; fracture du péroné à trois travers

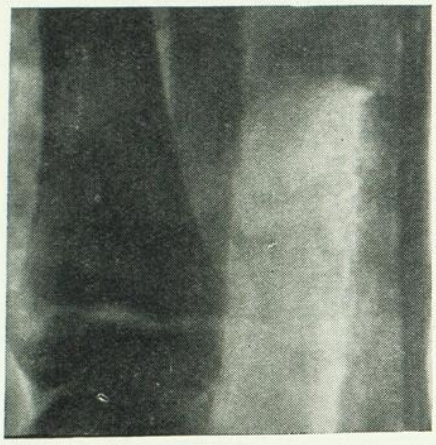


13



13a

de doigts au-dessus de la malléole externe. Une deuxième radiographie (No 13a), prise après manipulations, nous permet de constater que les fragments sont en bon contact et que la réduction est parfaite. Une autre (No 13b), prise à travers le plâtre, montre que la réduction s'est maintenue.

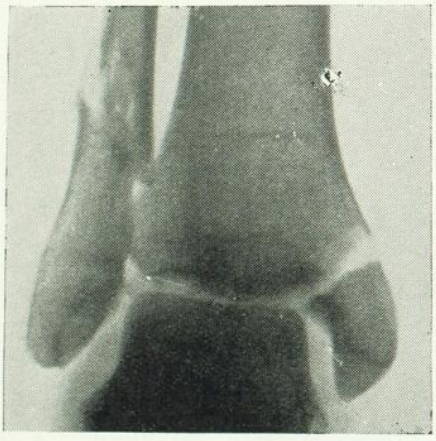


13b

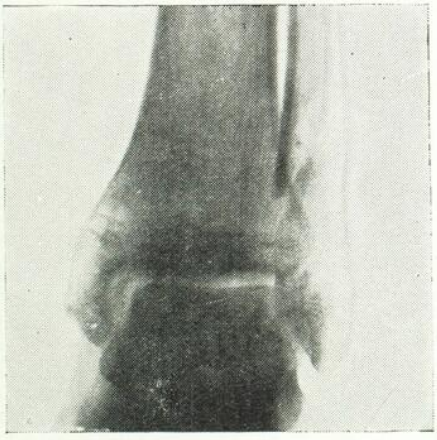
14

Enfin, une dernière radiographie (No 14) prise deux mois après la réduction nous permet de constater que le cartilage de conjugaison est bien régulier et que la réduction est très bonne. Deux mois plus tard, le cartilage de conjugaison est d'apparence normale; la fracture du péroné est bien consolidée.

Observ. 7.—M. B. C., 26 ans, frappé par un taureau sur la face externe de la jambe, envoyé par son médecin, présente tous les signes d'une fracture



15

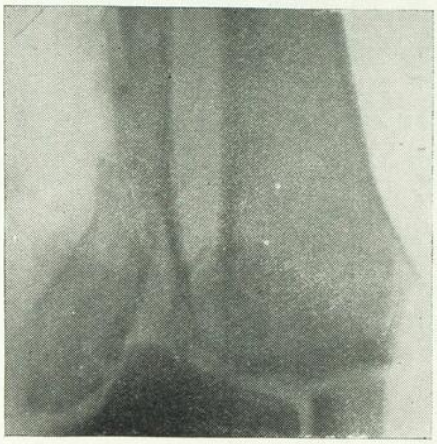


16

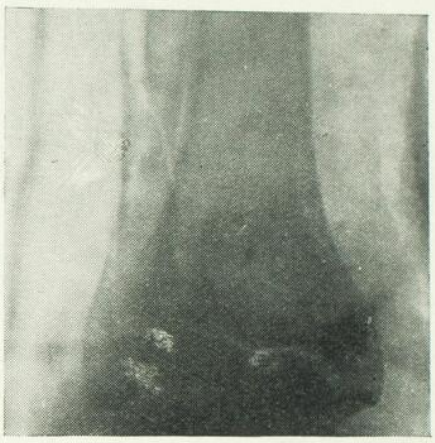
de Dupuytren avec déplacement latéral externe. Une radiographie (No 15) prise à ce moment, montre une fracture de la malléole interne qui est séparée de sa base et déplacée en bas et en dehors; le péroné fracturé à

deux travers de doigts au-dessus de la malléole externe est déplacé en dehors — la mortaise est agrandie — l'astragale est déplacé en dehors. Une autre radiographie, prise deux mois plus tard (No 16), montre que la réduction est très bonne, la consolidation avancée, le diastasis corrigé; la concavité astragalienne correspond à la convexité tibiale.

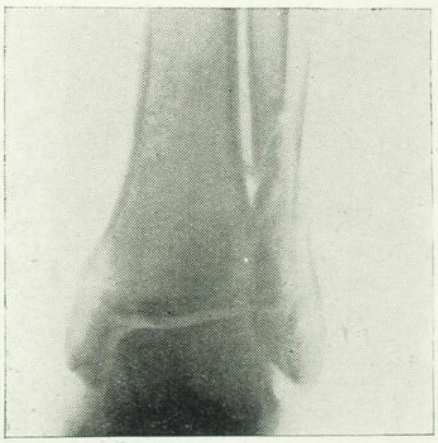
Observ. 8.—M. Chs G., 56 ans, serre-frein, tombe du haut d'un char de fret en mouvement. Il présente à son entrée à l'hôpital des contusions à la face interne de la jambe gauche; le pied est dévié en valgus à 145° — la



17



18



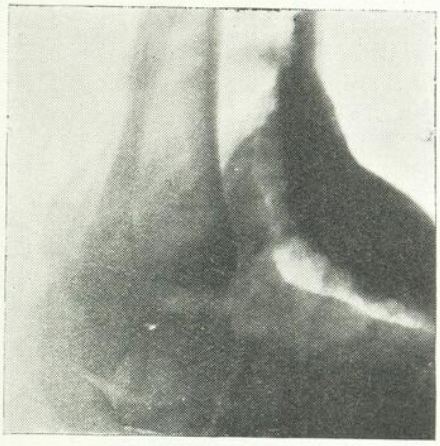
19

peau est sous tension au niveau de l'endroit habituel de la malléole interne — le cou-de-pied a un diamètre transversal double de la normale. Tous les signes ordinaires de fracture constatés, l'on fait prendre une radiographie (No 17): fracture de Dupuytren avec déplacement latéral externe du pied et des malléoles, l'interne arrachée de sa base se trouve au centre

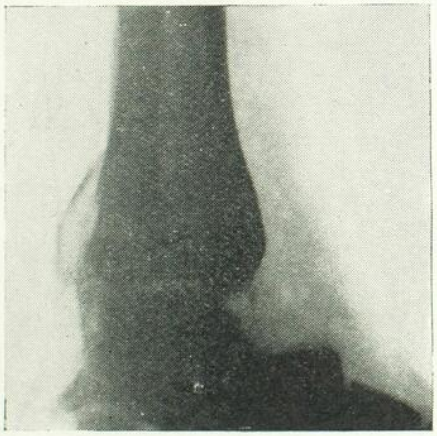
de la mortaise — le pied est dévié en dehors à 145° — la poulie astragalienne est en contact avec l'un des fragments péroniers. L'extrémité du péroné est fracturé en deux parties, de telle sorte que le troisième fragment est libre; diastasis énorme tibio-péronier. Une autre radiographie (No 18), prise à travers le plâtre aussitôt après la réduction qui est jugée bonne, montre que l'extrémité supérieure effilée du fragment moyen péronéen, regarde un peu trop en dehors. Enfin, une dernière radiographie (No 19), prise deux mois plus tard, nous permet de constater une consolidation avancée; l'on distingue les traits de fracture malléolaire; la mortaise a sensiblement récupéré sa condition première.

Observ. 9.—Mme Adj. P., 30 ans, tombe sur la rue, la jambe gauche fléchie à angle aigu, sous elle. Nous la voyons une demi-heure plus tard. La déformation du pied est énorme, la jambe est déplacée en avant du pied et recouvre la Chopart, sa face postérieure présente une concavité très

20



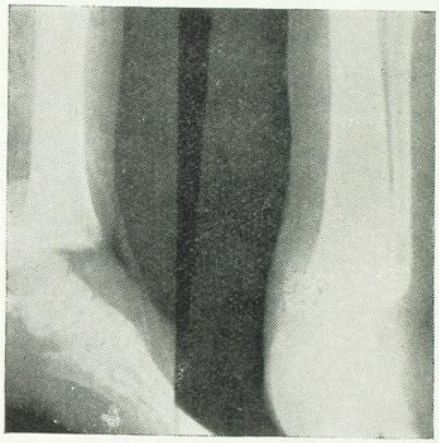
21



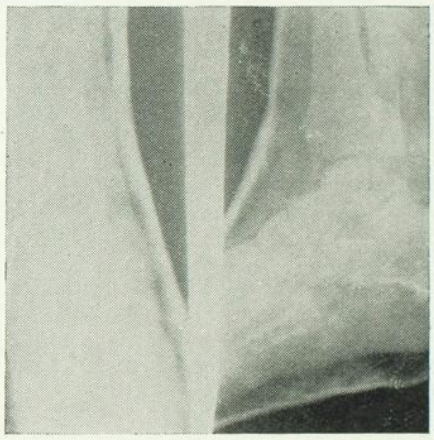
22

marquée, la peau est tendue et moule le tendon d'Achille qui fait saillie sous elle. A ce déplacement antérieur s'ajoute une déformation externe de l'extrémité inférieure de la jambe. Une radiographie (No 20) montre que l'extrémité inférieure du tibia couvre le col, la tête de l'astragale et coiffe la Chopart; la malléole interne est fracturée; le péroné a cédé à quatre travers de doigts au-dessus de la malléole. Une partie de la face postéro-inférieure du tibia a été arrachée et forme un troisième fragment qui s'appuie sur la poulie astragalienne. La radiographie (No 21) après manipulations sous anesthésie, fait voir une réduction incomplète; la face antéro-inférieure de la mortaise surplombe encore le col de l'astragale. La radiographie suivante (No 22) montre que la mortaise siège enfin sur son trône; la réduction est bonne.

Observ. 10.—M. Alexis D., 62 ans, tombe sur le pied gauche d'une hauteur de huit ou neuf pieds. Nous le voyons onze jours plus tard, alors que sa jambe était dans le plâtre. Nous voyons une déformation en coup de hache du cou-de-pied; le bord tranchant de la mortaise tibiale est palpable sous la peau; la jambe est déplacée en avant. La radiographie (No 23)



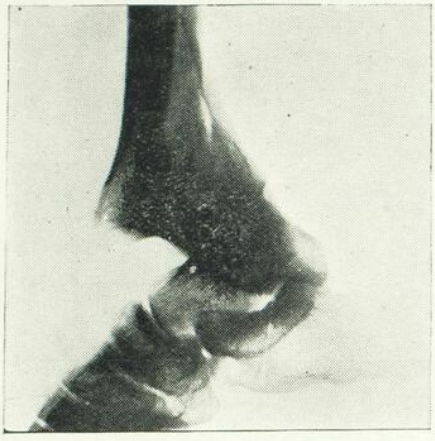
23



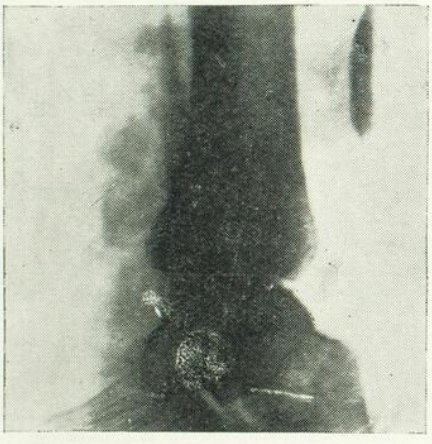
24

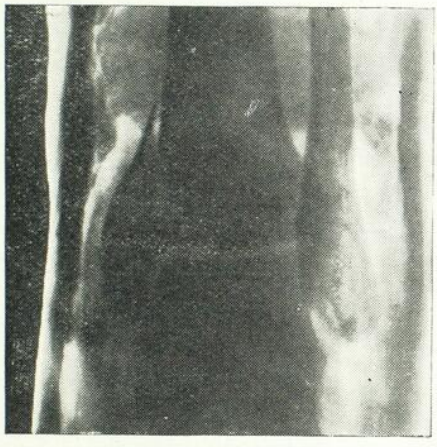
confirme le déplacement antérieur du tibia qui vient buter contre le corps de l'astragale, montre la présence d'un fragment marginal postérieur; la malléole externe est fracturée au-dessus de la mortaise. La radiographie (No 24), prise à travers le plâtre après réduction, prouve que les relations des os du cou-de-pied sont normales; le fragment tibial postérieur n'est plus décelable.

Observ. 11.—M. J.-E. L., 27 ans, est tombé sur le trottoir, la jambe fléchie sous lui; il a entendu un bruit sec au niveau du pied droit. Nous le voyons aussitôt et constatons les mêmes signes que ceux décrits dans l'observation précédente. Une radiographie (No 25) prise alors montre un glissement en avant du tibia avec déplacement en dehors; double trait de

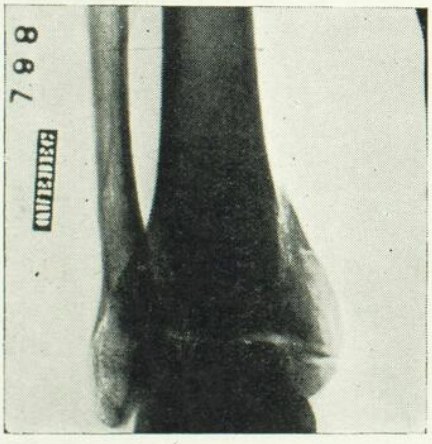


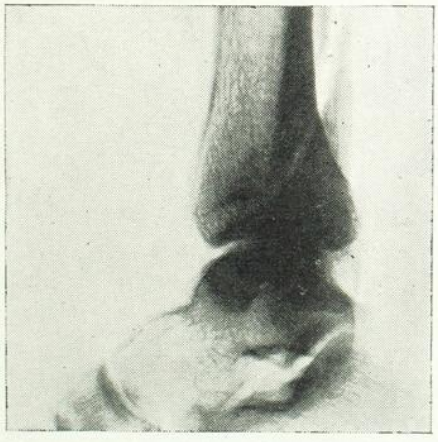
25





26

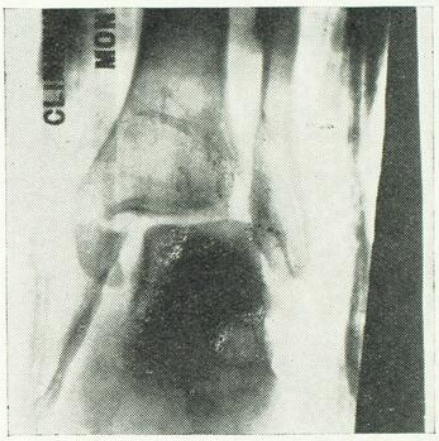




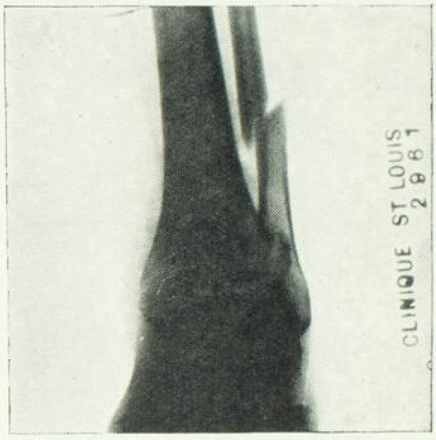
27

fracture de la malléole externe, trait de fracture très oblique de l'extrémité inférieure du péroné. La radiographie (No 26), prise à travers le plâtre aussitôt après manipulations, montre une réduction linéaire. Une dernière radiographie (No 27), prise deux mois plus tard, fait voir une consolidation avancée; les surfaces articulaires sont en bon contact.

Observ. 12.—Mme Nap. J., 35 ans, glisse d'un marche-pied et tombe le pied gauche fortement dévié en dehors. Conduite chez elle, un médecin applique un plâtre, sans réduction. Elle nous est amenée dix jours plus tard et une radiographie (No 28) prise à travers le plâtre montre une



28



29

fracture type de Dupuytren, avec déplacement en dehors, non réduite. Le plâtre enlevé, la patiente est anesthésiée et l'on obtient une bonne réduction que l'on maintient au moyen d'un plâtre. Une radiographie (No 29), prise vingt jours plus tard, montre une consolidation des foyers de fracture en bonne position; la mortaise est redevenue normale. Un nouveau plâtre est appliqué en rectitude. Quatre mois après l'accident, la patiente marche sans boiterie aucune.

Dans un prochain travail, nous exposerons les séquelles de la fracture du cou-de-pied.

RECUEIL DE FAITS

CAROTINÉMIE.
LE CAROTÈNE.
UNE OBSERVATION.

Par Albert LeSAGE
Professeur de Clinique Médicale
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

La carotinémie est une maladie rare facilement confondue avec l'ictère si l'on oublie de rechercher les points vulnérables où se trouve la signature de l'affection.

En voici un cas observé récemment. Nous nous empressons de le publier dans le but de répandre davantage les connaissances acquises sur cette question.

Observation: Le 1er mars 1933, nous examinons, dans notre service, un jeune Arménien, âgé de 19 ans, admis la veille parce qu'il souffre de jaunisse et d'une douleur dorso-lombaire située en un point fixe, qu'il nous indique, facile à repérer.

A l'*examen général*, rien à noter, si ce n'est le point vertébral et la teinte jaune paille de la peau. Ça n'est pas un ictère franc, les muqueuses et la sclérotique sont indemnes. La vésicule et le foie n'offrent rien d'anormal. Aucun trouble fonctionnel gastro-intestinal.

Mais en examinant la paume des mains et la plante des pieds on est frappé de la *couleur jaune chamois* qu'on y trouve. Ce signe est caractéristique. Poursuivons notre enquête.

Histoire antérieure: Rhumatisme polyarticulaire aigu il y a trois ans. Aucun excès, logement salubre. Il y a un an, à la suite de certains troubles rénaux, son médecin le soumet à une diète lacto-végétarienne: ni thé, ni café, ni alcool, ni tabac. C'est à partir de ce moment qu'il commence à *manger des carottes*, chaque jour, à chaque repas. Il en mangeait depuis huit mois consécutifs lorsque nous l'avons vu pour la première fois.

Un examen des urines nous révèle ce qui suit :

Concentration de l'urée dans le sang	0.37
— — l'urine	6.74
Débit urinaire (24 hrs)	2304 cc.
Concentration de l'urée dans urines	15.52
Constante d'Ambard	0.131

La concentration de l'urée dans le sang est un peu trop élevée pour un jeune homme de son âge. La concentration dans l'urine des 24 heures est trop basse. La constante est trop élevée.

Il est évident que nous avons affaire à un trouble de la fonction rénale.

— Une ponction lombaire, indiquée ici, nous a donné:

Albumine	0.20 centigr.
Lymphocytose	1.1
Gomme	— —

Un examen du sang révèle la formule suivante :

Globules rouges	5,000,000
Globules blancs	6,000
Hémoglobine	80%
Valeur globulaire	0.8
Polynucléaires neutrophiles	69%
Grands mononucléaires	5%
Lymphocytes	2.3%
Polynucléaires éosinophiles	3%

Voici une formule dont les chiffres concernant l'hémoglobine et les globules sont plutôt *élevés.* Seule l'éosinophilie est anormale.

La radiographie de la colonne vertébrale ne décèle aucune lésion osseuse apparente.

Le test hépatique par la glycosurie provoquée est négatif.

Diagnostic. Nous ne nous atttarderons pas à discuter le diagnostic à propos de toutes les affections qui peuvent produire un tel syndrome.

Nous éliminerons les causes mécaniques ou infectieuses hépato-biliaire, ainsi qu'une spirochétose ictéro-hémorragique à cause de l'absence de son leptospire spécial et de conditions hygiéniques défectueuses rencontrées en pareil cas (les rats porteurs de germes disséminés par leur urine) que nous ne retrouvons pas ici.

Nous songeons presque aussitôt au *carotène.*

Un échantillon de sang recueilli le 17 mars nous révéla la *présence de carotène.*

* * *

Qu'est-ce que le carotène !

Cette question n'est pas superflue. Les physiologistes et les biologistes nous enseignent sur ce sujet des choses intéressantes et utiles à connaître même dans la pratique générale.

Le carotène est une matière colorante très répandue dans le monde végétal: carottes, feuilles d'épinards, de pêcher, de mûrier, de marronnier, huile de palme. Il existe aussi dans le corps jaune de l'ovaire, le jaune de l'œuf, le beurre, la surrénale.

De nos jours, ce pigment, ou plus exactement ce *carbure d'hydrogène non saturé,* isolé des végétaux par un chimiste français, Arnaud, joue un rôle de premier plan *à cause des relations étroites qui l'unissent à la vitamine A*. Les auteurs admettent qu'il n'est pas la vitamine A, mais qu'il en est le générateur. Les végétaux qui le contiennent sont ingérés par l'homme et les animaux, qui le transforment en vitamine A, absolument indispensable à la croissance.

Données générales

1) *Pouvoir de croissance.*

Les beaux travaux de Javillier — que nous avons eu l'avantage d'entendre ici — ont démontré que le carotène est capable de rétablir la croissance du rat carencé en vitamine A, à la dose d'un centième de milligramme. Nous la rencontrons dans l'huile de foie de morue.

2) *Pouvoir hématopoïétique.*

Des expériences démonstratives ont révélé que l'ingestion de carotène est suivie d'une augmentation rapide et considérable d'hémoglobine, abaissée préalablement par des saignées quotidiennes préparantes, tandis que les hématies passent de 2 à 5 millions au bout de quelques jours.

3) *Pouvoir anti-infectieux.*

D'autres essais indiqueraient que "le carotène agirait comme catalyseur d'oxydation et serait un facteur anti-infectieux" (Binet).

4) *Pathologie de la carotinémie.*

La carotinémie reconnaît non seulement une cause alimentaire (ingestion exagérée de carottes, d'oranges, de feuilles vertes), mais encore une déficience hépatique: M. Binet, professeur de physiologie à la Faculté de Médecine de Paris, a pu démontrer par une série d'expériences très ingénieuses "une action d'arrêt très remarquable exercée par la glande hépatique sur le carotène, à un point tel que

le sang de la veine de sortie du foie donne une réaction faible ou nulle, alors que le sang de la veine d'entrée présente une réaction fortement positive".

D'autre part, le poumon aurait un pouvoir destructeur du carotène par oxydation. On en déduit que certaines observations cliniques de carotinémie coïncideraient avec des altérations de son parenchyme accompagnées "d'une diminution de l'oxydation du carotène ingéré".

Tels sont les renseignements que nous possédons sur ce pigment.

Conclusions

La carotinémie serait due à une ingestion exagérée de carotène, contenu dans les végétaux ou ailleurs, et accumulé dans le foie en attendant d'être transformé en vitamine A.

Le poumon normal le détruit par oxydation.

— Pourquoi le carotène s'est-il accumulé chez notre malade tandis que d'autres n'en ressentent aucun malaise après avoir fait les mêmes abus ? Sachant que la surrénale contient deux fois plus de carotène que l'ovaire, y aurait-il eu, chez lui, surproduction à la suite d'un trouble fonctionnel rénal évident tel que le démontre sa constante 0.13 ? Ou bien, y aurait-il, derrière cet écran symptomatique, un processus spirillaire inconnu — c'est un oriental — amorce de la maladie ?

Nous posons le problème sans le résoudre.

BIBLIOGRAPHIE

O. BAILLY. — Le carotène en général et le carotène des capsules surrénales en particulier. *J. de Pharm. et de Chimie*, 1932, pp. 531 et 570.

Léon BINET et M. V. STRUMZA. — Pouvoir hématopoiétique du carotène. *C. R. de la Acad. des Sc.*, t. CXCII, 29 juin 1931, p. 1758. Le carotène. Son pouvoir hématopoiétique. *La Presse Méd.*, No 3, janvier 1932, p. 41.

Léon BINET et G. UNGAR. — Le carotène. Nouvelles recherches expérimentales. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. Hôp. Paris*, 8 avril 1932, p. 499.

C. L. CONNOR. — Dosage du carotène dans le sang et dans les tissus. *J. of biol. Chem.*, mai 1928, t. LXXVII, p. 619.

H. von EULER. — Carotène et vitamine A. Conférence faite à la Soc. de Chimie biol. et à la Soc. chim. de France, le 8 juin 1932. *Bull. de la Soc. de Chimie biologique*, t. XIV, p. 838, 1932.

H. von EULER, KARRER et BETH. — Etude sur la réaction de Carr et Price. *Helvetica Chimica Acta*, 1932, t. XV, p. 496.

M. JAVILLIER. — Le carotène et la croissance des animaux. *Bull. de la Soc. de Chimie biol.*, 1930, t. XII, p. 554.

KARRER, v. EULER et SCHOPP. — Valeur bleue de l'huile de foie de différents animaux. *Helvetica Chim. Acta*, 1932, t. XV, p. 493.

Marcel LABBE et MEAUX-SAINT-MARC. — Xantho chromie palmo-plantaire chez les diabétiques. *B. et Mém. de la Soc. Méd. Hôp. Paris*, 10 juillet 1914.

MOORE. — Distribution du carotène dans l'organisme. *Bioch. Journal*, 1931, t. XXV, p. 275.

A. PISSAVY et R. MONCEAUX. — La carotinémie des tuberculeux. *La Presse Méd.*, 1er oct. 1927, p. 1185.

H. ROGER, Léon BINET et M. VAGLIANO. — Action des graisses du poumon sur la croissance. *C. R. Soc. Biol.*, 1924, t. XL, p. 1310.

Mlle Van STOLK, J. GUILBERT, H. PENAU et H. SIMONNET. — Carotène pur et vitamine A. *J. de Pharm. et de Chimie*, 1931, t. XIV, 8e série, p. 193.

BINET et UNGAR. — Le carotène. *Archives des Maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, tome XXIII, p. 256, mars 1933.

A PROPOS DES TUMEURS DE LA PAROTIDE.

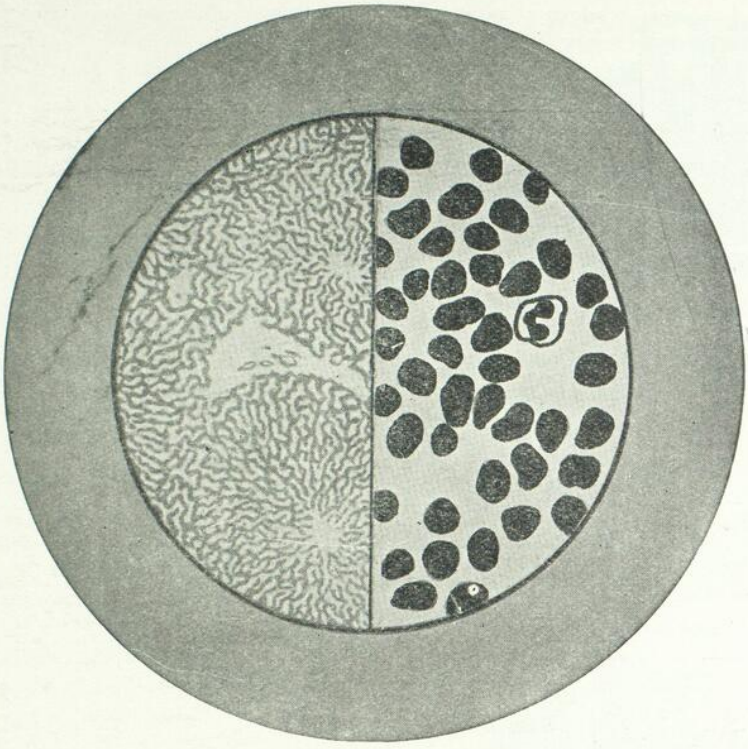
Uu cas d'épithélioma primitif de la glande.

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

Nous savons que de toutes les tumeurs de la parotide, les tumeurs mixtes, bénignes ou malignes, sont de beaucoup les plus fréquentes. Bien que ces néoplasmes complexes, formés de tissus différents, soient considérés comme bénins, Wood, Kuttner et autres sont d'opinion que 25% d'entre eux présentent un jour ou l'autre des caractères de malignité. Sur cinq cas de tumeurs de la parotide rapportés par Duval et Redon, quatre cas étaient épithéliomateux. Montier et Redon ont rencontré une dégénérescence cancéreuse dans six sur douze, soit 50%.

Cliniquement, il est parfois impossible de faire un diagnostic différentiel entre une tumeur mixte bénigne et une tumeur mixte devenue maligne. L'examen microscopique de la tumeur, seul critérium, nous causera souvent une surprise désagréable et ne corroborera pas toujours le diagnostic pré-opératoire. On a coutume de dire que toute tumeur de la parotide, à évolution lente (plusieurs années), indolore, mobile et bien délimitée, apparue entre 20 et 40 ans et qui augmente subitement de volume, tout en devenant adhérente et douloureuse, alors que se manifestent des symptômes plus ou moins prononcés de paralysie faciale, est une tumeur mixte en voie de dégénérescence cancéreuse. Malheureusement, l'évolution ne présente pas toujours une marche aussi classique et certaines tumeurs, enlevées avant l'apparition de cette "poussée subite d'accroissement" (Moutier), possèdent déjà des éléments de malignité, insoupçonnés à l'examen clinique.

Quant aux cancers primitifs de la glande, ils ne représenteraient que 10% de toutes les tumeurs (Blair et Olch). Avec le Professeur Masson, on peut affirmer que la plupart des cancers de la parotide sont "nés des tumeurs mixtes". Ces tumeurs malignes primitives ont une évolution rapide. Douloureuses dès le début, elles sont accompagnées de paralysie faciale, qui devient de plus en plus accentuée. Leur contour est mal délimité, elles sont toujours adhérentes et envahissantes et elles produisent des métastases. Il s'agit presque toujours d'un épithélioma, car les sarcomes sont excessivement rares.



MÉTHODE DE WHIPPLE

(TECHNIQUE DE MINOT & MURPHY)

HEPATHEMO

Extrait hépatique concentré hydrosoluble
de Bovidés jeunes
Fer globulaire (Hémoglobine)

Deux présentations { *Sirop*
Ampoules buvables

Saveur agréable

ANÉMIES GRAVES **SYNDROMES ANÉMIQUES**

DESCHIENS, Docteur en Pharmacie, 9, Rue Paul-Baudry - PARIS-8e
Représentant : ROUGIER, 350, Rue Lemoine - MONTRÉAL (Canada)

SPÉCIALITÉS A. BAILLY

15 & 17, Rue de Rome, PARIS (8e)

DÉNOMINATION	COMPOSITION	INDICATIONS	MODE D'EMPLOI
FORXOL (Solution)	Acide glycéro-phosphorique. Nucléinates de Manganèse et de Fer. Méthylarsinates de soude et potasse.	États de dépression. Faiblesse générale. Troubles de croissance et de formation. Neurasthénie. Anémie. Débilité sénile. Convalescences.	*Une à deux cuillerées à café, suivant l'âge, au milieu des deux principaux repas, dans un peu d'eau, de vin ou un liquide quelconque.*
MÉNATOL (Dragées)	Ovarine. Hydrastis. Hamamélis. Capsicum. Rhamnus. Viburnum. Genista. Marron d'Inde.	Aménorrhée. Dysménorrhée. Métrites. Salpingites. Ovarites. Troubles de la Ménopause.	*Deux à six dragées par jour, au début des repas.*
OPOBYL (Dragées)	Extrait hépatique. Sels biliaires. Boldo et Combretum.	Hépatites. Ictères. Cholécystites. Lithiase biliaire. Entérocolites. Constipation chronique. Dyspepsie gastro-intestinale.	*Une à deux dragées après les repas.*
PULMOSERUM (Solution)	Phospho-Gaïacolate de Chaux, de Soude et de Codéine.	Toux catarrhale. Laryngites. Bronchites. Congestions pulmonaires. Séquelles de Coqueluche et Rougeole. Bacillose.	*Une cuillerée à café, matin et soir au milieu des repas, dans un peu d'eau.*
PHAGURYL (Dragées)	Santalol β, Cédrol. Térébenthinol. Salicylate de Phényle. Lupuline. Formine.	Blennorragie. Rétrécissements. Urétrites. Cystites. Prostatites.	*Six à douze dragées par 24 heures.*
QUERGÉMOL (Dragées)	Cérébrine. Splénine. Bromhydrate de Quinine. Méthylarsinate disodique. Nucléinate de Manganèse.	Infection paludéenne. Paludisme chronique. Anémie palustre.	*Adultes : Deux à quatre dragées par jour, au début de chaque repas.*
THEÏNOL (Élixir)	Théine en combinaison salicylique. Salicylate d'Antipyrine.	Migraines. Névralgies. Douleurs rhumatoïdes. Crises gastro-intestinales. Dysménorrhée.	*Deux cuillerées à dessert à 1 heure d'intervalle l'une de l'autre.*
UROPHILE (Granulé Effervescent)	Hexaméthylène Tétramine. Lithine en combinaison benzoïque. Acide Thyminique.	Diabète arthritique. Goutte aiguë et chronique. Gravelle urique. Lithiase biliaire. Rhumatismes. Cystites.	*Une cuillerée à soupe, dans un peu d'eau, deux fois par jour, entre les repas.*

ECHANTILLONS & BROCHURES SUR DEMANDE

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

Dans le traitement de ces affections, il est un point sur lequel nous voulons insister, c'est qu'il est souvent très difficile d'enlever complètement une tumeur, même encapsulée, de la parotide et pour parvenir à cette fin, nous sommes d'opinion, avec plusieurs autres, qu'une simple énucléation n'est pas suffisante (bien que quelques cas heureux, opérés de cette façon, n'aient pas récidivé), car elle risque de laisser en place du tissu néoplasique, qui donnera naissance à une nouvelle tumeur. L'ablation totale ou sub-totale de la glande, quoique plus mutilante, nous paraît seule efficace. La technique de Duval, qui consiste à sectionner les branches inférieures en préservant la branche supérieure du nerf facial et la portion de la parotide située immédiatement au-dessous, ne causant ainsi qu'une déformation peu marquée, est très recommandable.

Le traitement radiothérapique a ses partisans, mais à notre avis, il doit être employé conjointement au traitement chirurgical, et non sans lui. En d'autres termes, la radiothérapie peut exercer une action complémentaire ou palliative, mais rarement curative, bien que certains enthousiastes la préfèrent à la chirurgie (Merritt, Edwin, A.).

Observation. Un homme robuste de 38 ans, est admis à l'hôpital Notre-Dame, en octobre 1928, pour une tumeur de la parotide gauche, en évolution depuis trois ans. Cette tumeur, dont le volume était resté stationnaire depuis le début, s'est accrue rapidement pendant les derniers six mois; c'est pour cette seule raison que le patient, un peu inquiet, vient nous consulter. Les antécédents familiaux et personnels n'offrent rien d'intéressant à noter. L'examen de la région parotidienne gauche nous permet de constater la présence d'une masse indolore, dure et lobulée, à contours mal définis, sans adhérences à la peau mais peu mobile sur les tissus sous-jacents, et de la grosseur d'un jaune d'œuf. Il n'existe pas de ganglions palpables, mais par contre, nous décelons une ébauche de paralysie faciale.

On porte un diagnostic de tumeur mixte en voie de dégénérescence, en raison de son développement subit et de son envahissement du facial.

Opération. Anesthésie: éther. Incision curviligne, longeant le bord antérieur du lobule de l'oreille et de l'angle du maxillaire inférieur. Après avoir récliné la peau, nous découvrons en pleine parotide une tumeur non encapsulée, adhérente au périoste et de consistance dure. Nous pratiquons la résection sub-totale de la glande, en conservant la branche supérieure du facial. Fermeture sans drain.

Suites post-opératoires. La plaie s'est cicatrisée par première intention. La paralysie faciale, momentanément accentuée, a fini par disparaître au bout de quelques mois. Un traitement Roentgenthérapique fut appliqué par le Dr Comtois, pendant plusieurs semaines.

Rapport histologique fait par le Professeur Masson. "Epithélioma mixte, pavimenteux et mucipare suivant les points. Il ne s'agit pas d'une tumeur mixte bénigne, mais d'un cancer épithélial à malignité non douteuse".

Résultat éloigné. J'ai revu ce malade à plusieurs reprises depuis son opération et l'ai présenté, lors du Congrès des Médecins de l'Amérique du Nord, en 1930. Il y a maintenant cinq ans que la tumeur a été enlevée et nous croyons que la guérison actuellement constatée, est définitive. La récidive apparaît généralement dans les deux premières années qui suivent l'intervention. Les applications des rayons de Roentgen ont-elles servi à prévenir la récidive chez notre malade? Il est permis d'en douter, car les avis sont partagés, sur ce sujet.

Conclusions. Il nous paraît indispensable de pratiquer l'intervention radicale (ablation totale ou sub-totale de la glande), dans toutes les tumeurs diagnostiquées mixtes ou malignes primitives de la parotide, la résection sub-totale de la glande, telle que nous l'avons décrite, n'entraînant pas forcément une paralysie faciale permanente, qui d'ailleurs pourrait toujours être améliorée, sinon corrigée.

Cette observation nous a paru intéressante en raison de sa rareté. En effet, la tumeur que nous avons enlevée avait tous les caractères histologiques d'un épithélioma primitif double, pavimenteux et mucipare, et non pas ceux d'une tumeur mixte "dite bénigne" sur laquelle un cancer se serait greffé, ce qui est beaucoup plus fréquent.

BIBLIOGRAPHIE

Pierre MASSON. — Diagnostics de Laboratoire. A. Maloine et Fils, Paris, 1923.

F. STORH et E. RISAK. — Clinical and Anatomical Findings in Parotid Tumors. *Arch. Klin. Chir.*, 143, 609-648, 1926.

G. NICASTRO. — A case of mixed tumor of the Parotid. *Cult. Med. Mod.*, 6-607-616, Nov. 30, 1927.

IBARZ. — Unusual Tumors of the Parotid. *Ann. de la Faculta de Medecina.* Sept. et oct. 1927.

Vittorio MIGNARI. — A case of mixed Tumor of the parotid gland. *Il Polichino* (Practice of Surgery, 36), 1745-47 (déc. 2, 1929).

Edwin A. MERRITT. — Mixed Tumors of the Parotid Gland. *The American Journa lof Roentgenology and Radium Therapy*, 25-507-511, avril 1931.

Pierre DUVAL et Henri REDON. — Extirpation totale ou sub-totale de la Parotide dans les tumeurs dites mixtes de la glande. *Journal de Chirurgie*, L-xxxlx, No 6, juin 1932.

Frs MOUTIER et H. REDON. — Evolution anatomo-clinique des tumeurs de la parotide. *Journal de Chirurgie*, t. ?II, No 1, janvier 1933.

SYPHILIS FŒTALE, ASCITE CONGÉNITALE

Par Jean CHAMPEAU
Médecin à l'hôpital de la Miséricorde,
Service d'obstétrique du Dr S. LANGEVIN.

Mademoiselle X. Observation 32011. Agée de 32 ans, est admise à la Maternité le 22 mai 1932. Elle est en travail.

Antécédents pathologiques: Négatifs.

Antécédents physiologiques: Elle a marché à 18 mois, ses menstruations sont abondantes et irrégulières.

Les dernières datent du 23 septembre.

Cette première gestation se termine prématurément au 8e mois. Pendant la période de dilatation, l'utérus se contracture et nécessite l'injection de médicaments antispasmodiques. Durant la période finale, l'expulsion du tronc et de l'abdomen du fœtus est difficile et se prolonge. De fortes tractions sur la tête sont nécessaires pour attirer l'enfant hors de la vulve.

La délivrance est prolongée, la patiente expulse spontanément un placenta presque découronné. A la revision, on sent des lambeaux de membranes à demi-détachés dans le vagin. Par la traction et la torsion les membranes sont extraites presque totalement, malgré leur friabilité.

L'enfant naît asphyxié, en état de mort apparente. Le seul signe de vitalité est représenté par les battements cardiaques, qui cessent complètement une heure après la naissance, malgré nos efforts. A l'examen, ce nouveau-né présente une disproportion manifeste entre les diamètres céphaliques normaux, et les diamètres abdominaux. L'abdomen est très volumineux et présente une circulation collatérale externe très prononcée. Le foie déborde largement le rebord costal au point que son bord libre est très nettement senti au-dessous de l'ombilic et transversalement selon une ligne réunissant les deux épines iliaques antérieures.

A la percussion, on obtient au niveau de l'abdomen une matité qui se prolonge, du foie, de la rate au pubis et aux crêtes iliaques.

Nous pratiquons une ponction abdominale et retirons deux onces de liquide ascitique. Les membres sont grêles, flasques, peu calcifiés. La paume des mains, la plante des pieds ne portent aucune trace de pamphigus.

Vingt-quatre heures après, l'autopsie précise ce premier examen. Le foie présente un nodule de la dimension d'une pièce de cinq sous sur la surface inférieure à la partie antérieure du lobe médian. Il est gros, refoule à gauche la rate, en bas les anses intestinales. Il pèse 243 grammes.

La rate, très augmentée de volume, pèse 41 grammes. Ses dimensions sont de sept centimètres de hauteur par deux et demi de largeur et un et demi d'épaisseur. Le liquide recueilli dans l'abdomen et par ponction mesure soixante centimètres cubes. Ce liquide est séreux et citrin. Il

contient de l'albumine, du fibrinogène, des chlorures, etc., et, suivant Bonnaire et Wilhelm, sa composition se rapprocherait des exsudats inflammatoires. Il tient en suspension des lambeaux de fausses membranes et des petits caillots fibrineux. Pour ces deux viscères, il s'agit donc d'une hypertrophie en masse respectant la forme générale, l'aspect et la coloration des organes normaux.

L'estomac paraît normal.

La muqueuse de l'intestin grêle présente, à quelques centimètres de la valvule iléo-cæcale, des suffusions sanguines très nettes ; les mêmes lésions se retrouvent sur la muqueuse du cæcum.

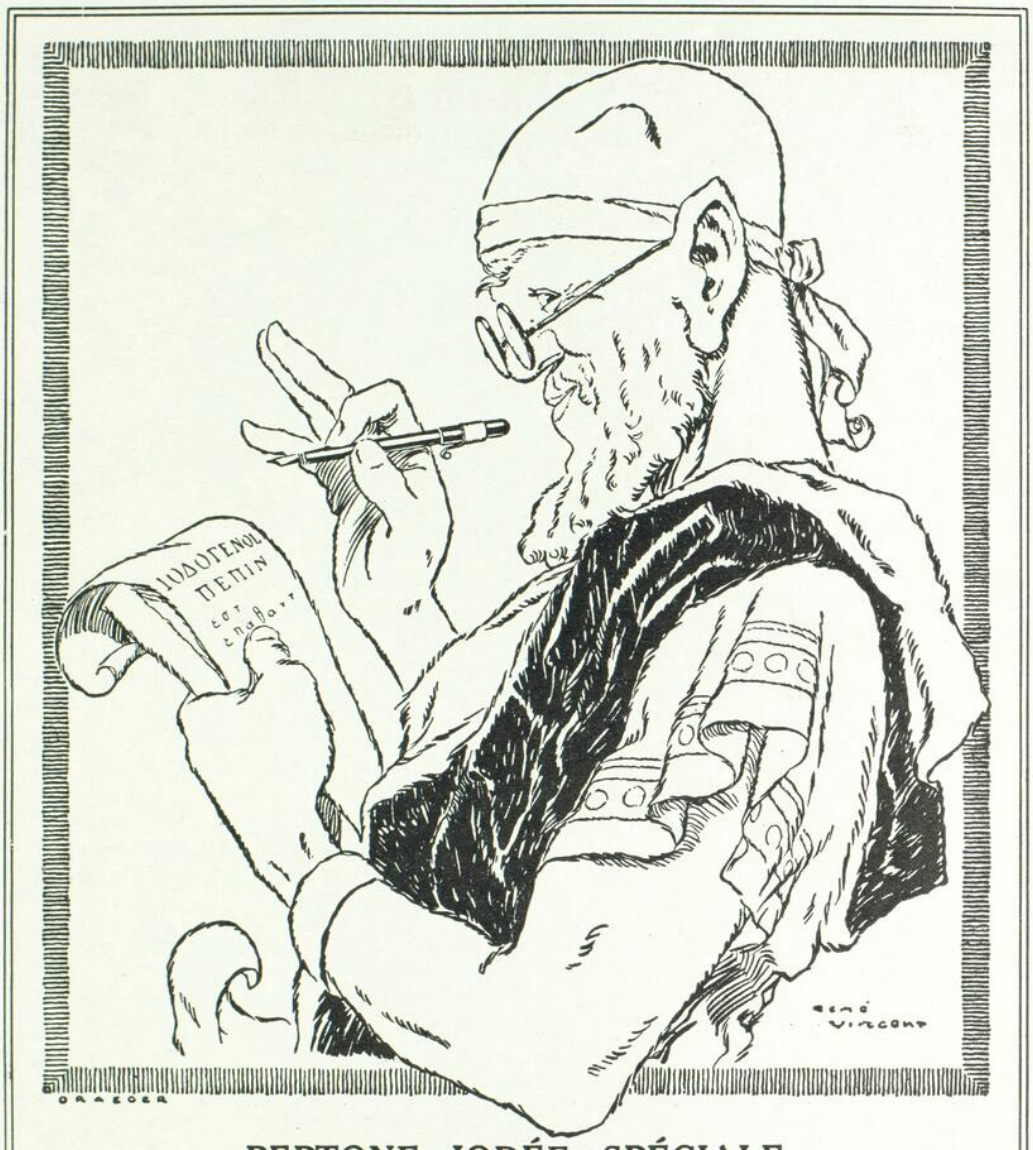
Les poumons n'ont pas respiré. L'examen des autres viscères abdominaux et thoraciques ne révèle aucune anomalie macroscopique. Les ganglions cervicaux sont hypertrophiés, les testicules, le thymus sont normaux. L'exploration de la cavité crânienne décèle une hémorragie méningée diffuse. Il y a du sang épanché dans la région du cervelet. A droite existe une lame de sang visqueux occupant l'espace méningé sur la presque totalité de la face externe et inférieure de l'hémisphère droit; cette nappe de sang est assez épaisse pour paraître uniforme et masquer le dessin des circonvolutions. A gauche existe aussi une hémorragie en nappe limitée à la région frontale, venue par les espaces méningés du côté opposé. Le placenta pèse 950 grammes. Sa friabilité et son poids sont notables. La face utérine est creusée d'incisures profondes séparant des cotylédons volumineux.

Des examens bactériologiques furent faits chez la mère et dans le liquide ascitique. Les réactions sérologiques furent positives.

Cette observation démontre qu'une parturiente ne présentant aucun stigmate de la syphilis acquise ou héréditaire, n'ayant subi aucun examen sérologique, peut toujours être tenue comme suspecte. La septicémie tréponémique est dangereuse pour l'entourage. Nombre de fois, en clientèle, c'est la syphilis de l'œuf qui révèle la spécificité des procréateurs. Au point de vue obstétrical, ces parturientes syphilitiques sont vouées à certaines complications. Dans ce cas, cette patiente eut une délivrance compliquée; les membranes friables ont été séparées du placenta et retenues dans cette cavité utérine atteinte d'endométrite spécifique.

La rétention fréquente de cotylédons serait expliquée par la même cause étiologique, d'où surviennent les interventions et les risques de l'infection puerpérale.

L'ascite congénitale n'imprime à la grossesse aucune physionomie particulière. Il y a souvent coexistence d'hydramnios, et dans la majorité des cas l'accouchement survient avant terme, d'après Fordyce. L'ascite fœtale crée assez fréquemment une dystocie du tronc, dont la méconnaissance peut avoir des suites fâcheuses pour



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.

OVALTINE

ALIMENT-TONIQUE-LIQUIDE

Une Aide au Développement de la Santé.

LES recherches médicales modernes nous font comprendre tous les jours plus clairement que les anormalités physiques, la déficience mentale et même la faiblesse constitutionnelle permanente, sont souvent le résultat direct de l'impossibilité de trouver dans l'enfance, une diète appropriée aux besoins physiologiques de l'organisme. Il est donc de toute nécessité d'inclure à la base de tout régime de nourrisson ou d'enfant qui grandit, une nourriture aussi complète que possible en y incluant les éléments essentiels.

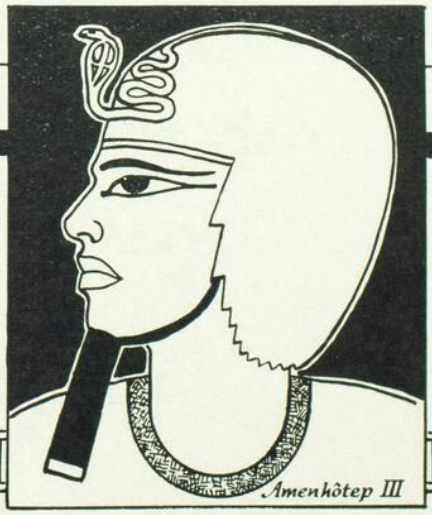
L' "OVALTINE" trouve une de ses applications les plus utiles dans ce sens. Composée des constituants nutritifs de lait complet avec sa crème, d'oeufs et de malt, tous produits frais, dans des proportions appropriées, elle fournit le calcium, le phosphore, les vitamines et les autres facteurs accessoires des aliments, et son addition régulière dans la diète ordinaire de l'enfant rend celle-ci sûre et adéquate.

L' "OVALTINE" est, en plus, si délicieuse et si facilement digestible qu'elle peut être prescrite en toute confiance chez l'enfant à tout âge. L' "OVALTINE" est facilement préparée et très économique.

Un généreux échantillon sera adressé gratuitement, sur demande, pour essai clinique.

A. WANDER Ltd., Elmwood Park, Peterborough, Ont.
et Londres, Angleterre.

Laboratoires et Usine: **King's Langley, Herts.**



Amenhôtep III

la mère. Dès que le volume de l'abdomen du fœtus arrête la sortie du tronc, si l'on reconnaît l'ascite, une simple ponction de l'abdomen fœtal permet de terminer aisément l'accouchement sans lésions maternelles.

Le fœtus succombe presque toujours soit pendant l'accouchement, soit immédiatement après, quoique dans un cas de Fordyce, après ponction abdominale l'enfant ait continué à vivre.

Le pronostic est réservé. La dystocie est certaine quand l'enfant est gros et que le volume du liquide ascitique est considérable.

Les réactions sérologiques dans le sang et dans le liquide ascitique, les lésions macroscopiques des différents organes confirment cette septicémie syphilitique et la présence du tréponème dans tous les viscères, surtout dans les zones d'hépatite inflammatoire.

Les hémorragies méningées de ce nouveau-né peuvent-elles être attribuées au léger traumatisme obstétrical ou sont-elles une nouvelle preuve du rôle étiologique fréquent de la syphilis ?

PETITE CLINIQUE

DILATATIONS BRONCHIQUES

Par J.-A. VIDAL,
Professeur agrégé à l'Université de Montréal,
Chef de Service en phtisiologie à l'hôpital du Sacré-Coeur.

Le cas de Madame B... démontre bien les difficultés inhérentes au diagnostic de la tuberculose pulmonaire qui peut souvent être confondue avec d'autres maladies de l'appareil respiratoire à séméiologie à peu près identique et dont la principale est la bronchectasie. Nous verrons que ces erreurs de diagnostic comportent des responsabilités d'ordre moral et social d'une importance indiscutable.

Madame B... a été hospitalisée à l'hôpital du Sacré-Cœur avec le diagnostic de tuberculose pulmonaire; parce qu'elle souffrait d'une toux quinteuse, spasmodique, depuis plusieurs années, sans expectoration marquée, sauf quelques crachats purulents le matin et muqueux au cours de la journée. Elle se plaignait de douleurs thoraciques vagues, plus accentuées à la base droite; état subfébrile, anorexie, légère tachycardie, amaigrissement de 4 à 5 livres au cours de la dernière année.

Nous ne retraçons aucun contage familial; cependant, nous notons dans son passé pathologique une rougeole à 3 ans suivie d'un épisode pleural de nature imprécise. A 16 ans, elle accuse une pleurésie sans aucune précision, n'ayant pas eu de ponction exploratrice. Cependant, le point de côté, la température élevée et la longueur de la maladie (4 à 5 semaines) nous autorisent à admettre la possibilité d'une réaction inflammatoire de la plèvre. A 20 ans, nouvel épisode dont la nature ressemble au premier accident avec, en plus, quelques crachats hémoptoïques.

Rien de particulier dans ses habitudes de vie; bonne alimentation et habitation saine. L'apparence générale de cette patiente est plutôt satisfaisante. Son poids: 88 livres, sa taille: 5 pieds et un demi-pouce, sa musculature, quoique un peu délicate, ne donne pas l'impression d'une amaigrie.

L'examen pulmonaire nous révèle une matité franche à la base droite, avec une diminution du murmure vésiculaire; quelques râles humides accompagnés de nombreuses sibilances.

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, 71, Av. Vict.-Emmanuel-III, PARIS (8e).

Littérature et Echantillons : ROUGIER, 350, rue Lemoine, Montréal.

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.

HYPOTENSYL

Principes actifs du Gui, combinés avec des extraits de Glandes, Foie et Pancréas, pour le traitement des maladies contingentes à la

HAUTE TENSION ARTÉRIELLE

Littérature et échantillon de l'ANGLO-FRENCH DRUG CIE, Montréal

LA TEMPERATURE BAISSE

ORARGOL — une combinaison des colloides d'Or et d'Argent — dans la plupart des cas fait subir une chute *brusque* de la température comme on en constate au cours de la *crise* de la pneumonie lobaire.

Le Dr. *A. Martinet* dans son ouvrage *"Cliniques Thérapeutiques"* écrit:

"Les métaux colloïdaux exercent sur le système une action semblable à celle que l'on constate à la suite de l'administration de certains sérums Thérapeutiques". ORARGOL mobilise par choc humoral les moyens de défense de l'organisme et l'infection avorte complètement.

Indications: Fièvres, Influenza, Pneumonie, Septicémie, etc., Pas de contre-indication. S'administre en injections intraveineuses ou intramusculaires; oralement; ou en instillations nasales dans le coryza, rhinite, etc.

Littérature sur demande à

l'ANGLO-FRENCH DRUG CIE.

354 est, rue Sainte-Catherine, MONTREAL

ORARGOL

Système circulatoire: normal. Pression artérielle: $\frac{110}{70}$. Pouls: 84 à 86.

Système digestif: anorexie, atonie digestive, constipation.

Système génital: normal.

Système nerveux: réflexes exagérés, hyperémotive.

Laboratoire: Wassermann négatif.

Expectoration: absence de bacilles de Koch, après homogénisation (5 fois).

Urine: normale.

Rayons X.—Fluoroscopie: image thoracique normale sauf un léger voile du tiers inférieur de la base. Immobilité diaphragmatique avec abolition du cul-de-sac costo-diaphragmatique.

Radiographie: confirme la scopie et nous laisse voir quelques taches d'aspect plus dense sous un léger voile sus-diaphragmatique d'une largeur de 3 à 4 centimètres.

Que conclure de ces constatations cliniques, bactériologiques et radiologiques ? Disons d'abord qu'il est impossible de porter un diagnostic précis sans le secours du laboratoire et de la radiologie. Cette difficulté se présente fréquemment dans le diagnostic des maladies de l'appareil respiratoire. Si nous voulons éviter des erreurs parfois très regrettables, il ne faut demander aux principaux éléments du diagnostic que ce qu'ils peuvent donner. La clinique fournit des renseignements indiscutables, de toute première importance; la radiographie éclaire le sentier parfois voilé d'un diagnostic, et le laboratoire y apporte des précisions. Quel diagnostic peut naître de l'histoire clinique de cette patiente ?

Tuberculose pulmonaire. Nous ne croyons pas à une évolution tuberculeuse à cause de la longueur de l'évolution de cet accident pathologique dont le début remonte au bas âge avec conservation d'un bon état général. Quelques mois après le dernier épisode pleural, la patiente se marie et donne naissance à trois enfants, plus deux avortement échelonnés au cours des neuf dernières années, sans provoquer le moindre réveil d'une tuberculose latente. Nous connaissons la diminution ou la perte d'allergie au cours de la grossesse et l'évolution maligne qui, souvent, suit l'accouchement. Ce fait mérite considération.

Une toux avec expectoration depuis si longtemps, sans altération de l'état général, doit d'abord être considérée comme non tuberculeuse, à moins que le laboratoire n'en établisse la preuve par la présence du

bacille de Koch. Jusqu'à présent, plusieurs examens ont été faits après homogénisation, donnant un rapport toujours négatif.

Les crachats hémoptoïques doivent nous faire penser à la tuberculose pulmonaire; mais il ne faut pas se complaire trop facilement dans un diagnostic de probabilité, et se rappeler qu'un rejet de sang par la bouche peut avoir bien d'autres causes que la tuberculose pulmonaire et se rencontre souvent au cours de la bronchectasie.

Adénopathie trachéo-bronchique. La toux quinteuse et spasmodique peut faire songer à cet accident, mais l'étude du médiastin sous le fluoroscope nous permet d'éliminer cette possibilité.

Dilatation bronchique. Pour les raisons ci-haut énumérées: début lointain de la maladie, état de santé plutôt satisfaisant, expectoration abacillaire, nous concluons à la bronchectasie. Cette entité pathologique ne possède pas une séméiologie particulière; les symptômes se confondent avec plusieurs maladies de l'appareil respiratoire. Les anciens auteurs classiques donnaient comme moyen diagnostique l'étude du crachoir, où l'on observait les quatre couches superposées de l'expectoration. Aujourd'hui, ces constatations tardives ont cédé le pas devant la méthode moderne préconisée par Sicard et Forestier qui consiste à inonder le lobe ou la plage pulmonaire suspecte avec du lipiodol. Nous avons pratiqué cette méthode diagnostique, et, après radiographie, nous voyons deux troncs bronchiques superposés au-dessus du diaphragme qui sont nettement dilatés et sinueux. Cette dernière exploration nous fournit la preuve du diagnostic. Méthode d'application facile et sans danger; elle doit être pratiquée chaque fois qu'il existe un doute sur la nature exacte d'une lésion de l'appareil bronchique.

Quel est le mécanisme qui conduit à la dilatation bronchique ? Nous pouvons dire que l'infection est toujours à l'origine de la bronchectasie. La théorie purement mécanique n'est plus admise et a cédé le pas à la théorie infectieuse. A une pneumopathie succèdent certaines modifications de la trame pulmonaire dont la sclérose rétractile est la plus fréquente. Cette sclérose retient dans ses mailles l'armature bronchique qui devient sinueuse, tiraillée en tous sens, et empêche ou retarde la ventilation et le drainage des mucosités. C'est le premier stade. Plus tard, ces mucosités stagnantes s'infectent et l'infection amène secondairement une dégénérescence atrophique de la musculature bronchique, et alors nous assistons au stade avancé de la dilatation bronchique que le lipiodol nous démontre en fixant

Granulé complexe fixateur du Calcium et du Phosphore :

CALCIFIXINE IRRADIÉE

FORMULE :

Ergostérol irradié (Vitamine D)
Poudre d'os frais de jeunes animaux
Levure de Bière
Thymusine
Fluorure de Calcium
Silicate de Chaux
Carb. de Magnésie
Carb. de Chaux

INDICATIONS :

Rachitisme, ralentissement de la nutrition, prétuberculose.

MODE D'EMPLOI :

Nourrissons :	1 à 2 demi-cuillerées à café par jour.
Enfants :	1 à 2 cuillerées à café par jour.
Adultes :	2 à 4 cuillerées à café par jour.

" Ce granulé réalise les données scientifiques les plus récentes sur la médication réminéralisatrice. Il apporte à l'organisme ses éléments reconstitutifs avec le catalyseur, (Vitamine D) — (Ergostérol irradié) — qui en facilite l'assimilation ".

Laboratoires des Produits J. Bureau
86, Boulevard de Port-Royal
PARIS

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

THALASSOL CHOMEDY

(THALASSA, MER)

Le THALASSOL CHOMEDY est une médication leucocytogène et tonique associée à *l'action catalytique de l'eau de mer*, présentée en ampoules injectables de 5 centigrammes cubes.

Formule:

Nucléinate de Soude	0,01
Glycérophosphate de Soude	0,09
Cacodylate de Soude	0,05
Sulfate de Strychnine	0,001
Eau de mer isotonique	5 cc.

L'EAU DE MER dans laquelle ces divers éléments sont dissous, est de l'eau de mer vraie, spécialement recueillie au large des côtes de l'Océan Atlantique par un personnel entraîné, et sous la surveillance des Contrôleurs de l'Etat. L'eau de mer du THALASSOL CHOMEDY est recueillie par temps calme, loin des côtes, et en profondeur, dans des récipients spéciaux. Un sérum marin artificiel ne pourrait donner les mêmes résultats thérapeutiques que l'eau de mer, puisque celle-ci est un liquide d'une très grande complexité qui possède, à l'état de traces, des éléments d'une importance capitale, mais qui ne sont pas tous connus; l'iode, le fluor, le cuivre, le zinc, l'argent et l'or, ont pu y être décelés; c'est à la présence de ces "infiniment petits" chimiques inconnus ou connus, que l'eau de mer doit ses propriétés euphoriques et stimulantes. L'eau de mer et le plasma sanguin ont une analogie de composition démontrée par *R. Quinton*, analogie telle, que le sang peut, dans certaines conditions, être remplacé par une égale quantité d'eau de mer.

Indications thérapeutiques: Convalescences des maladies infectueuses — surmenage physique ou intellectuel, dénutrition, asthénie et neurasthénie — lymphatisme — scrofule — dermatoses.

Mode d'emploi: Injecter dans le tissu sous-cutané ou dans le tissu musculaire une ampoule tous les jours ou tous les deux jours.

Prix: boîtes de 10 ampoules $1.32
.. 50 .. 5.75

Distributeurs pour le Canada
HERDT & CHARTON, INC.
2027 McGill College Ave.
Montreal
11 King Street West — Toronto
128 James Street — Winnipeg

Laboratoire J. PLE, PARIS

SAL HEPATICA

LAXATIF ET ELIMINATEUR

Efficace dans toutes les circonstances de paresse intestinale provenant d'un facteur fonctionnel du foie, et de la circulation.

Sal Hepatica nettoie entièrement le canal alimentaire.

Echantillons à l'usage des médecins.

BRISTOL - MYERS Co.

NEW-YORK

La Cie J. H. Chapman Ltée

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE — MOBILIER D'HOPITAUX

Avis de déménagement. — Pour l'accommodation de nos clients nous avons déménagé nos salles d'échantillons et bureaux à

L'EDIFICE "MEDICAL ARTS", 2089, rue Guy.

Tél. FItzroy 5785

Bas élastiques — Bandes herniaires — Ceintures — Salles d'attente pour patients

Nous espérons que vous continuerez à nous favoriser de votre bienveillant patronage comme par le passé.

l'image sur le film. Les déformations les plus typiques de la bronchectasie sont monoliformes, ampullaires et sacciformes.

Existe-t-il un traitement de la dilatation des bronches ? Posons en principe qu'il n'existe pas de guérison spontanée, sauf de très rares exceptions. En face de cette affection si tenace, de multiples traitements médicaux et chirurgicaux furent préconisés. Sachons que les traitements médicaux n'ont qu'un effet palliatif et sont réservés au cas où il y a bilatéralisation; mais n'ont donné que de maigres résultats.

La cure de drainage par "attitude" rend des services, mais le drainage par bronchoscopie est de beaucoup plus efficace. Ces deux méthodes peuvent rendre de précieux services, mais ne peuvent guérir une bronchectasie bilatérale. Autre chose, si la dilatation bronchique est localisée et limitée. Dans ces cas, le pneumothorax thérapeutique est un traitement logique et efficace dans les dilatations récentes, sans adhérences, ni sclérose dense; ce qui s'observe surtout chez les jeunes sujets.

Rist, Ameuille, Armand Delisle, P. E. Weill ont rapporté des guérisons complètes par cette méthode thérapeutique. Cependant, il faut admettre que ces cas heureux ne sont pas des plus fréquents. Que reste-t-il à faire ? La phrénicectomie. Elle a pour but de favoriser la rétraction passive du poumon. Elle peut donner des résultats heureux s'il n'existe pas d'adhérence pleuro-diaphragmatique ou de sclérose péri-bronchique trop dense; ce qui est d'une fréquence minime. On a tenté la thoracoplastie totale et partielle et Sauerbruch lui-même admet que cette intervention peut donner des améliorations, mais rarement une guérison complète.

Le professeur Archibald, de l'hôpital Royal-Victoria, pratique depuis quelques années la lobectomie. Cette intervention, au début très périlleuse et trop souvent mortelle, est devenue de moins en moins dangereuse à mesure que la technique opératoire se précisait. Aujourd'hui, cette méthode opératoire donne encore de 35 à 40% de mortalité, mais nous pouvons espérer une amélioration notable avec l'expérience mûrie et le perfectionnement ultérieur de la méthode.

L'énoncé des différentes thérapeutiques de la bronchectasie, comme vous pouvez le constater, ne nous apporte pas une victoire absolue sur cet épisode pathologique. Cependant, en attendant une thérapeutique ou une intervention chirurgicale plus à point, nous devons nous efforcer d'en préciser le diagnostic afin de ne pas

soumettre à une cure inutile et très onéreuse pour le budget familial, une simple bronchectasie qui ne comporte pas la même sanction prophylactique qui s'impose pour la tuberculose pulmonaire. Au point de vue social, nos responsabilités nous obligent d'être prudents. Ainsi, conseiller à un industriel ou à un marchand l'abandon de son usine ou de son commerce; interdire le mariage à une jeune fille, interrompre un cours d'étude sur un diagnostic de tuberculose trop rapidement édifié sans songer à la bronchectasie serait une erreur grave. Rappelons-nous que si la tuberculose pulmonaire possède un criterium indiscutable dans la présence du bacille de Koch, la bronchectasie, décrite par Laënnec et longtemps reléguée dans l'oubli, a conquis le moyen indiscutable de s'affirmer par le lipiodol intra-bronchique.

Dans l'observation présente, le lipiodol a démontré une zone bronchectasique. Avant toute autre intervention, nous avons recommandé une bronchoscopie pour établir la présence possible d'un polype ou d'un mucolite qui pourrait obstruer le canal bronchique et empêcher le drainage des sécrétions. Ce qui fut fait et n'a démontré aucun obstacle apparent. Pour calmer la toux et favoriser la sclérose rétractile, nous recommandons l'alcoolisation du phrénique. Cette méthode donne une paralysie temporaire dans l'hémidiaphragme et procure un soulagement notable. Si l'expectoration continue ou augmente, nous pourrons recourir à la lobectomie. Nous n'avons pas préconisé le pneumothorax artificiel parce que, étant donné la durée de l'évolution qui remonte à un épisode pleuro-pulmonaire ancien, nous sommes en droit de supposer qu'une sclérose dense et des adhérences pleuro-diaphragmatiques empêcheraient le collapse de la zone bronchique dilatée.

REVUE GÉNÉRALE

DES CHOLECYSTITES. CHOLECYSTOSTOMIE ou CHOLECYSTECTOMIE?

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

Les cholécystites sont des maladies inflammatoires de la vésicule biliaire, nous le savons.

Elles sont généralement d'origine infectieuse, *i.e.*, microbienne, et le plus fréquemment en cause est le coli-bacille.

Plus rarement le bacille d'Eberth, le streptocoque et le staphylocoque en sont aussi les agents causals.

Ils lui viennent soit par voie sanguine, soit du tube digestif en remontant les voies biliaires.

Les malades souffrant de cholécystite sont des dyspeptiques depuis plus ou moins longtemps.

Sur quels signes cliniques nous baser pour en faire le diagnostic ?

Troubles digestifs, plus ou moins vagues d'abord. Jusque là rien de précis. Mais à un moment donné le dyspeptique fait une poussée d'ictère — signe d'infection des voies biliaires — surtout si l'ictère est accompagné d'une légère température et d'une langue saburrale. L'ictère peut disparaître pour réapparaître plus tard, ou s'accentuer.

Puis tout-à-coup le malade est pris de douleurs, généralement vives, à la région vésiculaire. Le "carrefour" vésiculo-pylorique manifeste de la douleur à la pression de la main. Et souvent des vomissements entrent en scène.

Sur quoi se baser pour établir un diagnostic différentiel d'avec une *crise rénale* ?

Ici la douleur est postérieure — la main qui palpe la région lombaire évoque de la douleur.

Ne manquons pas d'interroger les urines. Elles manifesteront souvent du sang — que parfois le microscope seul est capable de déceler — ou du pus — et généralement alors elles sont brouillées et le malade fait de la température. Ceci dans les crises rénales.

Tandis que dans la crise vésiculaire, s'il y a obstruction des canaux, les urines témoigneront de la présence d'urobiline.

Et si la crise est déterminée par un calcul qui obstrue fermement les voies biliaires principales — canal hépatique ou cholédoque — l'ictère va aller s'accentuant et les selles se décoloreront pour devenir couleur "mastic".

Presque toujours, la température s'allume et oscille. Et avec l'ictère qui s'accentue un *prurit* s'installe qui empêche le sommeil, tandis que le pouls se ralentira: la bradycardie d'origine ictérique.

Que faire de plus ? Si vous avez bien examiné votre malade — et procédé par voie d'élimination — vous avez en main tous les éléments nécessaires pour poser le diagnostic.

Et les Rayons X peuvent-ils nous aider ?

Une *cholécystographie* vous dira si les voies biliaires sont perméables et en de rares occasions pourront peut-être signaler la présence de calculs dans la vésicule.

Pouvons-nous attendre davantage de la radiographie directe ?

Voyons donc. Posons d'abord quelques jalons.

Sur 100 malades souffrant de la vésicule biliaire, il en est 50 qui n'ont pas de calcul dans leur vésicule et font de la cholécystite infectieuse simple. Chez ceux-ci, ne nous attendons pas à trouver une image radiologique positive, si excellente que soit cette recherche.

Les autres 50 malades font graduellement de la lithiase biliaire. Les calculs biliaires sont tantôt *uniques* — et alors plutôt gros — ou tantôt *multiples,* et alors petits. J'en ai compté plus de 220 chez une malade. On en a déjà compté plus de 400.

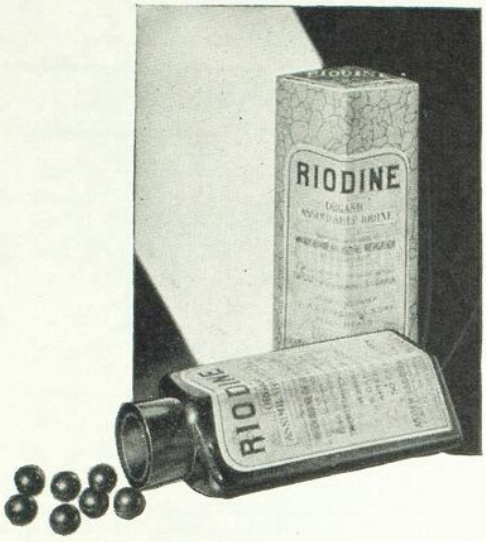
Les plus petits sont les plus douloureux, car ils s'engagent facilement dans les voies biliaires.

Les calculeux du foie ont été des dyspeptiques depuis des années jusqu'au jour où se manifeste la crise. Mayo dit 10 années.

Les calculs du foie sont-ils toujours visibles aux rayons X? Non.

Pour être visibles, ils doivent contenir un certain percentage de sels de chaux, ou être très gros. Les rayons X, si utiles pour tant d'états pathologiques — surtout ceux du squelette — ne sauraient

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 à

ROUGIER FRÈRES

350, rue LeMoyne, Montréal

Dépositaires canadiens pour les produits des

Laboratoires P. Astier, Paris, France

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.

servir de base absolue à la précision du diagnostic. La clinique garde ici ses droits supérieurs.

En fait, les malades du foie où l'on soupçonne des calculs ne donnent une réponse positive à l'écran radiologique que dans un pourcentage de 15%.

La balance de 85%, où les recherches radiologiques sont négatives, est composée de ceux qui font de la cholécystite simple et de ceux dont les calculs ne contiennent pas suffisamment de sels de chaux et conséquemment sont invisibles.

Les crises biliaires se répètent-elles — que faire ?

S'il s'agit de simple cholécystite, non calculeuse — ce dont il est impossible d'être certain, le traitement MEDICAL est tout indiqué par les cholagogues et les désinfectants biliaires: calomel, salicylate de soude, urotropine associée au salol, les véracholates et glycholates.

Si les crises se répètent — que faire en plus ?

Qu'il s'agisse de cholécystite avec ou sans calcul, la parole est à la CHIRURGIE.

Disons tout de suite qu'une chirurgie biliaire bien conduite est parmi les actes opératoires qui donnent le plus de satisfaction absolue et permanente au malade.

Nous avons le choix de *deux* méthodes: la cholécystostomie ou la cholécystectomie.

Faut-il toujours adopter l'une à la négation de l'autre ? Non. Chacune a ses indications propres: voyons.

Il y a quelque trente ans, les indications opératoires n'avaient pas été posées aussi nettement qu'aujourd'hui: on était ou cholécystectomiseur ou cholécystostomiseur: celui-ci gardait la vésicule pour drainer l'arbre biliaire, l'autre l'enlevait.

Quand convient-il de garder la vésicule pour drainer les voies biliaires ?

1. Dans les cas d'ictère infectieux chronique.

2. Dans les cas de suppuration vésiculaire active.

3. Dans les cas de cancer voisin: pancréas ou canaux, obstruant l'écoulement biliaire dans l'intestin.

Dans des mains habituées et rompues à une technique arrêtée, la cholécystostomie réussit bien, mais laisse des tiraillements post-

opératoires fréquents du fait des adhérences et ne guérit qu'après des semaines — ou des mois, suivant la technique employée — pendant lesquels la fistule guérit lentement.

Voire même arrive-t-il que par un défaut de technique, la vésicule, ayant été abouchée à la peau, prend des mois à guérir, voire même des année, et peut même ne se fermer jamais.

Dans le cas unique de cancer des voies biliaires inférieures ou du pancréas, c'est la dérivation biliaire permanente que l'on doit rechercher, i.e., une dérivation de la bile, qui sans cela repasserait dans le sang avec tous ses inconvénients.

Dans ces cas on peut aussi faire une cholé-duodénostomie, mais l'infection biliaire ascendante est alors fort à craindre.

Et l'ablation de la vésicule, quand doit-on la faire ?

La *cholécystectomie* s'impose:

1. Dans la gangrène aiguë de la vésicule, sous l'effet d'une infection toujours grave.

2. Quand la vésicule, sous l'effet de poussées inflammatoires répétées, est ratatinée et réduite à un petit sac qui étrangle des calculs.

3. Dans les cas de cholécystite à poussées réitératives, où la vésicule est épaissie et infiltrée de concrétions et de microbes.

4. Et en plus dans tous les cas où les attaques — calculeuses ou non — se répètent et que l'infection active est actuellement éteinte.

Mais l'acte opératoire n'aura de succès définitif et permanent que si l'opéré consent après l'opération à se soumettre à un régime approprié et à une médication désinfectante qui le mettra à l'abri du retour de l'infection.

LA PHRÉNICECTOMIE.

Quelques éventualités post-opératoires[1]

Par André DUMONTIER
Médecin à l'Institut Bruchési
Assistant à l'Hôpital du Sacré-Coeur (Cartierville).

Jusqu'à ces dernières années, la phrénicectomie était considérée une opération automate, c'est-à-dire que, nécessairement et fatalement, elle devait: 1o. recueillir tous les déchets du Pneumothorax; 2o. servir d'intermédiaire préparant à la thoracoplastie dont elle était l'aboutissant naturel. Il est évident que, dans de telles conditions, son action physiologique ne fût remarquée que par quelques phtisiologues.

Aujourd'hui ce cycle généalogique, (Pno-phrénico-thoraco), est une absurdité antiphysiologique. Cet automatisme hiérarchique et cocologique peut avoir sa place dans un musée, non pas dans la thérapeutique efficace et curative de la tuberculose pulmonaire.

Aujourd'hui donc, avec les Wirth et von Jaski (Allemagne), avec les De Winter, les Derschield et les Toussaint (Belgique), avec les Morin, les De Weck, les Rautureau, les Cardis (Suisse), avec les Sergent, les Dumarest, les Bérard, les Guilleminet (France); chez nous, avec les Béthune, les Byers, les Mignault, les Cholette, les Ranger, etc..., nous disons que la phrénicectomie est une opération *autonome*, c'est-à-dire une opération, indépendante de toute autre opération préparante ou subséquente. Bien plus, c'est une opération, *bénigne* en soi, mais qui comporte de gros risques post-opératoires si les indications en sont mal posées. Enfin les résultats efficaces, soit au point de vue individuel et social, soit au point de vue économique et thérapeutique, seront d'autant plus *manifestes* que l'intervention sera pratiquée ni trop tôt, ni trop tard.

Prenons un tuberculeux dont l'ammèse, les signes cliniques, les constatations bactériologiques, radiologiques et surtout radioscopiques, une observation complète et minutieuse de quelques semaines ou quelques mois, nous font constater une lésion subévolutive, uni-

(1) Communication faite à l'Hôpital du Sacré-Coeur (Cartierville), le 15 novembre 1932, sous les auspices de la Société Médicale de Montréal.

latérale, localisée, pas trop ancienne ni trop étendue, une lésion dont la rétractilité n'est qu'ébauchée mais pas à bout de course; chez qui, les plèvres ne sont pas accolées sur une trop grande étendue; dont le diaphragme a conservé encore sa fonction; chez ce malade, afin d'éliminer la possibilité d'insufflations, assujettissantes, mal conduites, mal suivies et même abandonnées, afin d'éviter les complications pulmonaires ou pleurales, telles: perforation broncho-pulmonaire, épanchement séreux ou purulent, bilatéralisation par compressions ou aspiration, c'est un devoir de conscience, et individuel, et social d'amener le chirurgien à pratiquer chez ce malade la phrénicectomie *"d'emblée"*, je veux dire sans tenter le Pneumothorax.

La phrénicectomie comporte un temps très délicat, il faut trouver le nerf phrénique, l'extérioriser et en faire l'arrachement. Il est évident que si le chirurgien ne trouve pas le nerf, il n'y a pas de phrénicectomie, partant aucun résultat sur le diaphragme, aucun résultat sur la lésion considérée, ni immédiatement, ni tardivement.

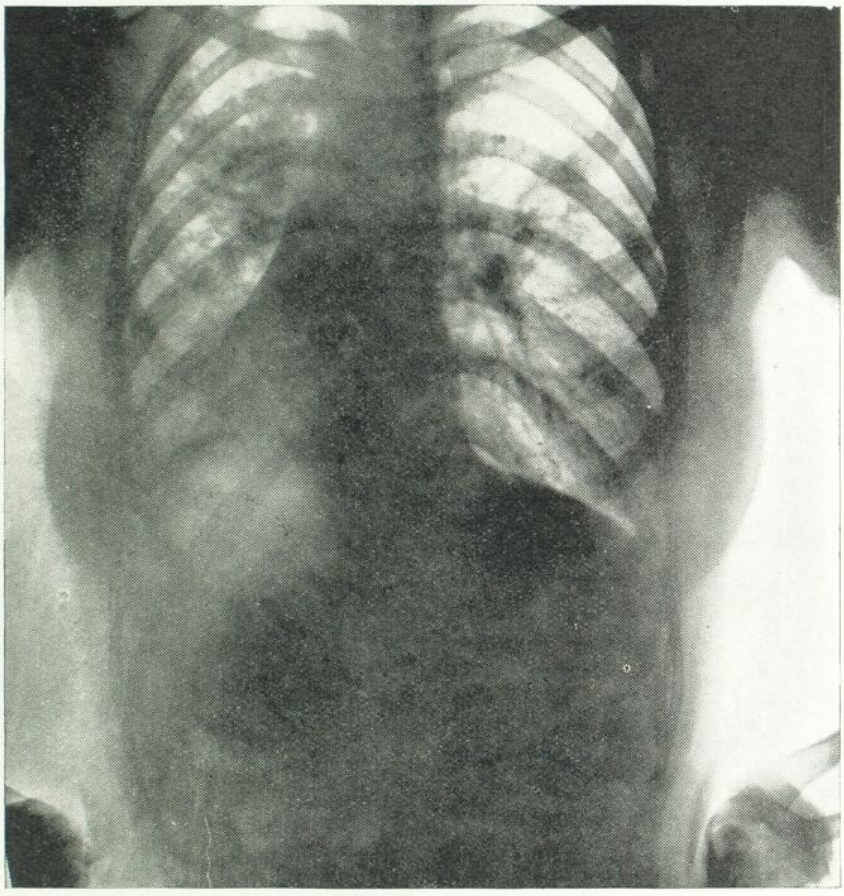
Que dire des accidents opératoires?

Nous avons dit que la phrénicectomie est une opération bénigne? dans l'histoire, il n'est rapporté que quelques accidents. S'agit-il d'accidents immédiats: Rist rapporte un cas d'hémorragie foudroyante; nous-mêmes en avons observé un cas, heureusement non mortelle. D'autres auteurs rapportent des paralysies faciales, brachiales, hémiplégiques, passagères ou permanentes. Cependant, je crois qu'il faut attribuer un peu de ces éventualités à l'acte chirurgical, car il ne faut pas oublier que pour arriver à disséquer et arracher le phrénique, nous avons des muscles à traverser, des vaisseaux à éluder, d'autres nerfs à méprendre, par ailleurs le chirurgien ne sera pas toujours à blâmer: l'anatomie phrénique y peut être pour quelque chose par les anastomoses qu'elle forme et pousse avec ses voisins. Disons, pour concilier les esprits, que ces accidents opératoires deviennent de plus en plus rares, depuis que l'on sait mieux répérer le nerf phrénique.

Parfois, dans les quelques jours, dans les quelques semaines qui suivent l'opération, le malade accuse des troubles cardiaques, des troubles digestifs, des troubles nerveux. Le phtisiologue averti ne doit pas s'en inquiéter outre mesure; dans ces cas une thérapeutique appropriée aura raison de ces incidents passagers, car la plupart du temps, ces troubles sont fonction d'un déséquilibre passager ou d'un manque d'adaptation fonctionnel.

Est-il question de la plus ou moins grande efficacité de la phrénicectomie? Nous savons aujourd'hui que la longueur du nerf enlevé,

et surtout l'ancienneté des lésions sont les entraves anatomiques des bons résultats que doit donner la phrénico-exérèse. Chaque fois que l'arrachement complet du phrénique n'amène pas l'ascension et la parésie du diaphragme, nous pouvons en accuser l'ancienneté des lésions.



Type III A. — Radiographie en date du 11 octobre 1932 nous fait voir un foyer Tb. à droite, i.e., 3 mois après la phrénicectomie gauche.

Voici quelques éventualités Types:

Type I *"Ancienneté des lésions"*.
J. B. L..25 ans.
Début apparent: 1924.
Diagnostic: TBP. subfébrile, ouverte, ancienne.
Juillet 1930: PNO irréalisable (9 tentatives).
Août 1931: Phrénicectomie droite (8 pouces enlevés).
Résultat: nul et sur la lésion et sur le diaphragme.

Type II *"Nerf enlevé trop court".*

A. B..24 ans, boulanger.

Début apparent: novembre 1930.

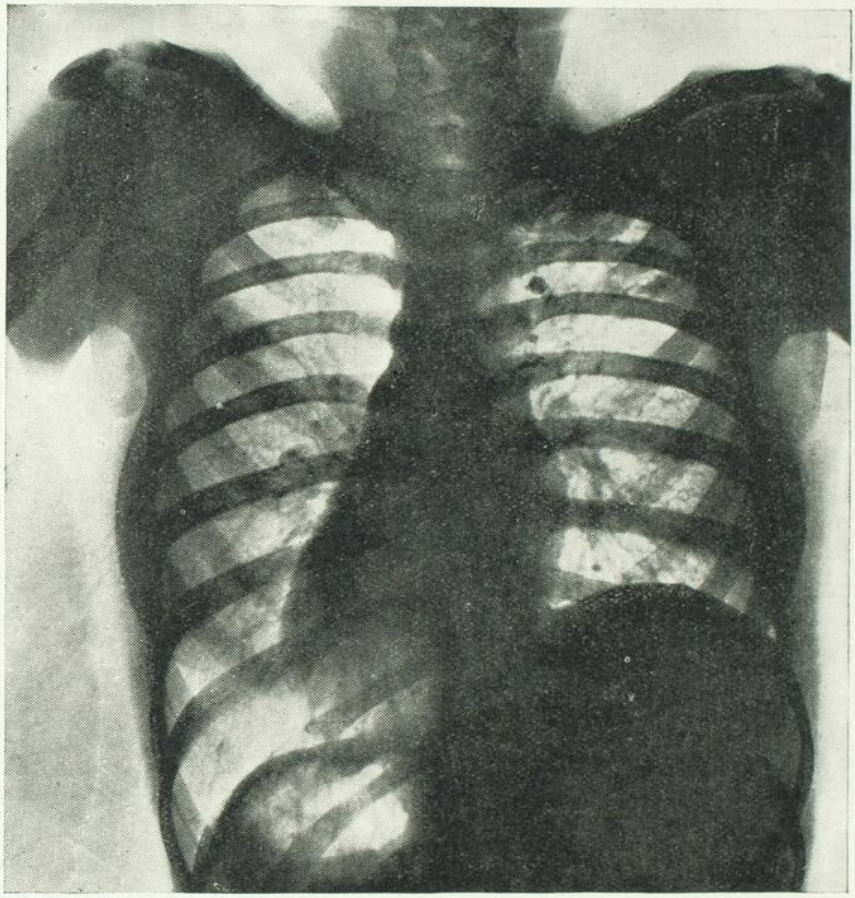
Diagnostic: TBP. apicale gauche ouverte.

Novembre 1931: Pno irréalisable.

Décembre 1931: Phrénico-exérèse gauche, difficile (2½ pcs enlevés).

Résultat immédiat: immobilité, légère ascension.

Avril 1932: reprise de la fonction diaphragmatique.



Type IV (2). — Radiographie nous montrant une telle ascension diaphragmatique en même temps qu'un tassement des lésions apicales, non excavées avant la phrénico-exérèse.

Type III *"Bilatéralisation ou extension des lésions à d'autres organes".*

A. Foyer controlatéral après phrénicectomie:

B. B..23 ans, étudiante.

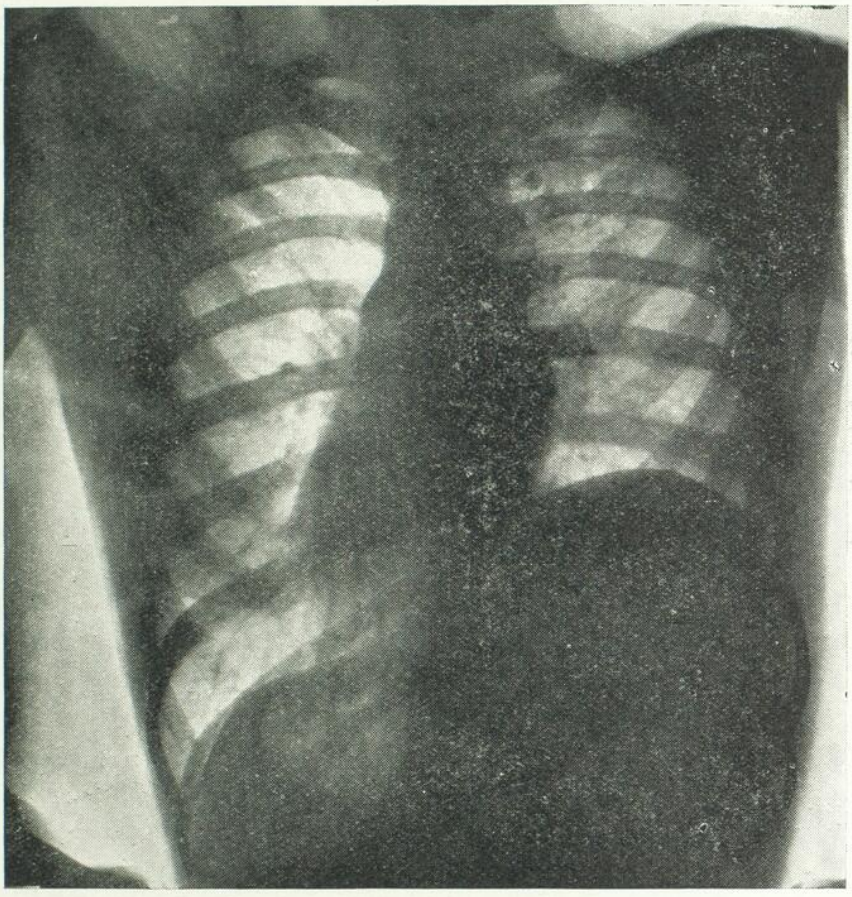
Début apparent: septembre 1929.

Diagnostic: TBP, ouverte, gauche, subfébrile, évoluant par poussées.

Mai 1932: PNO, tenté et irréalisable après un mois d'essai.

Juillet 1932: Phrénicectomie gauche.

Résultat: Bon et sur la lésion et sur le diaphragme.
Octobre 1932: apparition d'un foyer pulmonaire controlatéral 3 mois après la phrénicectomie.



Type IV (3). — En date du 15 novembre 1932, nous notons une cavité apicale droite en plus d'une plage pulmonaire très chargée.

B. TB. intestinale consécutive à une phrénico exérèse:
A. C..33 ans, cultivateur.
Début apparent: pleurésie en 1929.
Mars 1932: le patient met à l'essai toutes les cures charlatanesques.
Mai 1932: traité par les Rayons-X et les Ultra-violets.
Dès lors il crache du sang tous les 8 ou 10 jours.
Diagnostic: TBP. bilatérale, excavée à gauche.
Août 1932: Phrénicectomie d'emblée à gauche.
Résultat: hémoptysies subjuguées.
Octobre 1932: TB. intestinale soit 1½ mois après la phrénicectomie.

Type IV "*Réactivation ou Réveil d'une lésion ancienne*".

J. C. .24 ans, ménagère.

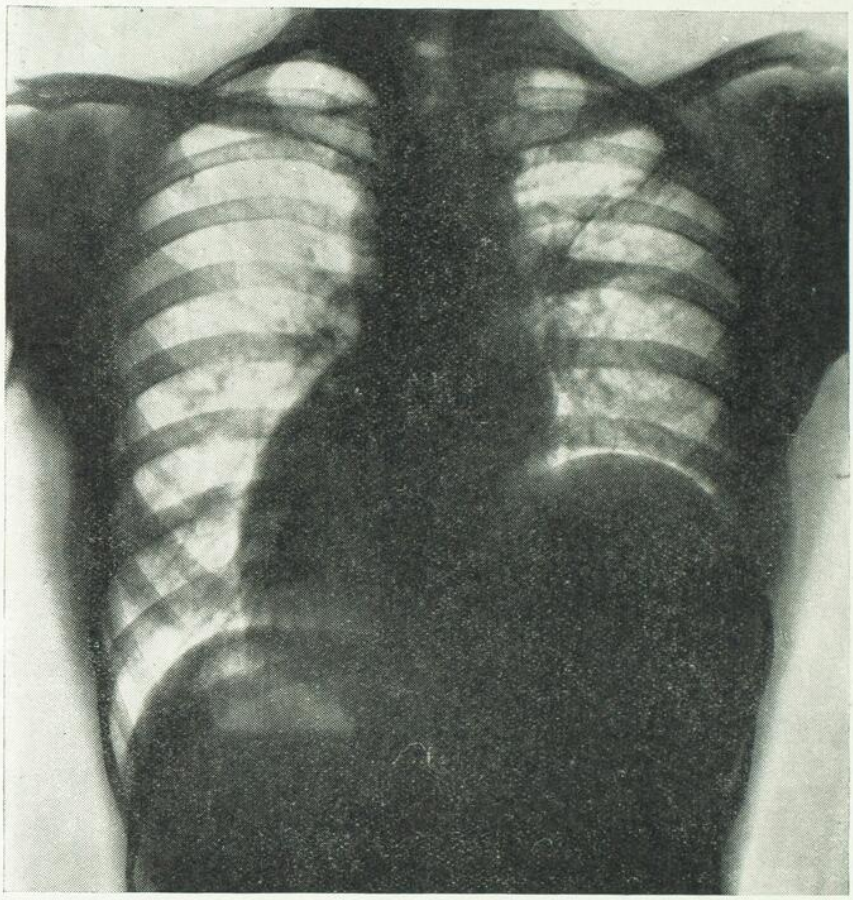
Début: TBP. incipiens diagnostiquée par un confrère.

PNO tenté mais irréalisable.

Décembre 1929: Phrénicectomie.

Février 1930: envoyée au Sacré-Coeur pour une cure de 14 mois.

Février 1932: nouvelle poussée Tb. sur la lésion initiale en plus excavation, et manifestations intestinales.



Type V (2). — Un mois après appendicectomie d'urgence, cette malade nous présente une lobite basale droite à forme pneumonique.

Type V

Mme C. C. .36 ans, mariée, mère de 5 enfants en B. S.

Début apparent: janvier 1932.

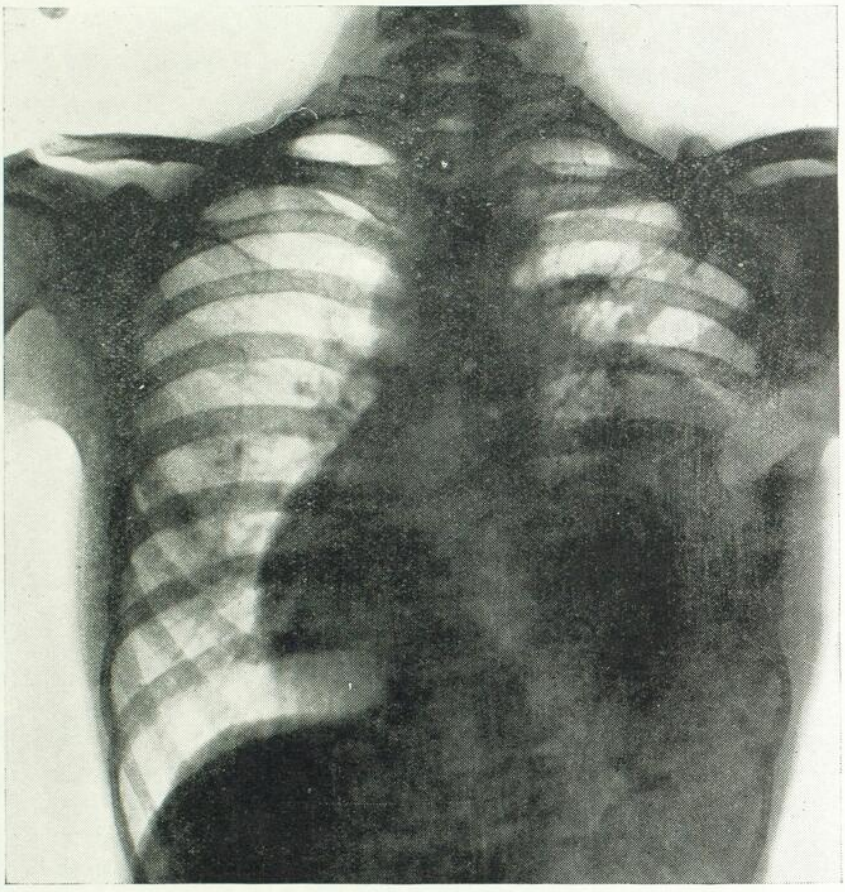
Diagnostic: TBP. droite, ouverte, subfébrile, récente.

Mai 1932: Pno irréalisable.

Juin 1932: Phrénicectomie droite.

Septembre 1932: appendicectomie d'urgence.

A la suite d'appendicectomie, la malade nous développe une infection pulmonaire, de nature pneumonique, d'apparence non tuberculeuse et, chose curieuse, du côté de sa phrénico-exérèse.
Radiographie. (Gracieuseté du Dr A.-M. Cholette).



Type V (1). — Radiographie prise un mois après phrénicectomie droite.

De ces observations, il ne faudrait pas conclure que la phrénicectomie est condamnable: quelle opération, toute bénigne qu'elle soit, ne présente pas un aléa passif et un aléa actif. Ce qui charge les insuccès de la phrénico-exérèse, comme de toute méthode opératoire, ce sont les mauvaises indications.

Les observations que je viens de rapporter ne présentaient pas les indications idéales: en effet la plupart sont consécutives à un PNO irréalisable; partant les résultats attendus ne pouvaient être que médiocres.

Ne considérons donc pas la phrénicectomie, comme la planche de salut qu'on tend au PNO irréalisable ou dangereux, ni comme le couloir qui conduit à la thoracoplastie: ce ne sont pas là les indications générales et idéales de la phrénicectomie.

La phrénico-exérèse, c'est une opération autonome, dont les indications ne peuvent être posées que par un médecin qui a fait une étude spéciale, complète et approfondie de la méthode; ce médecin peut alors juger de l'opportunité de cette opération et des résultats qu'il est en droit de retirer de la phrénicectomie.

Enfin le phtisiologue doit suivre son phrénicectomisé assez longtemps et assez régulièrement après l'opération, s'il ne veut pas être pris au dépourvu par l'une des éventualités que je viens de signaler: c'est la quote-part du petit nombre, il est vrai, mais lequel de nos phrénicectomisés nous présentera des accidents post-opératoires: nous ne le connaissons pas.

La phrénicectomie est une opération bénigne, autonome, qui peut rendre de grands services dans la thérapeutique antituberculeuse pour celui qui en connaît bien l'action physiologique et les indications, mais dont il ne faut pas abuser, si nous voulons montrer des résultats manifestes et définitifs.

BIBLIOGRAPHIE

DUMAREST et BRETTE: — Pratique du PNO. Masson & Cie.
JEAN MORIN: — Du PNO à la phrénicectomie. Masson & Cie.
CHOLETTE et SENECAL: — Union Médicale du Canada, (sept. 1932).
TICE: — International Medical Digest (Research Bureau).
DeWECK et BECHMAN: — Jour. de Lyon, (juin 1932).
WIRTH et VON JASKI: — Erfahrungen bei 600 Phrénicusoperationen.
LEON BERNARD: — Etat actuel des méthodes collapsothérapiques. Monde médical, (nov. 1931).
TRUDEAU: — J. A. M., A. 23 janvier 1932.
MORIN et RAUTUREAU: Indications et résultats de la Phrén. selon l'état anatomique de la plèvre.
CARDIS et JOANNETTE: La rétraction élective dans la phrénico-exérèse.
BOUESSEE: — Les poussées évolutives dans le moignon collabé, Thèse 1930.

SYMPTOMATOLOGIE ET TRAITEMENT MÉDICAL DES ÉTATS HYPO ET HYPERTHYROIDIENS[1]

Par JEAN SAUCIER
Service de Neurologie de l'hôpital Notre-Dame.

J'ai pour mission de vous présenter, dans un temps fort restreint, la description clinique des états hypo et hyperthyroïdiens et leur traitement médical. D'autres après moi envisageront les thérapeutiques, radiologique, puis chirurgicale de ces affections. Je vous offrirai des tableaux forcément schématiques, négligeant l'hypothétique pour n'appuyer que sur l'acquis.

Je décrirai tout d'abord, dans une première partie, la sémiologie des syndromes de déficit, représentés surtout par le *myxœdème,* puis celle des syndromes dits d'hyperactivité thyroïdienne, communément désignés sous le nom de *maladie de Basedow.* J'ajouterai quelques mots à l'égard des manifestations d'instabilité thyroïdienne, relevant à la fois de l'hypo et de l'hyperthyroïdie. La seconde partie, plus courte, sera consacrée à la thérapeutique médicale de ces états.

* * *

Le *myxœdème,* état dystrophique spécial dû à l'insuffisance du corps thyroïde, est caractérisé par trois symptômes cardinaux: l'infiltration des téguments, les troubles intellectuels et l'atrophie du corps thyroïde, autour desquels se groupent un certain nombre de symptômes secondaires. (2).

La description des états hypothyroïdiens peut être très nuancée, et il faut retenir qu'à côté de la grande insuffisance qui caractérise le myxœdème congénital ou idiotie myxœdémateuse de Bourneville, le myxœdème endémique ou crétinisme et les myxœdèmes acquis de l'enfant, il y a place pour des formes intermédiaires, telles que le myxœdème spontané de l'adulte, le myxœdème opératoire, l'infanti-

---

(1) Travail présenté à la Société médicale de Montréal, le 18 avril 1933.

(2) Souques et Foix. Glandes endocrines; troubles du développement, page 169.

lisme myxœdémateux; et pour des formes légères, telles que l'hypothyroïdie bénigne chronique de Hertoghe.

Je prendrai pour type de description le myxœdème spontané de l'adulte. Son début, lent et insidieux, survient entre 30 et 50 ans. Il est habituellement la séquelle d'une maladie infectieuse. Afin d'aider la mémoire, permettez-moi de procéder encore, dans l'exposé des symptômes, selon le schéma classique:

1°. *L'infiltration des téguments.* Le facies myxœdémateux est caractéristique: face en pleine lune, élargissement et évasement des orifices, pâleur jaunâtre et cireuse de la peau, immobilité inexpressive des traits. Ailleurs, les téguments sont également épaissis et infiltrés. La consistance de cette peau, qui ne se laisse pas pincer ni déprimer par le doigt, est dure et élastique. Il existe un certain degré d'acrocyanose. Les ongles sont cassants, striés; les cheveux sont secs et rares; les sourcils, les cils, les poils axillaires et pubiens sont très rudimentaires. Les sécrétions, sudorale et sébacée se tarissent. En somme, un mot pour retenir l'ensemble: *pachydermie.*

2° *Les troubles intellectuels.* Ceux-ci sont caractérisés par une torpeur et une apathie profondes, faisant de ces malades des ralentis, des endormis, des paresseux, des engourdis psychiques.

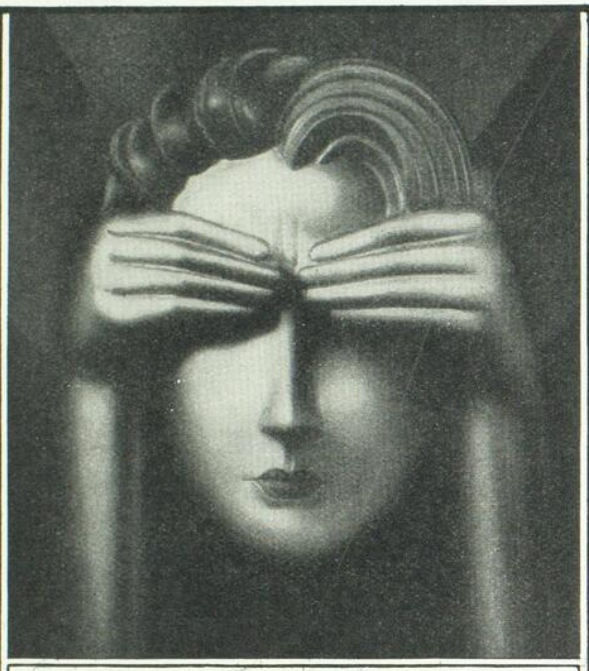
3° *L'atrophie du corps thyroïde.* Cette atrophie ne manque jamais. La glande est tantôt infime, tantôt apparemment absente.

Enfin, les *signes accessoires,* à peu près constants, sont les suivants: hypotension artérielle, petitesse et faiblesse du pouls, hypothermie, frilosité, ralentissement des processus métaboliques, augmentation notamment, de la tolérance pour le sucre, anémie modérée et troubles profonds dans le développement somatique de l'individu lorsque la maladie est congénitale ou atteint les jeunes enfants.

Ce tableau vaut dans son ensemble pour toutes les formes cliniques de l'hypothyroïde. Il variera d'intensité selon l'importance du vice fonctionnel et selon sa date d'apparition. C'est ainsi que les idiots de Bourneville et les crétins seront au bas de l'échelle, tandis que les petits insuffisants thyroïdiens de Hertoghe ne se reconnaîtront qu'à des signes tout à fait frustes mais que l'on retrouvera cependant assez aisément en interrogeant attentivement la peau et le psychisme et en palpant le corps thyroïde. Et ceci nous amène à répéter, pour terminer la description de l'hypothyroïdie, l'énoncé rapide de sa physionomie habituelle, essentiellement représentée par *de la pachydermie, du ralentissement psycho-moteur et l'atrophie thyroïdienne.*

* * *

VERAMON



Un analgésique sûr et puissant

"Ayant été moi-même une victime de la migraine, je puis parler avec grand enthousiasme des excellents résultats que j'ai obtenus de VERAMON."

.....M. A., M. D.

"Dans le cas de dysménorrhée, je le considère comme un 'spécifique'."

.....M. B., B. Ch.

VERAMON est un remède idéal contre toutes les sortes de douleurs.

Sa composition est telle que ses constituants, deux puissants analgésiques, se désintoxiquent réciproquement. Leurs effets secondaires se trouvent totalement éliminés et l'action analgésique de chacun renforcée.

Comme résultat, Veramon n'est ni toxique, ni hypnotique et ne fait pas contracter d'habitude.

L'expérience clinique en a démontré la valeur dans tous les états douloureux, depuis le simple mal de tête jusqu'à la dysménorrhée de caractère grave, depuis le mal de dents jusqu'à la colique biliaire.

Empaquetages originaux :
Tubes contenant 10 et 20 tablettes de 6 grains.

Bouteilles contenant 100 et 250 tablettes de 6 grains.

Carton de poudre d'une once.

SCHERING (CANADA) LTD. MONTREAL

P. O. B. 358 MONTREAL

AFFECTIONS des VOIES RESPIRATOIRES à tous les AGES

BRONCHITES
RHUMES
ASTHME
GRIPPE

BRONCHODERMINE

PNEUMONIE
PLEURITE
ETC.,
ETC.

La PEAU est l'AGENT D'ABSORPTION le PLUS SIMPLE

C'est l'absorbant et dyaliseur à grande surface

RESPECT DES VOIES STOMACALES, INTESTINALES ET RÉNALES

La simple figure jointe rend compte de ses avantages et de son mode d'emploi

GAIACOL. SÈVE DE PIN. TERPINOL, HÉLÉNINE arrivent droit au poumon

MODE D'EMPLOI. — Enduire le dos, la poitrine et les aisselles et recouvrir de flanelle ou d'ouate, la même jusqu'à la fin du traitement.

Ni atropine, ni belladone, dangereux
par accumulation ou habitude

SUPPRIMENT LE SPASME
AUCUN TOXIQUE

ASEPTISENT
HUMECTENT
DIVISENT
EXPULSENT

GRAINS ANISÉS DE
CHARBON TISSOT

AGGLOMÉRATION
VOLUME
FORME
AROME

Utiles à tout âge
pour Estomac net, Intestin net
Exonération régulière facile et douce

MODE D'EMPLOI. — Pour les enfants, quelques grains Adultes : 1 ou 2 cuillères à café après les repas ou 2 le soir (croquer ou avaler).

SIROP GUILLIERMOND
Iodo-Tannique

Affections Cardio-Vasculaires
Affections Pulmonaires chroniques
Lymphatisme, Goître, Dermatoses.

Maison Bertaut - Blancard frères, 64 rue de la Rochefoucauld, Paris 9ème.
Prescrire : **SIROP GUILLIERMOND, un Flacon**
Agent général pour le Canada: **H. B. de PASSILLE,** 426 rue Cherrier, Montréal.
Echantillon gratuit sur demande.

LABORATOIRE "YSE"
65, R. LOUIS-BLANC
PARIS
X^e

H. CHATELUT
PHARMACIEN
Echantillon médical

DRAGÉES NÉVROSTHÉNIQUES "YSE"

PHOSPHURE DE ZN, NUX VOMICA, KOLA GUARANA

NEURASTHÉNIE, SURMENAGE INTELLECTUEL, DÉPRESSIONS PHYSIQUE & CÉRÉBRALE

Agent au Canada: H. B. de PASSILLE, 426 rue Cherrier, Montréal.

La *maladie de Basedow*, plus exactement, de Parry-Graves-Basedow, ou goitre exophtalmique, ou goitre toxique, est un syndrome dont l'étiologie et les mécanismes pathogéniques sont encore mal élucidés. Pour des raisons d'ordre didactique, et surtout à cause des rapports inverses qui existent entre cette affection et l'hypothyroïdie, l'opinion générale admet encore l'appellation *d'hyperthyroïdie*.

Ce syndrome se reconnaît à quatre signes primordiaux: la tachycardie, le goitre, l'exophtalmie et le tremblement, auxquels il convient d'ajouter quelques signes secondaires, rarement absents, qui complètent habituellement le tableau et que je mentionnerai plus loin.

Je décrirai tout d'abord le goitre exophtalmique typique pour revenir plus tard sur les syndromes incomplets, ou syndromes frustes.

Chez les basedowiens *classiques* il est convenu de rechercher:

1°. *La tachycardie.* Ce trouble constitue le signe prédominant de la maladie et il apparaît habituellement le premier. On compte en moyenne, au repos, 100 à 140 battements à la minute. Cette tachycardie est exagérée par les excitations de toute nature. Elle est permanente et il arrive souvent qu'elle présente des paroxysmes fort pénibles. Ceux-ci ont une durée essentiellement variable. Dans la majorité des cas, les palpitations s'intègrent dans le cadre des désordres cardio-vasculaires. Celles-ci évoluent toutefois pour leur propre compte et ne sont aucunement en rapport avec la tachycardie; elles ne traduisent rien plus que l'énergie du choc cardiaque. Chez les sujets jeunes, l'arythmie est rare et les désordres fonctionnels du cœur sont tardifs. Les souffles que l'on peut entendre sont rarement dus à une lésion valvulaire et paraissent plutôt être sous la dépendance de la dilatation cardiaque. Certains cas graves, cependant, ne sont pas exempts de troubles menaçants conduisant à une véritable asystolie. Parfois, la violence des battements soulève les carotides assez violemment pour que le phénomène soit aisément perçu à distance. Enfin, cet éréthisme cardiaque rend partiellement compte des troubles vasomoteurs, des oscillations de la tension artérielle et des érythèmes passagers de ces malades.

2°. *Le goitre.* Habituellement insidieux et progressif, celui-ci est remarqué par les malades le jour où ils sentent la nécessité d'élargir le col de leurs vêtements. Les débuts brusques sont rares. Le volume est généralement modéré. Le gonflement est diffus et régulier, quoique assez souvent, à prédominance lobaire droite. La palpation fait percevoir l'expansion systolique; des souffles peuvent être entendus. Les troubles cardio-vasculaires, la menstruation, les émotions et la fatigue provoquent des poussées congestives fréquentes, cependant, il est rare que le goitre entraîne des troubles de compression.

3°. *L'exophtalmie.* Symptôme souvent tardif, elle apparaît après la tachycardie et parfois après le goitre. Cette exophtalmie est conditionnée par deux mécanismes, le plus souvent associés: la protrusion des globes oculaires et l'élargissement de la fente palpébrale, la première sous la dépendance de la tension de l'aponévrose de Tenon, le second, dû à la contraction du muscle de Muller, tous deux d'innervation sympathique. L'exophtalmie est presque toujours bilatérale. Son unilatéralité fera parfois penser aux tumeurs de l'orbite, mais l'association d'autres signes de la série basedowienne ne tardera pas à dissiper le malentendu. Il est classique de signaler l'éclat brillant du regard et l'absence de modifications pupillaires.

Quatre auteurs ont attaché leur nom aux changements oculaires de la maladie de Basedow: Stellwag, de Graefe, Joffroy et Möbius. Voilà autant de signes que je décrirai brièvement:

Le *signe de Stellwag* est caractérisé par l'absence d'occlusion complète de l'œil pendant le sommeil. On lui attribue également le phénomène de la rareté du clignement.

Le *signe de de Graefe* est le défaut de synergie entre les mouvements des globes oculaires et ceux des paupières supérieures: dans le regard en bas, la paupière supérieure ne suit pas le globe, et dans le regard en haut, ou bien la paupière remonte plus vite que le globe, ou bien, le globe remonte seul.

Le *signe de Joffroy* est le défaut de synergie entre le muscle frontal et les muscles releveurs de la paupière supérieure et du globe. Le frontal ne se plisse pas ou se plisse en retard.

Le *signe de Möbius, enfin,* est une parésie de la convergence.

4°. *Le tremblement.* Ce symptôme est précoce et à peu près constant. Ses oscillations sont rapides, petites et régulières. Existant au repos, il est peu exagéré par les mouvements intentionnels, mais il l'est considérablement par les émotions. Le tremblement basedowien se généralise à tout le corps sauf aux muscles de la face.

Voici maintenant les signes qu'il est convenu d'appeler *secondaires.* Pour moins démonstratifs qu'ils soient, ils font cependant, dans la plupart des cas partie du syndrome. A la peau, il convient de mentionner l'urticaire, le prurit, et parfois l'alopécie; plus rarement la sclérodermie. Du côté de l'appareil génito-urinaire, l'aménorrhée est presque constante; la polyurie et la pollakiurie sont fréquentes; la glycosurie adrénalinique constitue un test assez fidèle. L'appareil digestif paie son tribut par les vomissements et la diarrhée. L'appareil respiratoire est le siège d'une dyspnée spéciale, saccadée,

SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL

Flacons-ampoules de 10cc de Sérum pur
- A) Sérothérapie spécifique des ANÉMIES (Carnot)
- B) Tous autres emplois du Sérum de Cheval:
  HÉMORRAGIES (P.E. Weill)
  PANSEMENTS (R. Petit)

Sirop ou Comprimés de sang hémopoïétique total
- ANÉMIES
- CONVALESCENCES
- TUBERCULOSE, etc.

Echantillons, Littérature

97, RUE DE VAUGIRARD — Paris.

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

Un Laxatif et un Digestif Physiologiques

WYALIN

Stimule l'excrétion de la bile
Aide la digestion
Diminue la putréfaction intestinale

La plus récente préparation de Wyeth-Wyalin reçoit déjà un accueil favorable de la part des médecins qui la considèrent rationnelle non seulement en théorie mais efficace en pratique.

Wyalin associe l'action stimulante des sels biliaires et des enzymes pancréatiques, ce qui permet de le considérer comme un laxatif et un cholagogue physiologiques.

L'effet laxatif a été augmenté par l'addition de petites doses de noix vomique et d'extraits de cascara vieillis.

Employé pour le traitement de la paresse intestinale due à l'insuffisance biliaire, Wyalin augmente l'excrétion de la bile, facilite la digestion des graisses, arrête la putréfaction.

Wyalin est une forme efficace dans la thérapeutique de la cholécystite.

Pour la facilité de la prescription, préparé en paquets de 50 comprimés de forme et de couleur distinctives.

Nous serait-il permis de vous envoyer un échantillon de Wyalin pour essai clinique ?

ESTABLISHED IN CANADA
WYETHS
1883

JOHN WYETH & BROTHER INC.

WALKERVILLE, ONTARIO

occasionnée tantôt par des accès de tachycardie, tantôt, mais bien plus rarement, par compression des récurrents. L'état général est profondément atteint et ces malades maigrissent. Le test du métabolisme basal met bien en valeur cette accélération pathologique des échanges. Schématiquement, le métabolisme basal serait augmenté du tiers dans les cas légers, de la moitié dans les cas moyens et du double dans les cas graves. Le système nerveux traduit sa souffrance par de l'asthénie, par des hyperesthésies viscérales, par des troubles vaso-moteurs et sécrétoires parfois intenses: crises sudoripares, rougeurs, bouffées congestives, œdèmes, etc. L'aspect mental, enfin, est surtout caractérisé par des troubles du caractère et de l'humeur évoluant soit sous la forme d'une hypomanie ou d'une mélancolie de moyenne intensité, soit sous celle de véritables délires. Ces psychoses ont fait dire à un psychiâtre français qui aime les images, qu'elles constituaient une fleur admirable dans le jardin endocrinologique de la psychiâtrie!

Les remaniements de la question ont considérablement déplacé l'importance des symptômes, et nous verrons bientôt, en étudiant les formes frustes, que tel signe autrefois secondaire a aujourd'hui la valeur d'un signe caractéristique et vice versa.

.Par syndromes *frustes* de la maladie de Basedow, on entend généralement des formes dans lesquelles un ou plusieurs des signes cardinaux sont absents, ou à peine esquissés. C'est dans ces formes, devenues très communes depuis la recherche sériée du métabolisme basal chez tous les sujets douteux, que le cortège des symptômes secondaires prendra de l'importance pour le diagnostic. Que l'on imagine une malade sans exophtalmie et sans goitre, mais ayant un métabolisme basal élevé, amaigrie, asthéniée, aménorrhéique, modérément tachycardique, et nous aurons un bel exemple de *Basedow* fruste. Mais, il s'en faut de beaucoup que tous les cas soient aussi simples. On fait encore entrer dans la classe des cas frustes les goitres simples basedowifiés, les névroses cardiaques, les cœurs irritables, certaines instabilités de l'émotivité et de la vaso-motricité, les sympathicotonies, certaines vagotonies, et même d'authentiques psychoses.

Bien que mise en doute par certains auteurs, la transformation du goitre simple en goitre toxique avec tachycardie, exophtalmie modérée, amaigrissement et troubles psychiques s'observe assez fréquemment. Les cœurs irritables, de même que les déréglés de l'émotivité et de la vaso-motricité, sans goitre et sans exophtalmie peuvent à la rigueur être considérés comme faisant partie des *Basedow* frustes, si

ces malades maigrissent, ont un métabolisme basal élevé et répondent positivement à l'épreuve adrénalinique d'Aschner et au test hypophysaire de Claude, Baudouin et Porak. (3). Chez les véritables basedowiens, l'injection d'un demi-milligramme d'adrénaline provoque des palpitations, de la tachycardie, de la mydriase et de la glucosurie, tandis que les névroses cardiaques pures ne réagissent pas. L'injection d'extraits hypophysaires augmente la tension artérielle et ralentit le pouls de certains tachycardiques, et incline à attribuer leurs troubles à la maladie de Basedow, puisque le même test reste sans effet sur les névroses vaso-motrices dues à d'autres causes.

Les manifestations sympathicotoniques: chaleurs et rougeurs subites, hypersudation, tremblements, tachycardie, palpitations, élévation de la tension artérielle, mydriase, etc. ne sont pas suffisantes à elles seules pour affirmer le diagnostic de goitre toxique, même fruste; Hyman et Kessel exigent qu'à ces signes s'ajoutent, au moins: l'asthénie, l'amaigrissement et l'élévation du métabolisme basal. (4) Les mêmes conditions doivent être exigées des manifestations vagotoniques pures, d'ailleurs beaucoup plus rares. En réalité, l'opinion actuelle tend, avec Guillaume, (5) à considérer que les syndromes basedowiens présentent des troubles organo-végétatifs à la fois sympathicotoniques et vagotoniques, qu'ils réalisent en somme, un syndrome de neurotonie intriquée.

Quant aux psychoses thyroïdiennes, étudiées surtout par Laignel-Lavastine, leur identité est loin d'être démontrée. En général, pour affirmer qu'une psychose soit l'expression de l'hyperthyroïdie, elle doit survenir à l'occasion de troubles nettement basedowiens, qui habituellement la précèdent.

Ce court aperçu des aspects frustes de la maladie de Basedow démontre bien la valeur de certains signes, considérés peut-être à tort comme secondaires, à savoir: l'augmentation du métabolisme basal, l'amaigrissement et l'asthénie.

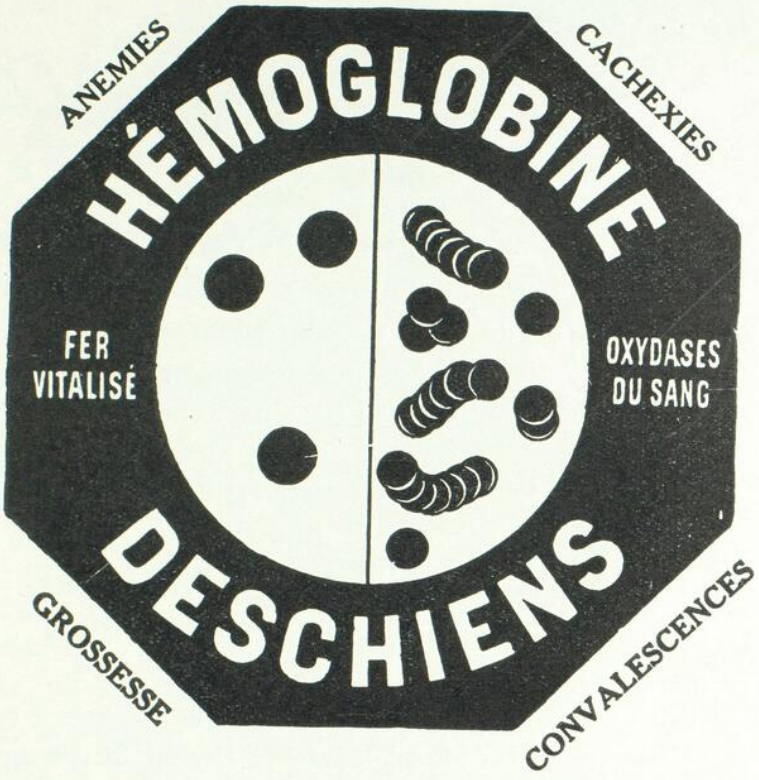
* * *

J'aurai terminé la description sommaire des troubles fonctionnels de la thyroïde en mentionnant *l'instabilité thyroïdienne* de

(3) Souques. Ouvrage cité, page 214.

(4) Hyman & Kessel. Studies of exoph. goiter and the involuntary nervous system. J.A.M.A. 13 juin 1933.

(5) A.-C. Guillaume. Vagotonies, sympathicotonies, neurotonies, page 214.



Opothérapie Hématique

Totale

Sirop de DESCHIENS

à l'Hémoglobine vivante

Renferme intactes les Substances Minimales du Sang total

MÉDICATION RATIONNELLE DES

Syndromes Anémiques

et des

Déchéances organiques

Une cuillerée à potage à chaque repas.

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

Canada: ROUGIER FRÈRES, à Montréal.

Dans la Myocardite — Prescrivez

THEOCALCIN

(*théobromine-salicylate de calcium*)

Donnez Theocalcin pour augmenter l'efficacité de l'activité cardiaque, diminuer la dyspnée et réduire l'oedème. Theocalcin est un diurétique puissant et un stimulant cardiaque à la dose de une à trois comprimés, trois fois par jour, pendant ou après les repas.

Littérature et échantillon envoyés sur demande.

MERCK & CO. LIMITED

412, rue St-Sulpice, - MONTREAL

VENDEURS AUTORISÉS

Manufacturiers BILHUBER-KNOLL CORP., Jersey City, N.J.

PINEOLEUM

(nom déposé)

LES SOLUTIONS HUILEUSES

DANS LE

CORYZA AIGU

"Employer une **solution huileuse** pour le traitement ordinaire du rhume de cerveau" — c'est là l'avis d'une majorité de 61% des médecins américains, à la suite d'une enquête sérieuse.

Parmi les solutions huileuses, Pineoleum est très hautement recommandé pour son action calmante et son pouvoir de pénétration et d'inhibition. Il peut être prescrit avec confiance pour un traitement supplémentaire, mais effectif à la maison — soit en flacon compte-gouttes ou en vaporisateurs.

The Pineoleum Co.,
a/s **Lyman Agencies, Ltd.**
Montréal, Canada.

S. V. P. envoyer un échantillon de Pineoleum.

Nom .....

Adresse .....

Léopold Lévi, assimilable aux dysthyroïdies de certains auteurs, et essentiellement constituée par l'alternance ou l'association chez le même sujet, de signes de la série myxœdémateuse et de la série basedowienne.

* * *

Et voyons maintenant, dans cette seconde partie, qui sera brève, comment il convient de traiter *médicalement ces états.*

Les syndromes d'insuffisance thyroïdienne relèvent tous de *l'opothérapie thyroïdienne,* administrée à des doses éminemment variables, (de 0.01 gm. à 0.50 gm. par jour), selon l'importance du déficit glandulaire. Cette proposition se passe de commentaires. De tous les modes utilisés: greffes, iodothyrine, thyroglobuline, thyroxine, glande fraîche et extraits variés, le procédé le plus actif, le plus pratique et le plus couramment employé est la poudre de thyroïde,(6) obtenue en desséchant la glande dans le vide, en présence d'acide sulfurique. Après dessication, la glande est pulvérisée et s'administre par la bouche sous forme de comprimés habituellement dosés à 0.01 gm.; 0.05 gm.; 0.10 gm. et 0.25 gm. Cette opothérapie s'adresse encore à beaucoup d'autres états pathologiques, mais je ne puis m'arrêter à ces considérations qui dépassent notre sujet, et je passe immédiatement aux syndromes basedowiens.

Il faut être éclectique dans la thérapeutique de l'hyperthyroïdie, et ne jamais entreprendre son traitement avec l'idée préconçue que la même thérapie peut s'appliquer à tous les cas. Il ne faut d'abord pas oublier qu'il y a des basedowiens, notamment les sujets jeunes, qui guérissent spontanément dans 60 à 70% des cas. (7) D'autres guérissent à la suite d'un repos, relatif ou absolu, de l'hydrothérapie, de diètes spéciales, réduites au minimum de toxiques et d'excitants, ou encore de cures climatiques et thermales. Chez beaucoup de malades, cependant, il est nécessaire d'avoir recours au triple traitement, médical, électroradiologique et chirurgical.

Je négligerai les thérapeutiques spéciales pour n'envisager que le seul traitement médical.

Lorsque les moyens hygiéno-diététiques et hydrothérapiques auront échoué, il faudra s'adresser aux diverses médications qui se disputent actuellement la faveur des médecins, médications qui toutefois, ne s'adressent pas à la cause, encore obscure, mais visent un ou plusieurs symptômes.

---

(6) E, Gley. Les progrès récents en thérapie endocrinienne, page 79.

Le goitre et l'exophtalmie ne seront généralement pas rapidement influencés, mais la tachycardie, le tremblement et le métabolisme basal bénéficieront précocement de l'emploi de l'iode, qui constitue vraiment l'agent primordial de la thérapeutique médicale des états basedowiens.

L'iode, introduit dans la thérapeutique du goitre toxique par les auteurs américains, puis par Marcel Labbé et son école, lutte efficacement contre les symptômes cardiaques et nerveux et abaisse le métabolisme basal. Il arrive souvent, chez les malades âgés de moins de 35 ans, que ses effets soient permanents, mais son influence est aussi souvent éphémère, surtout chez les sujets âgés. Quoiqu'il en soit, l'accalmie qu'amène l'iode n'est pas sans intérêt et de nombreux chirurgiens utilisent ce calme relatif pour opérer leurs basedowiens dans de meilleures conditions.

Les préparations utilisées sont nombreuses mais le choix semble fixé sur la solution de Lugol, qui est une solution iodo-iodurée, et sur l'iodure de potassium. L'inhalation d'iodure d'éthyle reste un procédé d'exception. Goldemberg (8) a recommandé également l'emploi du fluorure de sodium, mais sa formule n'a pas détrôné l'iode et les iodures.

Cette action favorable de l'iode sur les symptômes les plus alarmants de la maladie, à savoir: les troubles cardiaques et nerveux, dispensera le plus souvent le praticien d'avoir recours aux médicaments symptomatiques habituels dont la liste est interminable. A lui seul, l'iode constitue un médicament symptomatique polyvalent. Il est bon cependant de retenir la digitale et la quinidine qui peuvent rendre des services dans les tachycardies opiniâtres avec menace d'insuffisance cardiaque.

Je mentionne encore le tartrate d'ergotamine, qui a été utilisé dans les manifestations sympathicotoniques mais que l'on délaisse de plus en plus à cause des dangers auxquels il expose. Il semble que les doses efficaces soient très voisines des doses toxiques.

L'hématoéthyroïdine de Hallion, ou sang total du cheval éthyroïdé depuis plus d'un mois part d'une excellente idée théorique, mais les résultats obtenus sont contradictoires, et, semble-t-il, moins constants que ceux que l'on obtient avec l'iode.

---

(7) Hyman & Kessel. Ouvrage cité, page 2017.

(8) Goldemberg L. Le traitement fluoré du goitre exoph. Pr. Médicale, 20 décembre 1930.

Les associations glandulaires, notamment d'ovaire, sont recommandées quand d'autres glandes paraissent concomitamment atteintes. Quant à l'opothérapie thyroïdienne, elle est formellement contre-indiquée dans les syndromes basedowiens purs; (9) on l'emploiera très prudemment et à doses infinitésimales, à titre de *régulatrice,* dans les cas d'instabilité thyroïdienne où le goitre exophtalmique paraît évoluer vers le myxœdème.

En général, le traitement strictement médical vise les sujets jeunes, chez lesquels on ne soupçonne pas de transformation maligne du goitre, et où l'amélioration progressive traduit l'évidence de son efficacité de façon durable.

Après ce loyal essai, qui ne devra pas être prolongé indéfiniment si la guérison ne survient pas, si l'amélioration ne se maintient pas ou si l'état s'aggrave, on devra envisager une nouvelle thérapeutique, que vous exposeront maintenant un radiologiste et un chirurgien.

---

(9) P. Harvier. Les progrès récents en thérapie endocrinienne, p. 88.

MOUVEMENT MÉDICAL

MANUEL DE TECHNIQUE PSYCHOMÉTRIQUE
(*Suite*)

Par Gaston Lef. de BELLEFEUILLE, F.R.C.P. (Canada)
Chef de Service à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu.

CHAPITRE III

TESTS DE KUHLMANN POUR PETITS ENFANTS [1]

Instructions pour l'âge de trois mois.

N. B.—Chaque test réussi vaut 6/10 d'un mois.

TEST No 1.—Porter la main à la bouche.

Technique: A) Placer un petit objet dans la main droite de l'enfant et noter s'il le porte à la bouche; refaire l'expérience avec la main gauche.

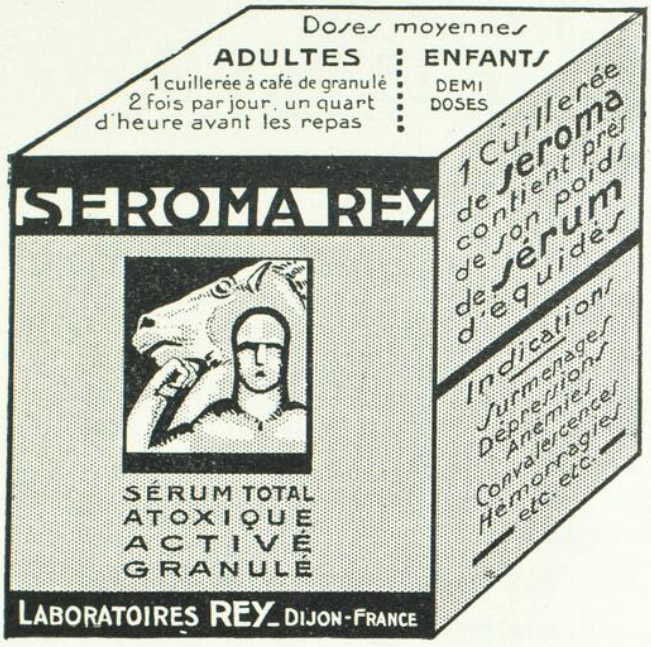
B) Si l'objet n'est pas porté à la bouche, observer quel mouvement l'enfant effectue, et notamment, s'il porte intentionnellement la main à la bouche et non par un simple geste réflexe.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie lorsque dans l'expérience "A" ou "B", on a la preuve que l'enfant a une coordination motrice suffisante pour porter la main à la bouche d'une façon plus ou moins volontaire, et non par l'effet du hasard ou du caprice. Le simple geste de sucer le pouce ou un objet tenu à la main, n'est pas un acte suffisant en soi.

---

(1) Je remercie les docteurs W. T. B. Mitchell et B. Silverman, du "Mental Hygiene Institute", de la documentation qu'ils m'ont si aimablement fournie pour l'adaptation de ces tests.

N. B.—Voir exemplaires d'avril et mai 1933.



SANS IODURE SANS ALCOOL

LUDIN

SIROP GRANULES

est aussi une arme efficace

contre les ***ECZÉMAS*** *rebelles, même très anciens*

et la plupart des ***DERMATOSES***

DOSES MOYENNES

pro die

Adultes: 6 Granules ou 3 cuillerées à soupe de Sirop.
Enfants: Sirop par cuillerées à café ou à dessert, suivant l'âge.

LABORATOIRES REY - DIJON

Echantillon et Littérature sur demande.

H. B. DE PASSILLÉ

IMPORTATEUR

426, RUE CHERRIER, - - MONTREAL

Téléphone HArbour 0373

ALIMENT & RECONSTITUANT

CARNINE LEFRANCQ

pour Adultes
et pour Enfants

3 Grandeurs de Flacons

Suc de Viande de Bœuf Crue
Concentré dans le Vide et à Froid
avec addition de Sucre et de Glycérine
(NE CONTIENT PAS DE SACCHARINE)

La Carnine Lefrancq est agréable à prendre
(Aux Enfants : Une cuillerée à café par année d'âge et par jour).

CONVALESCENCES
ANÉMIE - BLESSURES
MALADIES CHRONIQUES
MANQUE D'APPÉTIT
INTOLÉRANCE
POUR LES ALIMENTS

Renferme les Ferments et les Substances alimentaires de la Viande Crue.

Bien tolérée par l'Estomac et l'Intestin.

Transmet aux aliments stérilisés les propriétés vitales des Ferments qu'elle contient.

ÉTABLISSEMENTS FUMOUZE, 78, Faubourg Saint-Denis - PARIS

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

TEST No 2.—Réaction à un son brusque.

Technique: A) Frapper un coup avec une claquette, à deux pouces de l'oreille de l'enfant; ne pas faire plus de deux essais pour chaque oreille, et ce, à un intervalle d'au moins une minute.

Si cette épreuve ne donne pas, recourir à la suivante.

B) Claquer fort des mains près de la tête de l'enfant, mais un peu en arrière des oreilles, de façon que celui-ci ne puisse ni voir les mouvements des mains, ni percevoir le courant d'air ainsi produit; faire un essai pour chaque oreille, à un intervalle d'une minute ou plus.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie lorsque l'enfant réagit vivement, par un regard étonné ou un clignement des paupières.

TEST No 3.—Coordination binoculaire.

Technique: A) L'enfant tournant le dos à la fenêtre ou à toute autre source de lumière, on promène à deux pieds et demi de ses yeux, de droite à gauche et de gauche à droite, puis de bas en haut et de haut en bas, enfin dans le sens des diagonales, un objet brillant quelconque capable d'attirer l'attention du sujet, comme une lampe électrique, un miroir; faire les mouvements jusqu'aux positions extrêmes dans chaque cas.

B) Si les yeux de l'enfant ne suivent pas l'objet attentivement, répéter l'épreuve, mais dans une chambre obscure et avec une bougie allumée.

Eviter la fatigue en espaçant les essais.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie lorsqu'il n'y a pas d'incoordination marquée des yeux, même dans les positions extrêmes.

TEST No 4.—Tourner les yeux vers des objets placés dans le champ marginal de la vision.

Technique: A) L'enfant tournant le dos à la fenêtre ou à toute autre source de lumière, on approche alors lentement les objets employés au test précédent en commençant par en arrière et sur le côté de la tête, de façon à les faire entrer peu à peu dans le champ visuel, mais en les maintenant dans la partie marginale de la vision; faire plusieurs essais, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre.

B) Si l'épreuve ne réussit pas, la recommencer dans une chambre obscure et avec une bougie allumée, suivant la technique donnée en "A".

Eviter la fatigue en espaçant les essais.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie lorsque l'enfant tourne la tête et les yeux vers l'objet brillant, ou mieux encore, lorsque les yeux seuls se dirigent de ce côté, la tête restant immobile.

TEST No 5.—Clignement des yeux à l'approche d'un objet.

Technique: Passer rapidement devant les yeux de l'enfant, le plat d'un livre, un chapeau ou tout autre objet de grande dimension; répéter l'expérience plusieurs fois.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, quand au passage de l'objet, le clignement de l'œil se produit.

Instructions pour l'âge de six mois.

N. B.—Chaque test réussi vaut 6/10 d'un mois.

TEST No 1.—A) Equilibre de la tête.
B) Conserver la position assise.

Technique: A) Tenir l'enfant de façon que sa tête puisse facilement tomber en avant ou en arrière et noter s'il la tient en équilibre lorsque le tronc est vertical.

B) Noter s'il peut conserver longtemps la position assise lorsque soutenu par un coussin dans le dos; puis le placer sur une chaise ou un tabouret, mais sans soutien dans le dos.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie en A, quand la tête reste dans l'axe du corps durant la plus grande partie de l'expérience; et en B, lorsque l'enfant reste assis, indéfiniment avec support dans le dos, ou pendant 5 à 10 secondes sans support.

TEST No 2.—Tourner la tête vers la source d'un son.

Technique: A) Se plaçant derrière l'enfant, au moyen d'une claquette on frappe plusieurs coups en succession rapide, et ce, d'un côté ou de l'autre.

B) Si la réponse n'est pas satisfaisante, recommencer avec une petite sonnette; ou, plaçant la maman derrière l'enfant, lui demander de parler tantôt du côté droit, tantôt du côté gauche.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, lorsque l'enfant tourne plus ou moins rapidement la tête du côté d'où vient le son.

Littérature et

Echantillons

sur demande à

Épilepsie!!

dans l'état actuel
de la Science, les

Dragées Gelineau

(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine)
demeurent toujours
le remède le plus actif,
le plus puissant
à combattre l'Épilepsie
J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

Goutte!!!

POUR COMBATTRE LES
Accès de Goutte
aucune médication n'a une
action aussi prompte, aussi
marquée, aussi durable que le

Vin d'Anduran

La seule médication
anti-goutteuse demeurée
reellement **medicale**
J. MOUSNIER, Sceaux, près Paris, ftes Pharmies.

ROUGIER FRERES

350, rue Le Moyne,

Montréal.

OPÉRES, CONVALESCENTS, DÉPRIMÉS
RETROUVENT APPÉTIT, FORCES, ENTRAIN
PAR LE DÉLICIEUX

ÉLIXIR DUCRO

INSOMNIES — MENSTRUATIONS DOULOUREUSES
SIROP POUR TOUS TROUBLES NERVEUX

Chloral Bromuré du Dr. Dubois

ACTIVITÉ, INNOCUITÉ ÉPROUVÉES

INFLUENZA ANÉMIE ET NÉVRALGIES CONSÉCUTIVES

QUINOÏD

"QUINOÏDINE DURIEZ"

AUCUN DES INCONVÉNIENTS DE LA QUININE
CONTRAIREMENT AUX ARSENICAUX, AUCUNE TOXICITÉ
PRÉVENTIF : 2 OU 3 PILULES — CURATIF 4 À 8 PILULES PAR JOUR
AU DÉBUT DES REPAS

LABORATOIRE DURIEZ, 20 PLACE DES VOSGES, PARIS
DÉPOT GÉNÉRAL : ROUGIER FRÉRES. MONTRÉAL.

OCREINE GREMY

Principe actif du corps jaune de l'ovaire.

Traitement des Troubles menstruels par Insuffisance ovarienne.

2 à 5 pilules par jour pendant les 8 jours qui précèdent les règles et pendant leur durée.

P. S. — Dans le cas de troubles menstruels par insuffisance ovarienne associée à de l'insuffisance thyroïdienne, employer de préférence la THYROCREINE (Association de THYRENINE et d'OCREINE).

LABORATOIRES G. GREMY, 14, rue de Clichy, PARIS.

STRYCHNAL LONGUET

Dérivé synthétique de la Strychnine de toxicité dix fois moindre

Toutes indications de la Strychnine

Granules dosées à 1 ctgr.
Ampoules de 1 cc. à 1 ctgr.

LABORATOIRES P. LONGUET, PARIS.

VULCASE BRISSON

Comprimés laxatifs-dépuratifs
Soufre organique et opothérapie biliaire.

Constipation. — Affections du Foie et de l'Intestin. Dermatoses.

Comme laxatif: 3 à 4 *comprimés le soir au coucher.*
Comme dépuratif: 2 *comprimés le matin à jeun.*

LABORATOIRES P. BRISSON & Cie, PARIS.

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

TEST No 3.—Opposition du pouce dans la préhension.

Technique: A) Placer dans la paume droite de l'enfant, un petit cube de bois d'un pouce de face, répéter l'expérience à gauche.

B) Refaire l'essai en mettant un crayon dans le sens transversal de la main.

Dans tous les cas, essayer de soulever le pouce de l'enfant, pour se rendre compte de son degré d'opposition.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, lorsque le pouce presse l'objet sur les doigts ou si celui-ci repose sur les autres doigts qui serrent l'objet.

TEST No 4.—Maintien prolongé d'un objet placé dans la main.

Technique: Placer dans la main droite de l'enfant: un petit cube de bois d'un pouce de face, une balle, une sonnette, un hochet ou autre petit objet; répéter l'expérience à gauche.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie lorsque l'enfant garde l'objet dans sa main beaucoup plus longtemps qu'il ne le ferait par le simple mouvement de flexion réflexe.

TEST No 5.—Saisir des objets vus.

Technique: A) Placer successivement devant l'enfant et de façon qu'il puisse les saisir facilement: un objet brillant, une petite sonnette ou une balle de couleurs vives.

Faire plusieurs essais.

B) Lorsqu'il n'y a pas de réaction, demander à la maman si l'enfant saisit fréquemment et avec succès les objets qu'il voit, et lui faire rapporter des exemples.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie lorsque l'enfant saisit volontiers et avec succès l'objet présenté, ou si l'on peut déduire clairement ce fait des expériences rapportées par la maman.

Instructions pour l'âge de douze mois.

N. B.—Chaque test réussi vaut 1 mois et 2/10.

TEST No 1.—Assis et debout.

Technique: A) Asseoir l'enfant sur un tabouret, ou autre siège sans appui pour le dos, et noter avec quelle précision et quelle facilité il conserve la position assise.

B) Le placer debout, loin de tout appui, et lui faire garder cette position sans soutien.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, lorsque le sujet reste assis sans s'appuyer pendant 2 ou 3 minutes; ou lorsqu'il se tient debout sans appui pendant environ 5 secondes.

TEST No 2.—Langage.

Technique: A) Durant les épreuves précédentes, on a eu soin de noter les émissions de voix spontanées de l'enfant, leur nature et le nombre de syllabes combinées.

B) Demander à la maman de lui faire dire: "Ba, dada, nan, nana, maman, papa", ou tout autre groupement de syllabes qu'elle le croit capable de répéter.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie lorsqu'il y a certitude que l'enfant associe fréquemment 2 ou 3 syllabes; ou qu'il essaie de répéter avec quelque succès, des syllabes ou des mots prononcés devant lui.

TEST No 3.—Imitation de mouvements.

Technique: A) Se poser à 2 pieds de l'enfant et agiter sous ses yeux un hochet; le lui plaçant dans la main l'examinateur recommence à nouveau les mouvements de sa main qui tenait le hochet.

B) Le sujet tenant le hochet dans sa main, agiter soi-même cette petite main.

C) Répéter les tests A et B, mais avec une sonnette.

D) Demander à la mère de lui faire imiter quelques mouvements comme incliner ou secouer la tête, froncer les lèvres, ou tout geste qu'elle croit pouvoir lui faire reproduire.

E) Demander à la mère de rapporter des exemples d'imitation observés dans d'autres circonstances.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie lorsque l'enfant imite sans erreur les mouvements décrits plus haut ou lorsque la mère peut démontrer qu'il le fait plus ou moins promptement à d'autres moments.

L'effet de l'administration de Livogen est merveilleux

M.R.C.S., L.R.C.P.

Le médecin praticien se trouve journellement en face du problème de prescrire un tonique régénérateur du sang dans nombre de conditions anémiques; par exemple, l'état de vitalité amoindrie qui suit une maladie aiguë, les fatigues de l'enfantement, la dépression caractéristique et l'anergie qui sont associées dans la convalescence d'une maladie grave. Dans toutes ces conditions, quelle merveille que l'administration de Livogen (seul ou associé au fer inorganique) en raison du fait qu'il contient par once fluide les principes hématopoiétiques de 4 onces de foie frais, associé aux quantités standardisées de Vitamines B_1, B_2 et d'hémoglobine.

Livogen est tellement agréable au goût qu'il plaît même aux plus difficiles et tellement facile à digérer qu'il peut être administré dans les cas fébriles sans crainte de réaction gastrique.

LIVOGEN

Tous les renseignements seront fournis par

THE BRITISH DRUG HOUSES (CANADA) LTD

Dépositaires généraux: TORONTO 2, Ont.

Lgn/Can/3306F

CONTRE LES CRISES ASTHMATIFORMES
des BRONCHITIQUES CHRONIQUES et des EMPHYSÉMATEUX
et contre l'ASTHME à toutes ses périodes.

L'ÉPHÉIODINE BÉRAL

(Elixir à 3cg d'Ephédrine et Lobélie iodurée par cuillerée à café)

est une véritable PROVIDENCE

parcequ'elle

Dilate les bronches
Evite les crises
Favorise l'expectoration
Soulage toujours.

En périodes d'accès : 1 cuillerée à café le matin et 1 ou 2 cuillerées à café dès le début de l'accès.

Entre les accès : 1 cuillerée à café le matin.

LABORATOIRE DE L'ÉPHÉDRINE NATURELLE BÉRAL
194, rue de Rivoli, PARIS

Au Canada: HERDT & CHARTON, INC., 2027, McGill College Avenue, MONTREAL

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

Massage médical, chirurgical et hygiénique sous la prescription de Messieurs les Médecins et Chirurgiens

Masseur expert

Fernand Gatine

Diplômé de l'Ecole Française d'Orthopédie et de Massage de Paris.

(Reconnue de l'Etat)

3673, Ave du Parc, - - MONTREAL

Tél. HArbour 9428

Se rend à domicile. Heures de bureau sur rendez-vous.

TEST No 4.—Faire des traits avec un crayon.

Technique: A) Placer un papier devant l'enfant, lui mettre dans la main un crayon d'environ 4 pouces de longueur, puis, attirant son attention, l'examinateur, de son crayon, fait lui-même quelques traits sur le papier.

B) Au lieu de tracer des signes lui-même, l'examinateur saisit la main de l'enfant tenant le crayon et lui fait faire quelques marques sur le papier; abandonnant alors la main, on note s'il continue à griffonner de lui-même.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie lorsqu'en A ou B, l'enfant donne la preuve qu'il essaie de faire des signes sur le papier; exemple: s'il regarde le papier pendant qu'il essaie de tracer quelque chose et ne se contente pas d'imiter automatiquement les mouvements faits par l'examinateur.

TEST No 5.—Reconnaître des objets.

Technique: A) Cachant au moyen d'un écran, les objets étalés sur la table, on place sur le bord de celle-ci et à la portée de l'enfant: une balle, un hochet, une sonnette, un bloc, une image coloriée ou autres objets qui intéressent les enfants; enlevant alors l'obstacle qui l'empêchait de voir, on note s'il saisit quelque objet en particulier. S'il le fait à l'abri de l'écran changer la position des objets et noter s'il choisit le même de nouveau.

Faire plusieurs essais, et voir si son choix reste le même dans la plupart des cas.

B) Si la réponse n'est pas satisfaisante en A, on répète l'expérience, saisissant soi-même un objet dans chaque main, qu'on met ensuite à la portée de l'enfant.

Faire plusieurs essais et noter si par son choix il manifeste quelque préférence.

C) Demander à la mère si elle peut prouver que le sujet distingue des objets, reconnaît les personnes, ou montre des préférences pour certains jouets.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie lorsque l'on constate d'une manière évidente: que l'enfant reconnaît un objet parmi plusieurs autres, qu'il manifeste des préférences, ou distingue une personne d'une autre.

CHAPITRE IV

Instructions pour l'âge de dix-huit mois.

N. B.—Chaque test réussi vaut 1 mois et 2/10.

TEST No 1.—Boire.

Technique: A) Faire boire de l'eau d'un verre.

B) Répéter avec un verre de lait.

C) Demander à la mère, si l'enfant peut prendre successivement plusieurs gorgées d'un verre d'eau ou de lait.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie lorsque l'enfant peut prendre et avaler successivement et sans arrêt plusieurs gorgées de liquide.

N. B.—On ne doit pas confondre l'action de sucer au verre avec l'acte beaucoup plus complexe de boire.

TEST No 2.—Manger avec une cuillère ou une fourchette.

Technique: A) Poser un bol d'aliments devant l'enfant et lui mettre une cuillère dans la main droite; s'il ne fait aucun effort pour manger, demander à la mère de lui donner par deux fois, une demi-cuillerée de l'aliment du bol et replacer la cuillère dans sa main.

B) Si on n'obtient aucun succès avec la cuillère, donner une fourchette et une assiette contenant d'autres aliments.

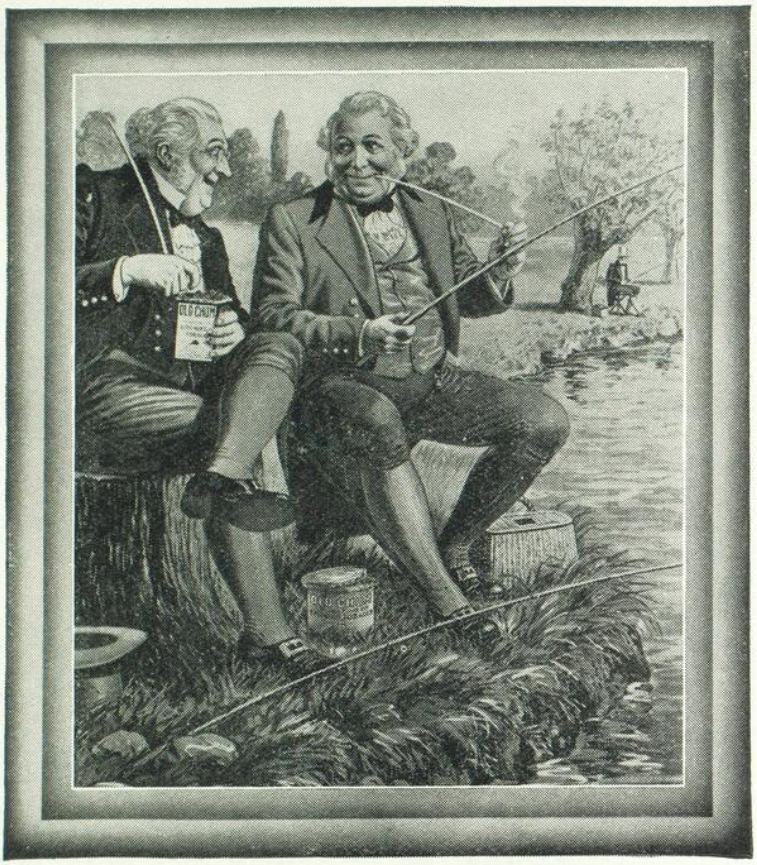
C) Si l'enfant a raté les expériences A et B, demander à la mère jusqu'à quel point il est capable de prendre seul sa nourriture.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, lorsqu'on peut établir d'une façon évidente, que l'enfant est capable de prendre ses aliments lui-même.

TEST No 3.—Langage.

Technique: A) Prier la mère de faire répéter les mots suivants: "Papa, maman, bébé, oui, non, chat, rat".

Si elle croit obteni rplus de succès avec d'autres expressions, elle doit les employer.



Aujourd'hui — comme en 1850 — les conditions indispensables à une journée de plaisir n'ont pas changé. Un compagnon aimable — une bonne ligne — et un abondant approvisionnement d'Old Chum qui ajoute à tout cela sa saveur douce et parfumée — que souhaiter de mieux ?

OLD CHUM

HACHÉ GROS
pour la pipe

HACHÉ FIN
pour les cigarettes

"*Le* TABAC *de* QUALITÉ"

Employez les papiers à cigarettes "Chantecler" avec le Old Chum haché fin.

Bronchites

MATIN, MIDI et SOIR
une cuillerée à soupe de

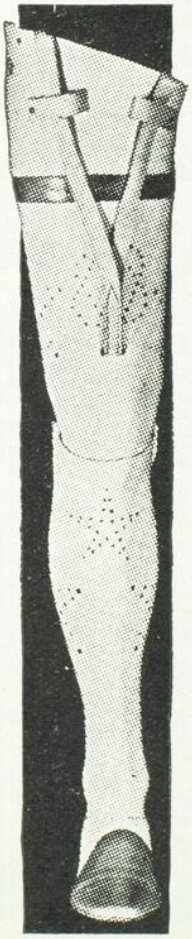
« Eliminé par les Bronches,
« le "Lacto-Créosote Famel"
« détermine un processus inflam-
« matoire simple, qui fait réagir cet
« organe contre le catarrhe cronique.»
FERRAND.

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

B) Demander à la mère de poser quelques questions impliquant un non ou un oui.

C) Si l'enfant est incapable de prononcer plus ou moins correctement un ou plusieurs mots de A ou B, demander à la mère quels mots il emploie et quelles questions il comprend.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie lorsqu'on a la preuve que le sujet fait usage de quelques mots et comprend une question posée sans l'accompagner d'aucun geste.

TEST No 4.—Rejeter de la bouche des aliments solides.

Technique: A) Mettre dans la bouche de l'enfant un morceau de pain trempé dans une solution vinaigrée très faible; s'il ne le rejette pas, répéter l'essai.

B) Demander à la maman de quelle façon il rejette de sa bouche les substances qui lui sont désagréables.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, lorsque l'enfant fait quelques mouvements spéciaux pour rejeter des substances qui lui sont désagréables.

S'il se contente de tenir la bouche ouverte, que l'objet tombe ou non, l'épreuve est ratée.

TEST No 5.—Reconnaître des objets sur des images.

Matériel: Préparer une série de grandes cartes coloriées représentant des choses familières aux enfants de cet âge.

Des images de personnes, particulièrement de bébés, d'animaux domestiques, découpés dans des journaux illustrés, peuvent être utilisées.

Technique: A) Présenter vivement une image et noter les réactions; répéter de même pour les autres.

B) Si la vue d'une image ne déclanche aucune réponse, demander à la mère de rapporter quelques manifestations constatées à d'autres moments.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, lorsque l'enfant, par la fixité de son regard ou ses exclamations, manifeste nettement qu'il reconnaît ou s'intéresse aux images.

CHAPITRE V

Instructions pour l'âge de deux ans.

TEST No 1.—Reconnaître l'objet des images (5 sur 8).

Matériel: Les 8 images suivantes: Un chien, un chat, un bébé, un coq et des poules, un cheval, une vache, un petit garçon et une petite fille, ont été collés par groupes de 4, sur 2 cartons.

Technique: Montrer le premier carton, et dire: "Regarde ces images et montre-moi le chien", puis, "montre-moi le chat", ou encore, "Où est le bébé"?

Procéder de la même façon pour chacune des images des deux groupes.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, lorsque l'enfant reconnaît et indique correctement 5 des 8 images.

TEST No 2.—Imitations de mouvements simples (3 sur 4).

Technique: A) Etendre les bras verticalement, et dire: "Mets tes bras comme moi".

B) Frapper des mains en disant: "Maintenant, fais comme cela".

C) Mettre les mains sur la tête en disant: "Fais comme moi".

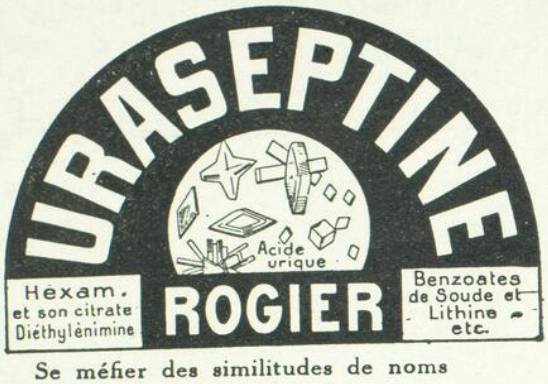
D) Tourner les mains l'une autour de l'autre en décrivant un grand cercle, et dire: "Maintenant, fais-les marcher comme cela".

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, lorsque dans 3 expériences sur 4, les gestes de l'enfant imitent même imparfaitement les mouvements de l'examinateur.

TEST No 3.—Obéir à des ordres simples (2 sur 3).

Technique: A) Saisissant la balle posée sur la table, on dit: "Tu vois cette balle, regarde bien"; et au moment de la faire rouler vers l'enfant, assis de l'autre côté, dire: "Maintenant, attrape la balle." La faisant de nouveau rouler vers lui, on ajoute: "Envoie-la par ici maintenant", en tenant les mains prêtes à l'attraper ou à l'arrêter.

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.**

Le Traitement des Troubles Menstruels

PAR

l'EMMENINE et l'A.P.L.

La présentation récente de ces deux hormones offre des avantages marqués dans le traitement des troubles de fonctionnement ovarien. Les résultats définis et permanents obtenus indiquent que l'Emménine et l'A. P. L. possèdent une action thérapeutique supérieure à celle des médicaments qui ne donnent qu'un soulagement temporaire. Les principales indications sont la dysménorrhée (lorsque la douleur précède l'écoulement), la migraine (basée sur des dérangements endocriniens), les symptômes de ménopause, l'aménorrhée (types secondaires), la ménorragie et la métrorragie.

L'Emménine Liquide est offerte en bouteilles de 4 onces (120 cc.)

Emménine Liquide

(DEUX FORMES)

LA FORME COMPLEXE est indiquée dans le traitement de la dysménorrhée, la migraine et les troubles ménopausiques.

Active par voie buccale

LA FORME TRAITEE A L'ETHER est particulièrement indiquée dans le traitement de l'aménorrhée (type secondaire).

Active par voie buccale

A. P. L.

(Anterior-Pituitary-Like Hormone)

Hormone du placenta semblable à celle du lobe antérieur de l'hypophyse. Cette hormone est particulièrement indiquée dans la ménorragie et la métrorragie.

Pour injection sous-cutanée

L'A. P. L. se vend en ampoules d'un cc. (six par boîte) et en flacons de 5 cc. avec bouchon en caoutchouc.

Ces hormones placentaires sont préparées et standardisées biologiquement selon la technique du docteur J. B. Collip, Département de Biochimie, Université McGill (C. M. A. J. 22: 761, 1930).

Ayerst, McKenna & Harrison
Limited

PHARMACIENS ET BIOLOGISTES

MONTREAL 781, rue William CANADA

B) Faire rouler la balle sur le sol, à une distance de 10 à 15 pieds, en disant: "Va chercher la balle et jette-la moi". Pendant qu'il la saisit, répéter: "Jette-la moi", tout en faisant le geste de l'attraper.

C) Lui lancer la balle en disant: "Prends la balle et mets-la sur la table".

D) Si le sujet ne répond à aucune de ces expériences, demander à la mère de rapporter des faits prouvant qu'il obéit.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, lorsque deux ordres simples sont exécutés, ou lorsque la mère peut rapporter deux exemples satisfaisants.

Une réponse est cotée satisfaisante, lorsque l'enfant montre clairement qu'il comprend l'ordre et s'efforce de l'exécuter.

TEST No 4.—Copier un cercle.

Technique: A) Placer une feuille de papier devant l'enfant et après avoir attiré son attention, tracer soi-même un ou deux cercles rudimentaires. Lui mettant un autre crayon dans la main, on continue à faire plusieurs cercles devant lui, disant: "Fais-en, toi aussi".

Recommencer plusieurs fois si nécessaire, tout en encourageant le sujet.

B) Saisir la main de l'enfant qui tient le crayon, et la diriger de manière à l'aider à faire des cercles; la laisser aller et dire: "Fais-en tout seul, maintenant toi aussi"; tout en continuant soi-même le mouvement circulaire au-dessus du papier.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie lorsque l'enfant fait des efforts et démontre qu'il essaie de dessiner un cercle en A ou en B.

TEST No 5.—Développer un bonbon pour le manger.

Technique: A) Dire: "Aimes-tu les bonbons ?" Puis, sous les yeux de l'enfant qui suit les gestes de l'examinateur, développer un bonbon ou un morceau de sucre et dire en le lui présentant: "Voici un morceau de bonbon, mange-le et dis-moi si c'est bon".

B) Si l'on n'obtient pas de réponse, développer le morceau de sucre, mettre un petit morceau dans la bouche de l'enfant, pour le lui faire goûter; répéter alors l'expérience A.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, lorsque dans l'expérience A ou B, l'enfant enlève le papier, avant de mettre dans sa bouche le morceau de bonbon ou de sucre.

TEST SUPPLEMENTAIRE.—Répéter 2 chiffres (1 sur 3).

Les groupes de chiffres sont: 2-5; 3-1; 6-4.

Technique: On dit: "Je vais te dire quelque chose et tu vas le dire pareil comme moi."

On prononce alors les 2 chiffres d'une voix distincte et lente; plusieurs essais sont quelquefois nécessaires pour obtenir une réponse.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, lorsqu'après une seule audition, l'enfant donne un des trois groupes de chiffres sans erreur.

N. B.—Chaque épreuve réussie vaut un mois et 2/10 dans la technique de Kuhlmann; mais si on utilise les 6 tests, comme dans dans Terman, chaque test vaut 2 mois, et cette façon de faire établit une liaison entre les deux techniques, liaison souvent nécessaire chez les sujets très arriérés.

CHAPITRE VI

TESTS DE LA REVISION DE STANFORD

Instructions pour l'âge de trois ans.

TEST No 1.—Montrer le nez, les yeux, la bouche, les cheveux (3 sur 4).

Technique: On dit: "Montre-moi ton nez" ou bien: "Mets ton doigt sur ton nez".

Agir de même pour les yeux, la bouche, les cheveux. Chez l'enfant très timide, il faut quelquefois répéter la question à deux ou trois reprises en conservant une figure souriante; si cette méthode ne donne pas de résultats, on peut lui toucher l'oreille et demander: "Est-ce ton nez, cela ?" celui-ci répondant non, on dit: "Mais où est ton nez ?"

S'il persiste à ne pas répondre, il vaut mieux laisser ce test de côté pour le moment, quitte à y revenir plus tard; cette méthode doit d'ailleurs être employée dans tous les tests de cette échelle psychométrique, à moins d'indications contraires.

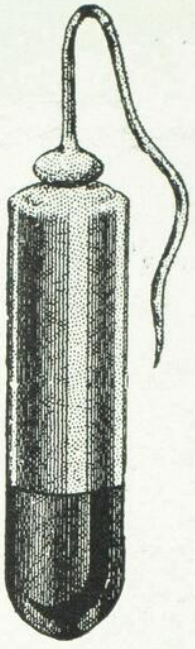
plus économique et pratique
QUE LES PRÉPARATIONS LIQUIDES
LES COMPRIMÉS DE
Codoforme
BOTTU
CALMENT LES TOUX REBELLES ET RESPECTENT L'ESTOMAC
Laboratoires BOTTU 35 rue Pergolèse PARIS

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

CURES TONICARDIAQUES PROLONGÉES
CARDIOPATHIES VALVULAIRES
MYOCARDITES TOXIQUES ET INFECTIEUSES
INSUFFISANCE CARDIAQUE DROITE ET GAUCHE
TONIQUE CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
ASSOCIATION : DIGITALINE et OUABAINE
GOUTTES
Laboratoires Deglaude
préparation exclusive de médicaments cardiaques
Dr L. DEGLAUDE
Docteur en Médecine — Licencié ès-Sciences
Pharmacien de 1ère classe

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

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



Informations complètes et échantillons seront volontiers fournis aux médecins qui nous les demanderont sur lettre à leur en-tête.

Important pour les médecins

Spécialement les Gynécologistes

Les Gynécologistes progressifs et les médecins en général accueilleront favorablement la venue du Tampon Pond qui permet une méthode complète, sûre et facile de médication vaginale et utérine. Il combine la fonction médicale d'un suppositoire vaginal avec le support mécanique offert par un tampon de forme correcte, assurant l'application continue du médicament à la région malade et fournissant en même temps le support nécessaire.

Les médecins verront tout de suite à quels traitements divers s'adapte le tampon, mais nous signalons les lacérations, la leucorrhée, la gonorrhée, les traitements post-opératoires et consécutifs aux couches de même que les hémorragies utérines comme cas particuliers dans lesquels le Tampon Pond est un mode de traitement nouveau et efficace.On trouve quantité d'avantages uniques en traitant par les Tampons Pond.

Les Tampons Pond sont empaquetés à raison de six par boîte et se font dans les médications suivantes:

A—Composé d'Ichthyol, Glycérine et Boro-Glycéride 50%, Ichthyol 2.5%, Iodure resublimé 14%, Acide Carbolique (Phénol absolu) 5%, Hydrastis pulvérisé 1%. B—Ichthyol 10%, Glycérine et Boro-Glycéride 50%. C.—Protargol et Ichthyol (chaque 2%), Glycérine et Boro-Glycéride 50%. D—Opium, Belladone et Jusquiame, Glycérine et Boro-Glycéride 50%, Opium pulvérisé 2 grains, Extrait de Belladone 1 grain, Extrait de Jusquiame 2 grains. E—Glycérole de tanin 50%. F—Composé d'Ichthyol avec Iodure d'argent. Glycérine et Boro-Glycéride 50%, Ichthyol 2.5%, Iodure 14%, Phénol 5%, Hydrastis pulvérisé 1%, Iodure d'argent (rendu soluble par Iodure de Potassium) 1%. G—Glycérine et Boro-Glycéride, Glycérine et Boro-Glycéride 50%, Iodure résublimé 25%. H—Glycérine ordinaire à base de Gélatine.

"Les TAMPONS POND sont en vente chez tous les pharmaciens grossistes au Canada".

CANADA POND TAMPON CO.

Seuls Manufacturiers au Canada

Western Distributors Ltd., Distributeurs-Grossistes, Vancouver, B. C.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, lorsque trois réponses sur quatre sont justes.

Certains enfants, au lieu de toucher leur nez ou leurs yeux, avancent le nez, ouvrent la bouche, clignent de l'œil, etc.; cette façon d'agir est acceptée et cette réponse suffisante.

TEST No 2.—Reconnaître une clef, un sou, un canif, une montre, un crayon (3 sur 5).

Technique: On se sert d'une clef commune (non du type Yale), d'un sou usagé, d'un canif fermé, d'une montre et d'un crayon ordinaire.

On dit: "Qu'est-ce que c'est que cette affaire-là ?" La réponse obtenue, on répète la même question à chaque objet.

Appréciation de la réponse: On doit obtenir trois réponses justes sur les cinq.

Une réponse n'est pas juste, à moins que l'objet ne soit nommé, même si le sujet en connaît l'utilisation. Exemple: Un enfant saisit le crayon et écrit; cette façon de répondre est quand même insuffisante.

Cependant, "cent" ou "sou" est une réponse suffisante, mais dire: "de l'argent", ne l'est pas. La montre est quelquefois appelée une horloge ou un cadran et même un tic-tac; cette réponse est satisfaisante.

On ne doit pas tenir compte des défauts de prononciation dus au jeune âge du sujet.

Remarque: Le but de ce test est de se rendre compte si l'enfant peut établir la relation qui existe entre un objet qu'il connaît et le nom de cet objet.

L'opération intellectuelle que l'examiné doit faire pour réussir ce test, est évidemment très élémentaire, cependant elle est fondamentale; en effet, apprendre le nom des objets qu'il voit autour de lui est une forme d'activité mentale que l'enfant normal de deux à quatre ans utilise très fréquemment, grâce à son instinct de curiosité: témoins les: "Pourquoi?", les "Pourquoi faire?", "Comment ça s'appelle cette affaire-là?". Tout retard marqué de ce côté indique un défaut de la spontanéité et de l'instinct de curiosité qui sont si nécessaires au développement de l'intelligence.

TEST No 3.—Gravures. Enumérer trois objets:

(a) Maison hollandaise, (b) Scène de la rivière, (c) Bureau de poste.

Technique: On dit: "Regarde bien, je vais te montrer une belle image". Puis, plaçant la première gravure de façon qu'il puisse la voir facilement, on continue: "Dis-moi ce que tu vois sur cette image-là?" Si l'enfant ne répond pas, on répète: "Regarde bien l'image et dis-moi tout ce que tu vois dessus".

Si cette nouvelle question n'obtient pas de succès, pour obtenir une réponse, on dit: "Montre-moi le chat ou le minou"; mais on ne doit poser qu'une question de ce genre. Si le sujet a répondu correctement, on dit: "Ça c'est bien, maintenant dis-moi tout ce que tu vois sur l'image".

Si après avoir nommé un objet ou deux l'examiné s'arrête, on doit l'encourager en disant: "Qu'est-ce que tu vois encore?" ou "Qu'est-ce qu'il y a encore sur l'image?".

Procéder de même pour les images B et C.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, lorsque l'enfant énumère spontanément au moins trois objets de chaque gravure.

Remarque: Le but de ce test, à l'âge de 3 ans, est de se rendre compte si la vue d'un objet familier sur une image permet à l'enfant de le reconnaître et de lui donner son nom. En posant ce test, il faut montrer les gravures dans l'ordre donné, c'est-à-dire: A-B-C.

TEST No 4.—Donner le sexe.

Technique: Il faut toujours intervertir le mot garçon ou fille, suivant qu'on s'adresse à un enfant du sexe masculin ou féminin, afin d'éviter un automatisme mental qui ferait répéter servilement le dernier mot, et mettrait l'examinateur dans l'embarras pour apprécier la réponse à sa valeur.

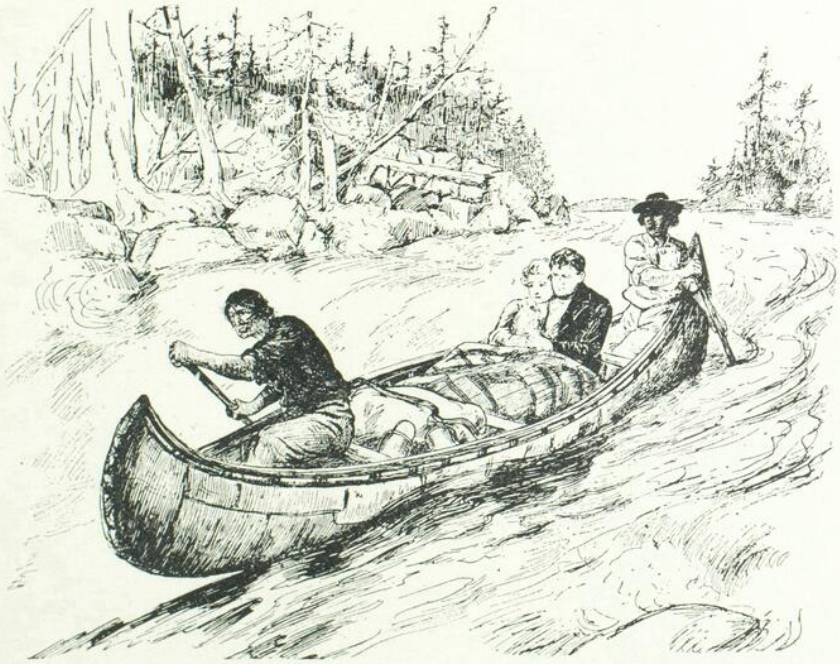
Si j'examine un garçon, je lui dis: "Es-tu un petit garçon ou une petite fille, toi?" M'adressant à une fillette, je demanderai: "Es-tu une petite fille ou un petit garçon, toi ?" Si l'enfant, un garçon, reste muet, on demande: "Es-tu une petite fille, toi?" S'il répond non, ou fait signe que non, on continue: "Bien, qu'est-ce que c'est que tu es?" "Un petit garçon, ou une petite fille?"

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, lorsque l'enfant a indiqué nettement son sexe, par la réponse: "Une petite fille" ou "Un petit garçon", suivant le cas.

A. — LA MAISON HOLLANDAISE.

D'après Terman: "The measurement of intelligence".

B. — SCENE DE LA RIVIERE.



D'après Terman: "The measurement of intelligence".

C. — BUREAU DE POSTE.

D'après Terman: "The measurement of intelligence".

D. — INTERIEUR COLONIAL.

D'après Terman: "The measurement of intelligence".

TEST No 5.—Donner le nom de famille.

Technique: On demande: "Comment tu t'appelles?" Si l'enfant ne donne que son prénom, Jean par exemple, on dit: "Oui, mais ton autre nom, Jean qui ?"

Si le sujet ne répond pas, ou se contente de répéter son prénom, on demande: "T'appelles-tu Jean Boivin?" Habituellement, cette façon de procéder amènera invariablement la réponse pourvu que l'enfant connaisse son nom de famille.

Appréciation de la réponse: Coter simplement un plus ou un moins, suivant le cas, sans tenir compte des défauts de prononciation.

TEST No 6.—Répéter 6 à 7 syllabes (1 sur 3).

A) J'ai un beau petit chien.

B) Le chien court après le chat.

C) En été, le soleil est chaud.

Technique: Commencer en disant: "Tu es capable de dire ça, pour moi "Maman"? L'enfant ayant répondu, on continue: "Maintenant, dis ça: "Un beau minou". Puis le contact étant établie entre examinateur et examiné, on poursuit: "Maintenant, tu vas dire ça, pour moi: "J'ai un beau petit chien". La phrase doit être dite distinctement, avec les intonations nécessaires, mais d'une voix naturelle et pas trop lentement. Si on reste muet, la phrase doit être répétée deux ou trois fois, puis les deux autres phrases essayées, c'est-à-dire: "Le chien court après le chat" et: "En été le soleil est chaud".

Dans certains cas, il faut beaucoup de tact pour obtenir la coopération de l'enfant, cependant si celle-ci est impossible, on devra substituer à cette épreuve le test supplémentaire.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, lorsqu'une phrase est répétée sans erreur, après une seule audition. Cela signifie qu'il ne doit y avoir ni omission, ni insertion, ni transposition de mots; on ne tient cependant pas compte des défauts d'articulation, ou de prononciation, excepté s'ils déforment la phrase au point de la rendre incompréhensible.

TEST SUPPLEMENTAIRE.—Répéter trois chiffres (1 sur 3).

6-4-1; 3-5-2; 8-3-7.

Technique: Utiliser les groupes ci-dessus. Commencer par 2 chiffres; après avoir attiré l'attention du sujet, on dit: "Ecoute bien, tu vas dire pour moi: 4-2; maintenant, dis 6-4-1", et continuer ainsi pour les 2 autres groupes.

Les chiffres doivent être prononcés d'une voix distincte, sans les scander ni les grouper et à la vitesse d'un peu plus qu'un chiffre à la seconde.

Chez les très jeunes enfants, leur timidité en présence d'étrangers explique la difficulté qu'on a quelquefois à obtenir une réponse à ce test; dans ces cas, on répète à plusieurs reprises le premier groupe de chiffres pour avoir une réponse; mais la réponse ainsi obtenue ne peut être cotée un succès; cette manière d'agir a pour but de faire cesser le silence de l'enfant, aussi doit-on, le contact établi, demander le second et le troisième groupe de chiffres et ne les lui dire qu'une seule fois, bien entendu.

Si la même difficulté se présentait pour des tests de chiffres à des âges plus avancés, il faudrait marquer moins, parce qu'il n'y a qu'à 3 et 4 ans, que la répétition d'un groupe de chiffres soit tolérée.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, lorsque l'enfant répète correctement, après une seule audition, un des trois groupes de chiffres; non seulement les chiffres doivent être exacts, mais ils doivent être répétés dans l'ordre donné.

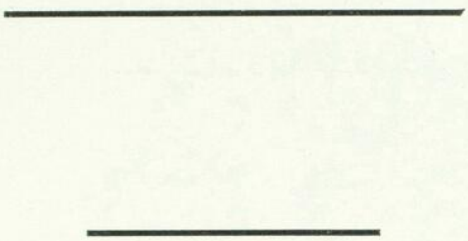
CHAPITRE VII

Instructions pour l'âge de quatre ans.

TEST No 1—Comparer deux lignes.

Matériel: Une feuille de papier blanc, sur laquelle sont tracées deux lignes droites, parallèles, l'une de 2 pouces 3 lignes de longueur, l'autre de 1 pouce 6 lignes; l'espace entre les deux lignes est de 1 pouce.

Exemple :



Technique: On montre ce dessin, en disant: "Regarde bien ces deux lignes-là, et dis-moi laquelle est la plus longue, mets ton doigt sur la plus longue".

Si le sujet semble ne pas comprendre le mot long, on emploie le mot "grande"; après un premier essai, on renverse la gravure et on redemande la même question, puis de nouveau une troisième fois, changeant chaque fois la disposition des lignes, par rapport à l'examiné.

Appréciation de la réponse: L'enfant doit indiquer la ligne la plus longue, dans les trois présentations; s'il n'a donné que deux réponses justes, on doit reprendre les trois présentations comme ci-dessus, et si le sujet donne trois bonnes réponses, l'épreuve est réussie.

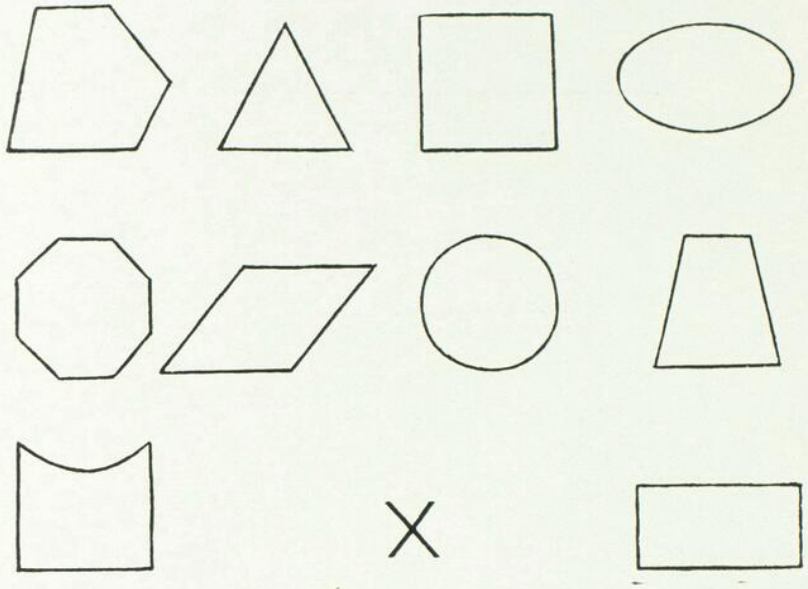
Ce test exige donc trois bonnes réponses à trois présentations ou cinq bonnes réponses à six présentations.

Remarques: Quelquefois, l'enfant indique un endroit quelconque ou met son doigt entre les deux lignes; on doit répéter les données de l'expérience, pour être certain que l'enfant indique véritablement la plus longue à la suite d'un jugement et non par hasard.

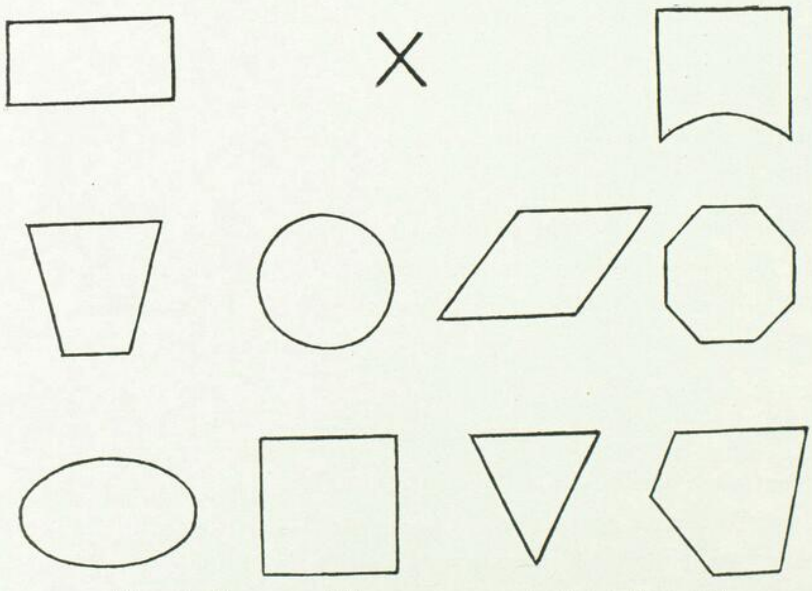
TEST No 2.—Reconnaître des formes (7 sur 10).

Matériel: Deux cartons, portant la même série de dix figures géométriques, telles que ci-dessous:

I



II



D'après Terman: "The measurement of intelligence".

Technique: (No 1) Un des cartons placé devant l'enfant, on lui indique du doigt une des figures géométriques du second carton qu'on a eu soin de placer renversé à 180° par rapport au premier, de façon qu'il ait un effort à faire pour trouver la figure, et ne se contente pas de poser automatiquement son doigt à l'endroit correspondant sur le 2ème carton, à la place que la figure occupe sur le premier. En même temps, on lui dit: "Tu vois cette affaire-là, montre m'en une pareille sur ton papier à toi".

Si l'enfant reste muet, on dit: "Tu les vois, ces affaires-là, bien montre-moi "z'en" une pareille comme celle-là".

On commence habituellement par le cercle, le carré, le triangle, et après, à volonté. On peut corriger la première erreur, en disant: "Non, trouves-en une pareille comme celle-là", indiquant du doigt, le contour de la figure géométrique, mais cette seule correction est tolérée; ne pas oublier l'importance de toujours encourager, en prodiguant les: "Bien!", "Très bien!" et ce, à chaque bonne réponse.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, lorsque l'enfant a reconnu 7 des 10 figures, y compris la première, corrigée au besoin.

Technique No 2.

Matériel: On a préalablement découpé dans un carton blanc, ou une feuille de celluloïde un peu épaisse les 10 figures géométriques reproduites à la page précédente.

Technique: Posant une figure sur la croix du carton placé devant l'enfant, on dit: "Vois-tu cette affaire-là ? (Indiquant du doigt le contour du cercle): "Montre m'en une pareille sur cette page".

Si l'enfant reste muet, tout en indiquant du doigt les différentes figures géométriques, on dit: "Tu vois, toutes ces affaires-là, et puis ensuite celle-là" (indiquant de nouveau la pièce qu'il s'agit de reconnaître) "trouve m'en une pareille comme celle-là".

Il est permis de corriger la première erreur de l'enfant, en disant: "Non, trouve m'en une pareille comme celle-là." (En même temps, le doigt suit le contour de la figure placée sur la croix.)

Après cette première correction, nulle aide supplémentaire n'est tolérée, et bonne ou mauvaise, on enregistre la réponse telle que donnée.

L'appréciation de la réponse a été donnée plus haut.

TEST No 3.—Compter quatre sous.

Matériel: Poser devant l'enfant en une ligne horizontale, quatre pièces d'un sou, séparées les unes des autres par environ ½ pouce.

Technique: On dit: "Tu vois ces sous-là (ou ces cents-là), tu vas les compter avec ton doigt, et me dire combien il y en a en tout?"

Si le sujet se contente de nommer un chiffre, sans indiquer les sous du doigt, on le reprend: "Non, pas comme ça, compte-les avec ton doigt tout haut comme ça: "Un" (en même temps du doigt on indique le sou)... "Continue maintenant".

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, seulement si l'énumération des chiffres coïncide avec l'indication du doigt.

Remarque: Contrairement à ce qu'on serait tenté de croire, cette épreuve n'est pas un test de notions scolaires; l'expérience démontre que tout enfant normal de 4 ans a eu l'occasion d'apprendre à compter jusqu'à 4, sans sortir de son milieu familial.

TEST No 4.—Copier un carré avec un crayon.

Matériel: Poser devant le sujet, un carton sur lequel on a dessiné à gros traits un carré pouvant avoir un pouce à un pouce et quart de face.

Technique: Donnant un crayon à l'enfant, on lui dit en indiquant du doigt le carré: "Tu vois cette affaire-là, je voudrais que tu m'en fasses une pareille, en plein ici", montrant en même temps l'endroit où il doit faire son dessin.

On continue avec le sourire: "Commence, je sais que tu es capable de me faire ça comme il faut". Certains enfants détestent dessiner et il faut beaucoup de tact et de bienveillante insistance pour les décider. Quoi qu'il en soit, trois essais doivent être faits, répétant chaque fois: "Fais-les pareil comme cette affaire-là" (indiquant le modèle).

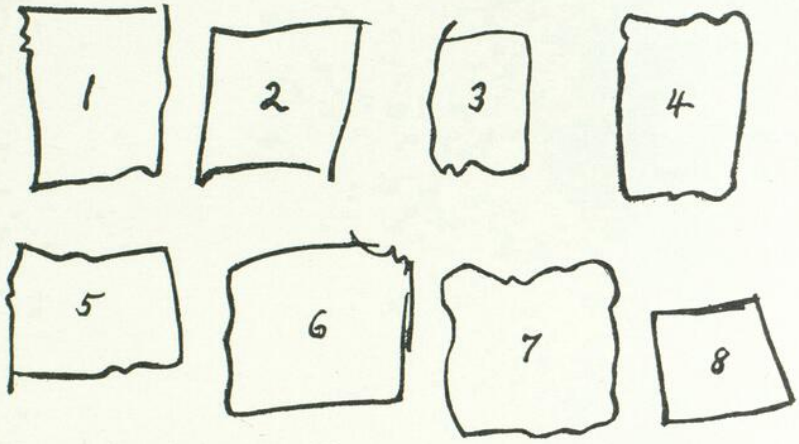
On doit s'assurer avant de commencer le test, que l'enfant est confortablement assis et que le papier sur lequel il doit dessiner est bien à sa portée.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, lorsqu'un dessin sur les trois, est aussi bien fait que ceux marqués 1 à 8 inclusivement des exemples ci-dessous, d'après Terman, "The Measurement of Intelligence".

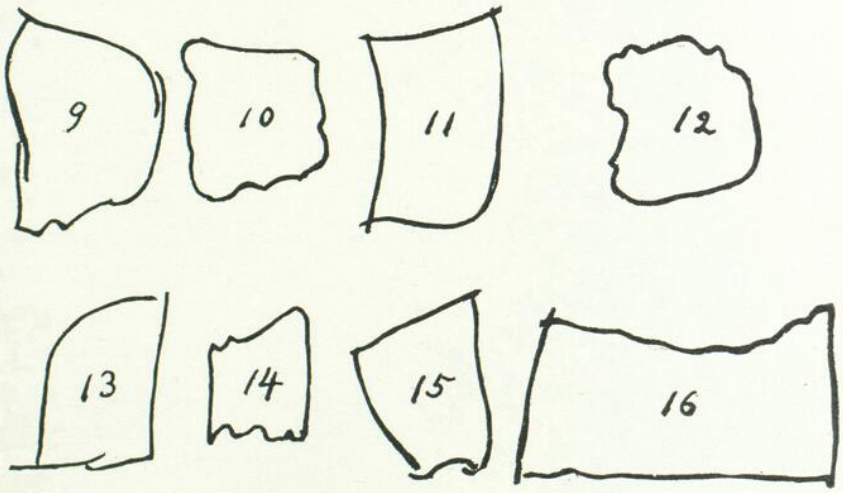
En thèse générale, on doit donner plus d'importance à la reproduction des angles droits, qu'à la régularité des lignes.

Remarque: Quand les trois dessins sont faits, on demande, en les indiquant du doigt: "Lequel que tu aimes le mieux de ces trois là"? Cette question permet d'apprécier l'auto-critique du sujet.

CARTE D'APPRECIATION DU TEST DU CARRE



Les dessins de 1 à 8 sont suffisants pour réussir l'épreuve.



Les dessins de 9 à 16 sont des échecs.

D'après: "The Measurement of Intelligence" par Lewis M. Terman.

TEST No 5.—Compréhension du premier degré (2 sur 3).

Technique: On dit: "Qu'est-ce qu'il faut faire quand on s'endort?"

On doit quelquefois pour obtenir une réponse, répéter la question à plusieurs reprises, d'un ton de voix bienveillant et avec un sourire encourageant, mais aucune sous-question ou explication n'est permise.

Après 20 secondes habituellement, la première réponse est donnée, et on passe aux deux autres, qui sont: "Que dois-tu faire, quand tu as froid (frette)?"

"Que dois-tu faire, quand tu as faim?"

Appréciation de la réponse: Deux réponses justes sur les trois, sont nécessaires pour réussir cette épreuve: une réponse est juste lorsqu'elle s'accorde logiquement à la situation dans laquelle on a placé l'enfant.

Exemples de réponse juste:

TEST A: "Aller me coucher". C'est de toutes les réponses la plus fréquente. "Demander à ma mère de me déshabiller", "Faire ma prière et puis aller me coucher", "Faire dodo".

TEST B: "Mettre un tricot, un "sweater", un "coat", "Rentrer" (à la maison pour se chauffer), "Faire du feu dans le poêle", "Me mettre contre le poêle".

TEST C: "Manger", "Demander une beurrée à ma mère", "Manger des "beans", "Boire un verre de lait".

TEST No 6.—Répéter quatre chiffres (1 sur 3).

Technique: On dit: "Ecoute bien, je vais te dire des chiffres et quand j'aurai fini, toi tu les diras pareil comme moi, écoute comme il faut, je vais te les dire, et tu vas les dire pareil, pareil comme moi: 4-7-3-9; ensuite 2-8-5-4; puis 7-2-1-6.

On doit s'habituer à prononcer les quatre chiffres en trois secondes environ. Si le sujet reste muet, on peut répéter le premier groupe à plusieurs reprises, pour obtenir une réponse, mais ce premier groupe ne peut être coté un succès.

Le second et le troisième groupe ne peuvent être dits qu'une seule fois.

Appréciation de la réponse: Cette épreuve est réussie, lorsqu'après une seule audition, l'enfant répète au complet et dans l'ordre donné, un des trois groupes de chiffres.

PANCRINOL

du Dr DEBAT

AUGMENTE
LE POIDS
LES HEMATIES
LE TAUX
D'HEMOGLOBINE

AMELIORE
L'ÉTAT GÉNÉRAL

Dans tous les cas

Anémies,
Convalescences,
Surmenage.

LABORATOIRES DU Dr F. DEBAT
60, rue de Prony, **PARIS 17e**

AGRIPPOL

CACHETS

Fébrifuge et analgésique

L'Agrippol est un mélange de médicaments choisis, reconnus comme des plus actifs contre la grippe, et constitue une synergie chimique et végétale et un analgésique puissant.

Formule. — Cryogénine 0.10, Salicine 0.02, Citrate de caféine 0.15, Quinquina rouge 0.05, Adonis 0.05, Piloselle 0.05, Acétanilide 0.10, Antipyrique 0.10, Carbonate de chaux 0.10.

Mode d'emploi. — Prendre un à quatre cachets espacés des repas par vingt-quatre heures, aussi longtemps que la fièvre n'a pas complètement disparu.

Boîte de 6 cachets: $0.25

LABORATOIRE CHOMEDY
31, Rue Caumartin, PARIS - FRANCE

Distributeurs pour le Canada:

HERDT & CHARTON Inc.
2027 McGILL COLLEGE AVE, - - - MONTREAL

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

MAGNESIE 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
455 RUE ONTARIO EST, MONTREAL

Infirmières diplômées de l'hôpital St-Jean-de-Dieu et de l'Université de Montréal.

Spécialité: maladies nerveuses et mentales.

CHerrier 8078 Téléphones: CLairval 1500

LE COLLEGE ROYAL DES MEDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA.

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada annonce que les examens annuels (Primaire et Final) pour le titre d'Agrégé du Collège seront tenus à Montréal du 9 au 14 octobre 1933.

Les candidats qui désireraient obtenir des renseignements au sujet de ces examens sont priés de s'adresser au docteur Warren S. Lyman, 292 rue Somerset Ottawa, Secrétaire Honoraire du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens.

M. M. les Docteurs

R. Boulet & Jules Brault

ont transporté leurs bureaux au

Numéro 418 rue Sherbrooke Est

Téléphone MArquette 7334

où ils continueront à recevoir leurs patients pour le traitement des **MALADIES des YEUX, des OREILLES, du NEZ et de la GORGE.**

TEST SUPPLEMENTAIRE.—Répéter douze à treize syllabes (1 sur 3 exact).

Les trois phrases sont:

A) Le nom du garçon est Jean, c'est un bon enfant.

B) Il pleut dans le jardin. Joseph fait ses devoirs.

C) Nous aurons beaucoup de plaisir à la campagne.

Technique: Attirer l'attention de l'enfant, puis dire: "Ecoute bien, et dis après moi: "Où est le minou?"

Quand il a répondu, continuer: "Très bien, maintenant tu vas répéter pareil comme moi"; et on lit la première phrase d'une voix naturelle, distincte et expressive.

Si un sentiment de timidité empêche le sujet de répondre, cette première phrase peut être répétée, mais suivant la loi générale, elle ne peut être cotée un succès, et de toute façon seule la première phrase peut être dites plus d'une fois.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, lorsqu'une phrase sur les trois est répétée sans erreur après une seule audition.

Remarque: On ne tient nullement compte des défauts de prononciation dus à l'insuffisance du développement du langage, mais la phrase doit être redite sans omission, addition ou transposition de mots.

(à suivre)

L'INSTITUT BRUCHESI

Extrait du rapport de garde Anysie DELAND,

Directrice du Service Social.

Nous avons fait en 1931, 496 demandes d'hospitalisation. Bien que dans le relevé de nos dossiers pour ce rapport annuel nous ayons dû éliminer bon nombre de familles, soit par dispersion des membres de la famille causée par les décès, soit par exode à la campagne, soit par manque de coopération, nous avons encore au commencement de 1932 le chiffre imposant de 1593 familles au sein desquelles nous surveillons 1659 patients, 5078 adultes et 3049 enfants. Je n'insiste pas sur ces chiffres, sachant que notre directeur médical nous a fait l'honneur de les commenter. Cependant, j'ajoute un mot à ces commentaires: c'est que notre champ d'action est vaste et nos infirmières trop peu nombreuses.

En plus de l'éducation à domicile, nos infirmières ont donné 125 jours de service au Camp durant la colonie 1931.

Notre collaboration à l'Oeuvre du Placement Familial a été cette année plus grande que jamais, et j'en exprime toute ma gratitude à la Directrice. Quel secours précieux en effet, pour nos familles. Pendant que les pupilles de l'œuvre vivent à la campagne sous la surveillance d'infirmières hygiénistes, le pauvre père ou la petite mère, tranquille dans la maison et rassuré sur le sort de ses enfants, voit sa cure rendue possible et paisible. Il nous fait plaisir de porter à votre connaissance que durant la présente année, 125 enfants ont été confiés à cette œuvre admirable; c'est le résultat magnifique d'un long et patient travail d'éducation et de persuasion par nos infirmières visiteuses. Une œuvre peut se créer assez vite mais souvent elle demeure inconnue ou incomprise de ceux à qui elle s'adresse, surtout quand elle revêt un caractère particulier comme le placement familial à la campagne. Il faut du temps et du tact pour faire connaître la valeur et pour enlever à la séparation l'aspect cruel et douloureux que l'amour maternel lui donne.

La question d'hospitalisation paralyse l'infirmière dans son rôle d'éducation et de prévention. Quand le médecin a dit à ce pauvre

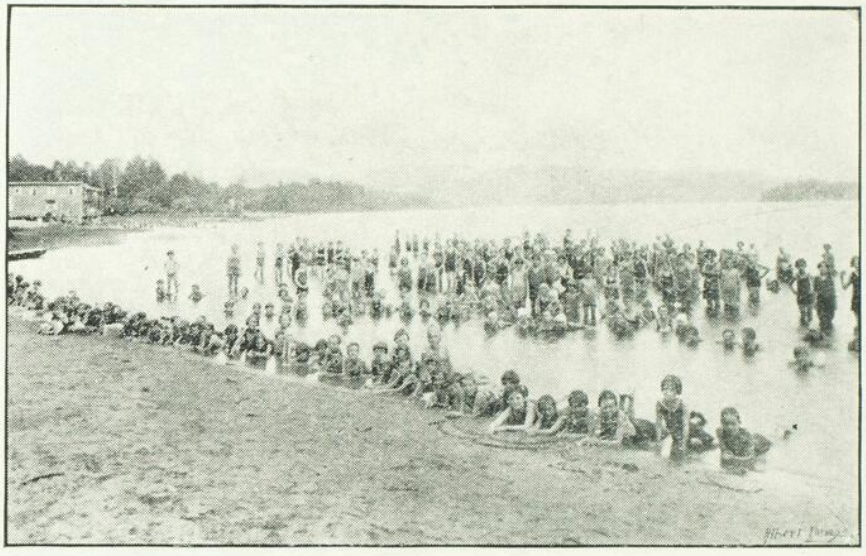
malade, chez qui elle va enquêter: "c'est un malade à hospitaliser, il y a un traitement pour lui, de plus, il est contagieux pour son entourage "quel beau travail elle entrevoit; son patient à l'hôpital, elle le voit peu à peu revenir à la santé, puis elle fait examiner tous les cas de contage, elle leur apporte la protection, quelle belle page à son dossier... Mais, hélas, cela ne se passe pas toujours ainsi, et cela ne se fait pas aussi vite... La décision du malade est parfois assez lente à obtenir, et puis l'insuffisance de lits dans les hôpitaux fait que son nom demeure sur la liste d'attente pendant des semaines, et souvent pendant des mois. Encore le malade, s'il a le bonheur de vivre avec sa famille, quoiqu'il ait en même temps la

Equipe de balle-au-camp.

tristesse d'être un danger de contamination pour les siens, peut toujours faire sa cure, vaille que vaille, et avec d'infinies précautions, mettre en sécurité la vie de sa famille. Mais il en va autrement si ce patient est célibataire ou veuf et sans ressources, comme la plupart de nos pauvres malades. Pour parer à une situation économique défavorable, il ira demeurer chez des parents. Combien de fois n'avons-nous pas vu ces stages de deux, cinq semaines et plus, chez des enfants, ou des frères ou des sœurs mariés. Alors les petits enfants, les neveux ou nièces risquent continuellement d'être contaminés, quelle tristesse, quel désastre au point de vue social.

D'autres fois, le pauvre malade se décourage, et quand enfin son lit lui est offert, il le refuse.

Une autre question de tout premier intérêt pour l'infirmière visiteuse, c'est le maintien d'une bonne santé pour les personnes vivant au contact des tuberculeux. L'idéal est qu'elles demeurent régulièrement sous la surveillance de leur médecin et qu'elles profitent de toutes les ressources de l'hygiène, pour conserver leur énergie. Aussi quel échec, quand un deuxième tuberculeux est déclaré dans une famille surveillée par l'infirmière visiteuse depuis un an ou plus. Elle a fait son devoir cependant, elle a prodigué conseils et visites, elle a insisté quand il a fallu, elle a réussi à faire venir à l'examen tous ces "contacts". Régulièrement elle surveille la fa-



Divertissements de la plage.

mille, mais la petite ouvrière, le jeune employé déjà fortement "léchés" par la contamination, épuisés par un travail fatiguant, elle ne les voit pas, ils sont à leur travail. Ils auraient besoin d'une cure de repos, dans un préventorium, impossible d'arrêter, il faut vivre. Le Service Social ne peut rien leur offrir pour résoudre ce problème du repos en même temps que la subsistance. Après quelques mois, un an, ces pauvres malades que l'infirmière n'a pu revoir, reviennent à la clinique pour se voir classer maintenant parmi les tuberculeux. Notre travail devait empêcher toute autre éclosion de tuberculose. Au bout d'un temps raisonnable dans les familles surveillées, s'il avait été appuyé par une œuvre adéquate de prévention, il aurait réussi à circonscrire l'expansion tuberculeuse. Il reste indéniable que le pré-

ventorium diminuerait de beaucoup notre chiffre de mortalité, en diminuant d'abord le nombre de nos tuberculeux. Il baisserait aussi de beaucoup les déboursés de l'Etat, car le patient de préventorium coûte beaucoup moins cher que le tuberculeux d'hôpital. Nous est-il permis d'entrevoir la possibilité de ces petits préventoriums disséminés ici et là dans les campagnes avoisinant Montréal? L'équipement n'en serait pas coûteux, ces malades se servant seuls et j'oserais presque dire que le Service Médical me paraît également assez facile à organiser, car ces malades n'ont pas besoin de la visite du médecin quotidiennement.

Certes, j'ai loin de moi l'idée de prétendre dire quelque chose de neuf, cependant, notre service a-t-il le droit de garder le silence en face de tels problèmes?

VARIÉTÉS

Le congrès de l'"American College of Physicians" à Montréal et l'Association pour le développement des relations médicales entre la France et les pays amis (A. D. R. M.) section canadienne.

Le dernier congrès de l'American College of Physicians, qui s'est tenu à Montréal dans la semaine du 6 février dernier, a été pour les médecins américains et les médecins canadiens-français une excellente occasion de faire connaissance — et ce fut tout à notre avantage.

Le comité de Montréal, chargé de l'organisation de ce congrès, présidé par le professeur J. C. Meakins, de l'Université McGill, comprenait plusieurs médecins de nos hôpitaux de langue française et de l'Université de Montréal. Le professeur Meakins mérite nos félicitations pour la façon dont il a conduit cette entreprise difficile qu'est toujours l'organisation d'un congrès médical, surtout lorsqu'il s'agit de l'American College of Physicians.

Fondé déjà depuis 17 ans, l'American College of Physicians compte parmi ses membres les médecins les plus distingués des Etats-Unis et plusieurs confrères canadiens des deux langues. Presque tous sont des professeurs d'Université attachés aux hôpitaux des principales villes américaines.

Pendant la semaine du congrès, l'assistance aux séances cliniques dans les hôpitaux des deux langues et aux séances plénières de l'après-midi à l'hôtel Windsor a été remarquable. Nos confrères américains étaient venus à Montréal pour travailler, je tiens à le dire ici, et nous devons les en féliciter.

Nous aurions bien voulu les recevoir dans tous nos hôpitaux de langue française, mais la chose fut impossible vu le grand nombre de nos institutions hospitalières et universitaires. L'Hôtel-Dieu, Notre-Dame et Sainte-Justine, affiliés à l'Université de Montréal, eurent seuls l'honneur de prêter leur concours à ce congrès avec les hôpitaux de langue anglaise, le Royal Victoria, le Montreal General et le Children's Memorial, affiliés à l'Université McGill.

Etaient présents:

Première rangée, de gauche à droite:

POTTENGER, Doctor Francis Marion, Monrovia, California.
President of American College of Physicians; Professor of Diseases of the Chest; School of Medicine, University of Southern California, Los Angeles; Physicians-in-Chief, Monrovia Sanatorium for the Tuberculous.

SMITHIES, Doctor Frank, 920 N. Michigan, Chicago, Ill.
Chevalier de la Légion d'Honneur; President of American Therapeutic Society; Past Secretary-General and President of American College of Physicians; Past President of American Gastro-Enterologic Association and of American Society of Tropical Medicine; Consulting Physician to the Edgewater, St. Bernard's Hospital, Chicago; Chief of Department of Gastro-enterology, Chicago Municipal Tuberculosis Sanatorium; Recently Professor of Medicine, University of Illinois and Gastro-enterologist to Mayo Clinic, Rochester, Minn.; Formely Instructor in Medicine and Demonstrator of clinical Medicine, University of Michigan, Ann Harbor, Mich.; Now Member of Council on Scientific Assembly of the American Medical Association; President of United States Section A. D. R. M.

DUBE, Docteur Joseph-Edmond, 454, rue Sherbrooke Est, Montréal.
Chevalier de la Légion d'Honneur; Professeur de clinique médicale à l'Université de Montréal; Médecin de l'Hôtel-Dieu; Président de l'A. D. R. M., section canadienne; Fellow American College of Physicians; Ex-Prés. de l'Ass. des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord. F. R. C. P. C.

RIST, Docteur Edouard, 5, rue Magdebourg, Paris, France.
Chevalier de la Légion d'Honneur; Professeur Agrégé de l'Université de Paris; Médecin de l'Hôpital Laennec; Délégué du Gouvernement Français au XVIIème Congrès de l'American College of Physicians à Montréal; Membre de l'A. D. R. M., de Paris; Ex-secrétaire de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

MERCIER, Honorable Honoré, Avocat, Montréal.
Chevalier de la Légion d'Honneur; Ministre des Terres et Forêts au Gouvernement de la province de Québec.

Seconde rangée, de gauche à droite:

LeSAGE, Docteur Jean, 418, rue Sherbroke Est, Montréal.
Médecin de l'Hôpital St-Luc; ancien assistant étranger à l'Université de Lyon; Assistant-secrétaire de l'A. D. R. M., section canadienne.

JONES, Docteur Clement R., Pittsburg, Pa., U. S. A.
Professor of Gastro-enterology, School of Medicine, University of Pittsburg; Regent of American College of Physicians.

MUSSER, Doctor John H., New Orleans, Louisiana.
Professor of Medicine and Head of the Department of Internal Medicine, Tulane University School of Medicine; Formely Professor of Clinical Medicine, University of Pennsylvania; Regent of American College of Physicians; Now member of Board of Patrons, United States Committee, A. D. R. M.

MARTIN, Doctor Charles F., 3504 Mountain Street, Montreal.
Dean Faculty of Medicine, McGill University; Physician to the Royal Victoria Hospital; Past President of the American College of Physicians; Patron to the A. D. R. M., Canadian Section.

LAQUERRIERE, Docteur A., Hôpital Notre-Dame.
Chevalier de la Légion d'Honeur; Ex-Chef électro-radiologiste de l'Hôpital Hérold à Paris; Ex-Président de la Société Française d'électrothérapie; Ex-Président de la Société de Radiologie de France; Electro-radiologiste de l'Hôpital Notre-Dame à Montréal; Membre de l'A. D. R. M., section canadienne.

HARWOOD, Docteur Louis de Lotbinière, 418 Sherbrooke Est, Montréal.
Officier de la Légion d'Honneur; Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal; Professeur de gynécologie clinique; Chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame; Vice-Président de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord; Président d'Honneur de l'A. D. R. M., section canadienne. F. R. C. P. S. C.

LeSAGE, Docteur Albert, 260 Square St-Louis, Montréal.
Chevalier de la Légion d'Honeur; Profesesur de clinique médicale à l'Université de Montréal; Médecin de l'Hôpital Notre-Dame; Ex-Président de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord; Membre de l'A. D. R. M., section canadienne. F. R. C. P. C.

MASSON, Docteur Pierre, 5611, Avenue Philipps, Outremont, P. Q.
Chevalier de la Légion d'honneur; Professeur d'anatomie pathologique à l'Université de Strasbourg, France, et à l'Université de Montréal; Membre de l'A. D. R. M., section canadienne.

MORGAN, Doctor William-Gerry, Washington, D. C.
Dean and Professor of Gastro-enterology, Georgetown (Washington, D. C.) University School of Medicine; Secretary-General of American College of Physicians; Former President of the American Medical Association.

MARCHAL, Monsieur Léon, 620, rue Cathcart, Montréal.
Chevalier de la Légion d'Honnneur; Consul de France au Canada.

PIERSOL, Doctor George-Marris, Philadelphia.
Professor of Medicine and Dean of the Department of Post Graduate Medicine, University of Pennsylvania; President-elect of American College of Physicians; Member of the Association of American Physicians.

VIGNAL, Docteur William, 5592, Ave Philipps, Outremont, P. Q.
Chevalier de la Légion d'Honenur; Ex-Electro-radiologiste des Hôpitaux de Paris; ancien Vice-Président de la Société de Radiologie de France; Electro-radiologiste de l'Hôpital St-Luc, de Montréal; Membre de l'A. D. R. M., section canadienne.

Troisième rangée, de gauche à droite:

MASSON, Docteur Damien, 418, rue Sherbrooke Est, Montréal.
Chevalier de la Légion d'Honeur; Professeur de thérapeutique appliquée à l'Université de Montréal; Médecin de l'Hôtel-Dieu; Membre de l'A. D. R. M., section canadienne.

BROWN, Doctor George E., Mayo Clinic, Rochester, Minn.
Professor of Medicine Post Graduate School of the University of Minnesota; Chief of the Department of Research Medicine, Mayo Clinic, Rochester, Minn.; Regent of the American College of Physicians.

BENOIT, Docteur E. P., 481, rue Prince-Arthur Ouest, Montréal.
Professeur de clinique médicale à l'niversité de Montréal; Secrétaire de la Faculté de Médecine, Médecin de l'Hôpital Notre-Dame; Officier d'Académie France; Secrétaire de l'A. D. R. M., section canadienne. F. R. C. P. C.

RHEAUME, Docteur P. Z., 5735, rue Durocher, Montréal.
Professeur de chirurgie opératoire à l'Université de Montréal; Chirurgien en chef de l'Hôpital St-Luc; Ex-Président de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord; Président du Conseil Permanent de cette Association; Membre de l'A. D. R. M., section canadienne. F. R. C. P. S. C.

MOULONGUET, Docteur D., Paris, France.
Chirurgien de l'Hôpital Tenon à Paris, et Professeur Aggégré; Membre de l'A. D. R. M., Paris; Conférencier délégué au Canada de l'Institut Scientifique Franco-Canadienne.

Je m'empresse d'ajouter que la présence à Montréal du professeur E. Rist, l'éminent phtisiologue de l'hôpital Laënnec de Paris, délégué du gouvernement français à ce congrès, fut pour nous la première raison de notre succès auprès des congressistes. Le professeur Rist, par ses leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu, à Notre-Dame et sa conférence en séance plénière à l'hôtel Windsor, toujours faites dans un anglais parfait, a remporté un succès triomphal.

Notre excellent ami le professeur Frank Smithies, de Chicago, président de l'A. D. R. M., section américaine, nous assurait que le professeur Rist, par ses savantes cliniques en langue anglaise devant ses collègues venus de toutes les parties des Etats-Unis, avait plus fait pour la science médicale française en Amérique que deux années de propagande active par voie de publications ou autrement.

La section canadienne de l'A. D. R. M. voulut profiter de l'occasion de ce congrès pour faire également de la propagande en faveur de la France médicale auprès des membres de l'American College of Physicians, réunis pour la première fois à Montréal, la seconde ville française du monde.

C'est donc avec cette pensée que, en ma qualité de président de l'A. D. R. M. canadienne, je groupai autour de la table du Cercle Universitaire, le lundi 6 février, les principaux "Fellows" de l'American College of Physicians au déjeuner offert en l'honneur du professeur Frank Smithies, président de l'A. D. R. M., section américaine, et du professeur E. Rist, représentant de l'A. D. R. M. de France. J'eus la bonne fortune d'avoir à mes côtés M. Léon Marchal, consul de France à Montréal, les honorables Honoré Mercier et L.-A. David, ministres dans le gouvernement de la province de Québec, le professeur C. F. Martin, doyen de la Faculté de Médecine de l'Université McGill, le professeur L. de L. Harwood, doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, le professeur W. G.. Morgan, doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Georgetown (Washington, D. C.), le professeur G. M. Piersol, doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Pennsylvanie et nouveau président de l'American College of Physicians. Le professeur F. M. Pottenger, de Monrovia, Cal., président de l'American College of Physicians, avait bien voulu assister à ce déjeuner malgré les nombreuses occupations d'un président au premier jour d'un congrès. Le professeur J. H. Musser, de l'Université de Tulane, Nouvelle-Orléans, le professeur Clement R. Jones, de l'Université de Pittsburgh, Pennsylvanie, le professeur

George E. Brown, de la Clinique Mayo, le professeur D. Moulonguet, conférencier à Montréal de l'Institut Scientifique Franco-Canadien, étaient également présents. Mes collègues de l'Université de Montréal et des hôpitaux, les professeurs E.-P. Benoît, secrétaire-général de l'A. D. R. M., section canadienne, Albert LeSage, Damien Masson, Pierre Masson, P.-Z. Rhéaume, A. Laquerrière, W. Vignal et Jean LeSage ont contribué à faire de ce déjeuner un des principaux événements du congrès.

Des discours furent prononcés au cours du déjeuner, et nous avons pu entendre messieurs les ministres Mercier et David, M. Léon Marchal, les doyens C. F. Martin et L. de L. Harwood, le Dr Pottenger, le Dr P.-Z. Rhéaume et tout particulièrement les Drs Frank Smithies et E. Rist, les deux hôtes d'honneur. La photographie ci-jointe donnera une meilleure idée de l'assistance et de l'importance professionnelle des convives américains et canadiens. J'ai reçu à propos de ce déjeuner des appréciations des plus flatteuses. Les médecins américains se sont montrés particulièrement heureux d'avoir rencontré mes collègues de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.

* * *

Chicago, February 14th, 1933.

Professor J. E. Dubé,
454 Sherbrooke St. East,
Montreal.

My dear Professor Dubé,

...The week was a very busy one for you. I trust that you did not become unduly fatigued. Certainly, you proved very loyal to the American College of Physicians and gave to members an unusual opportunity to appraise the work being carried on in those excellently managed French hospitals. I heard many favourable comments and, personally, I was much impressed not only with the size and completeness of your institutions, but also with the men on the hospital staffs and the high grade work which they were doing. Of course, all realize that the high standards of work are due to the inspiration given to the younger men. When you get completed your new University buildings, French medicine should receive a mighty impetus in Canada.

. . . . . .

Your "international luncheon", as I have heard it called, was most apropos and delightful. Also, it was a masterpiece of diplomacy. Allow me to extend my most hearty congratulations. By that luncheon you did more for the good of the A. D. R. M. in two hours than could have been

accomplished by correspondence in two years. Throughout the United States, our plan for postgraduate instruction in France, will be known in a few weeks. With your local Consul's help, I am sure that we shall go forward to a grand success. I will cooperate with him and you to the best of my ability.

. . . . . .

Again, I wish to express my very profound appreciation of your courtesy to me, of the opportunity which you gave me to hold clinics and meet your colleagues and of your personal kindness. I shall never forget these things. You made the week one of great interest to me and others and you revealed to me how deeply concerned you are with all that is best in clinical and scientific medicine.

Thanks and congratulations !

With sincerest respect, I remain, my dear Professor Dubé,

Cordially yours,

Frank SMITHIES.

Ces chers amis nous ont découverts, ils ont constaté que nous avions une importance dans le monde universitaire qu'ils ne soupçonnaient même pas. Aussi l'assistance des médecins américains aux cliniques dans nos hôpitaux pendant le congrès fut-elle très nombreuse.

* * *

Quelles sont les leçons à tirer de la grande manifestation américaine à Montréal ?

Je crois que nous devons nous rendre compte une fois de plus que la province de Québec et surtout ses Universités de langue française ne sont pas connues des Américains comme elles le méritent.

Qu'il faut, par conséquent, multiplier les occasions de contact entre les médecins américains et canadiens de langue française dans le plus grand intérêt de la culture française que nous avons pour mission de représenter et de défendre en terre d'Amérique.

Nous avons pu enfin nous rendre compte jusqu'à quel point nos confrères américains aiment à entendre un médecin de France, surtout lorsqu'il parle leur langue avec autant de facilité et d'élégance que le professeur Rist.

Que faut-il faire ? Beaucoup de propagande. Le gouvernement français vient de décider enfin de faire une propagande très active en Amérique et la somme de $1,300,000 sera dépensée à cet effet annuellement.

"It is never too late to mend", comme disent les Anglais. Il nous est bien permis d'ajouter que la France aurait dû commencer depuis longtemps cette propagande de diffusion de l'idée française en Amérique. Car, en laissant le champ libre à la propagande allemande entre autres elle a perdu beaucoup d'occasions de se faire mieux comprendre et estimer des savants et du peuple américains.

Nous croyons sincèrement qu'une partie de l'argent que le gouvernement français veut employer annuellement à son oeuvre de propagande en Amérique devrait être dépensée au Canada où il est, aussi, très important que la France soit mieux connue de la population anglo-saxonne.

La province de Québec, dont la population est au 7/8 de langue française, et ses centres universitaires de Québec et de Montréal, constituent, dans notre opinion, un foyer de propagande française très important puisque son influence se fait de plus en plus sentir au Canada et même aux Etats-Unis. Le gouvernement français ferait donc oeuvre de propagande en subventionnant largement nos Universités, qui valent bien l'Université de Beyrouth, puisqu'elles sont, en Amérique, les châteaux forts de l'idée française.

L'Institut Scientifique Franco-Canadien, fondé par M. Dalbis, professeur pendant plusieurs années à l'Université de Montréal, a déjà fait une œuvre de propagande considérable qui serait encore plus efficace si le gouvernement français voulait augmenter la subvention qu'il lui accorde annuellement.

Les sections canadienne et américaine de l'A. D. R. M., travaillant en plein accord avec l'A. D. R. M. de Paris, feront également une campagne beaucoup plus active lorsque le gouvernement français leur en fournira les moyens.

J.-E. DUBE,
Professeur à l'Université de Montréal,
Président de l'A. D. R. M., section canadienne.

Montréal, le 15 mai 1933.

REVUE DES LIVRES ET THÈSES

Les réveils de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte, par Emile SERGENT, membre de l'Académie de Médecine. — Un vol. de 228 pages, avec 27 planches hors texte. Masson & Cie, éditeurs, 120, boulevard St-Germain, Paris.

Le professeur Emile Sergent continue la série de ses publications intéressantes sur la tuberculose. Le livre que nous signalons aux médecins renferme une série d'études pratiques sur l'évolution clinique générale de la tuberculose.

L'auteur passe en revue les notions acquises jusqu'à ce jour et il nous communique sur chacune d'elles les résultats de son observation recueillis durant le cours de sa longue et fructueuse carrière. Il s'inspire de Claude Bernard, lorsqu'il affirme que "les théories ne sont pas des vérités absolues, par conséquent toujours perfectibles et mobiles". Il emprunte aussi à Anatole France la pensée suivante: "Les théories ne sont créées et mises au monde que pour souffrir des faits qu'on y met, être disloquées dans tous leurs membres, enfler et finalement crever comme des ballons.

J'emprunte au professeur Sergent une pensée qui s'adresse à la clinique et que je trouve dans son avant-propos: "J'ai été amené, dit-il, chaque jour davantage, à penser que l'étude de l'évolution clinique générale de la tuberculose et la conception du déterminisme de son polymorphisme anatomo-clinique ne pouvaient être approfondies que par la liaison et la confrontation étroite des constatations faites par la clinique et le laboratoire".

Nous trouvons dans ce livre un nombre imposant de publications personnelles de l'auteur, nous permettant de connaître la conception qu'un phtisiologue peut se faire aujourd'hui de l'évolution clinique générale de la tuberculose et des conditions qui régissent la pathogénie et les processus anatomo-cliniques des réveils de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte.

L'auteur commence par définir la tuberculose active et la tuberculose évolutive; la première, dit-il, peut demeurer définitivement limitée sur son territoire sans devenir envahissante; elle reste figée, stagnante, plus ou moins latente; la seconde essaime, s'étend, se généralise progressivement par foyers successifs. La première est représentée par des signes locaux et par la réponse positive à la tuberculino-réaction. La seconde s'accompagne des signes généraux de toxi-infection et de défaillances des résistances du terrain révélées par les radiographies en séries.

Les chapitres qui suivent nous permettent de connaître son opinion personnelle sur la notion de réactivation et sur le rôle du terrain.

Dans le chapitre quatrième, l'auteur étudie le rôle du bacille: "Pas de tubercule sans bacilles". Cette formule, dit-il, a la valeur d'un axiome; mais, ajoute-t-il, les lésions tuberculeuses ne sont pas toujours les mêmes. Il mentionne les discordances entre le laboratoire et la clinique pour réfuter une opinion qui voudrait qu'il n'y ait pas de tuberculose s'il n'y a pas de bacille de Koch dans les crachats. Il en trouve l'explication dans l'existence des formes invisibles et filtrables du bacille de Koch découvertes par Fontes en 1910; elles nous ont obligés à remanier nos idées et nos théories sur l'hérédité de la tuberculose et la différence évolutive de ses manifestations.

Cette conception ouvre des horizons nouveaux en phtisiologie, car le virus filtrable pose une fois de plus le problème de l'hérédité tuberculeuse et élargit celui du polymorphisme de la tuberculose en ajoutant aux conditions de terrain la notion des variétés du germe. L'auteur fait allusion à ses travaux personnels sur le virus filtrant et la variété spéciale de tuberculose expérimentale qu'il confère. Il rapporte l'expérience faite avec le produit de broyage filtré de ganglions trachéo-bronchiques tuberculeux humains, révélant l'existence du virus dans un organe lymphoïde, chez l'homme. Cette notion du virus a permis de considérer la tuberculose comme une maladie à deux étapes: celle du virus, qui correspond à la phase antébacillaire; celle du bacille, qui correspond aux manifestations classiques de l'étape tardive... mais c'est dans le système lymphoïde que se joue toute l'évolution.

A la lumière de ces idées nouvelles, il étudie l'asthme qui ne serait autre qu'une "épine pulmonaire sensibilisatrice". Plus loin, il recherche comment se fait la réactivation des foyers tuberculeux latents; il en trouve l'explication dans la décharge plus ou moins prolongée du bacille, plus ou moins virulent, qui se fixe en quelque point de l'organisme au lieu d'être éliminé par les émonctoires naturels, et qui en détermineraient les accidents immédiats ou tardifs.

Dans les leçons suivantes, qui complètent ce travail très important, le professeur Sergent étudie le rôle des voies lymphatiques dans les processus de la tuberculose se manifestant sans qu'aucune cause de contamination pénétration et la propagation de la tuberculose.

Ces idées nouvelles nous permettent de comprendre ces réveils subits de la tuberculoes se manifestant sans qu'aucune cause de contamination nouvelle intervienne, le sujet trouvant en soi-même les sources de la réinfection provenant d'anciens foyers sommeillant depuis l'enfance.

Nous adressons à notre ami Sergent nos félicitations pour les services qu'il rend aux phtisiologues de tous les pays.

Albert LeSAGE.

Manuel pratique de Dermatologie, par DESAUX et BOUTELIER. — Un volume de 1232 pages. Masson & Cie, éditeurs, Paris.

Livre conçu dans un esprit pratique.

L'étudiant et le praticien non spécialisés y trouveront les notions indispensables en dermatologie et syphiligraphie.

La description clinique des syndromes et des affections de la peau y est exposée de façon très claire, très précise. La minutie des détails est observée sans que l'intérêt de la lecture en soit ralenti.

De très nombreuses illustrations et photographies, dont la plupart proviennent de l'admirable Musée de Saint-Louis, en complètent l'écriture. Ce que le médecin non initié à la pratique dermatologique n'aura pas complètement saisi en lisant la symptomatologie de telle ou telle dermatose, le cliché photographique le lui montrera clairement. Nous félicitons les auteurs d'avoir compris l'importance de la photographie en dermatologie et de l'avoir utilisée largement.

L'anatomie et la physiologie de la peau, la pathogénie des réactions cutanées, la réceptivité et l'allergie y sont étudiées. Enfin, les principes de la thérapeutique générale, ses applications spéciales sont exposés en des chapitres bien élaborés où le médecin puisera quantité de renseignements précieux.

C'est un ouvrage que nous recommandons à nos lecteurs. Ils y trouveront les indications les plus récentes.

Albéric MARIN.

FORMULAIRE

TRAITEMENTS DES HÉMOPTYSIES TUBERCULEUSES.

1° **Repos absolu au lit, en position demi-assise avec défense de parler, lire, etc.**

2° **Nécessité absolue de calmer la toux par:**

Phosphate de codéine ..... $\frac{1}{4}$ grain.
ou héroïne ..... $\frac{1}{6}$ à $\frac{1}{4}$ grain.
ou morphine sulfate ..... $\frac{1}{4}$ grain.

Sig. En injection hypodermique de préférence.

3° **Sérum gélatiné tiédi à 2 ou 3%.**

Sig. 40 à 60 c.c. en injection dans le tissu intracellulaire profond du flanc. Résorption lente et douloureuse provoque souvent une ascension thermique passagère. Hémostyl — Coagulène — Hémoplastine ont aussi leur indication.

4° **Dans les formes graves et rebelles, le pneumothorax thérapeutique est tout indiqué, il agit rapidement comme une ligature sur un vaisseau.**

5° **Réduire le régime alimentaire afin de ne pas provoquer d'excitation cardio-vasculaire et diminuer la pléthore sanguine.**

J.-A. VIDAL.

ANALYSES

MEDECINE

Le professeur PIC et MM. DELOSE et LACROIX. — **Traitement de l'état de mal asthmatique par l'abcès de fixation.** Le Journal de Médecine de Lyon, 20 avril 1933.

Chez les asthmatiques, surtout lorsque la maladie dure depuis longtemps, surviennent souvent, sous la moindre influence: fièvre, grippe, refroidissement ou infection quelconque — des crises subintrantes qui se succèdent sans jamais cesser complètement et constituent ce que l'on pourrait appeler l'état de mal asthmatique.

Cet état de mal asthmatique est toujours sérieux et peut même constituer un danger de mort.

En général, les crises d'asthme aiguës et simples cèdent assez rapidement soit à l'adrénaline, à la morphine ou à d'autres médications faciles: inhalations ou autres.

Au contraire, les cas qui s'accompagnent d'une poussée fébrile quelconque prennent assez souvent la forme subintrante et son extrêmement rebelles aux traitements ordinaires.

Le professeur Pic et ses collaborateurs à l'Hôtel-Dieu de Lyon, qui ont publié plusieurs travaux sur les abcès de fixation, ont eu l'idée d'employer cette méthode dans ces cas subintrants et hebelles. Ils rapportent trois cas.

Dans chacun de ces cas — soulagement remarquable, rapide et durable, disparition de la dyspnée et de la fièvre au bout de deux jours — comment agit dans ces cas l'abcès de fixation ? Cette action est complexe, elle n'a pas encore été définie de façon précise, mais, dit le professeur Pic: "A côté d'une action de choc possible, il est au moins un autre facteur qu'il nous paraît légitime d'invoquer: c'est celui de la dérivation leucocytaire".

Quelles sont les indications de cette méthode ? Les auteurs ne proposent pas l'abcès de fixation dans toute crise d'asthme, ils n'ont en vue, et ils y insistent, que l'état de mal asthmatique et surtout l'état de mal asthmatique survenant pendant un épisode inflammatoire. Dans ces cas il ne faut pas perdre son temps et attendre une amélioration spontanée toujours trop tardive, il faut faire un abcès de fixation, et, répètent-ils, cette intervention est d'autant plus indiquée qu'il existe un état fébrile surajouté. En général, un seul abcès de fixation suffit.

Louis FORTIER.

CHIRURGIE

D. C. BEAVER et J. PEMBERTON. — **Anatomo-pathologie du foie chez le goitreux exophtalmique** (The pathologic anatomy of the liver in exophthalmic goiter). Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic, 28 sept. 1932.

L'examen anatomo-pathologique du foie pratiqué chez 107 goitreux exophtalmiques a démontré à Beaver et à Pemberton que les basedowiens présentent presque toujours des lésions hépatiques, lésions qu'on ne retrouve pas chez l'hyperthyroïdien.

Trois types de lésions hépatiques prédominent dans le goitre exophtalmique :

1) Lésions aiguës de dégénérescence graisseuse avec foyers de nécrose, 91.50%.
2) Atrophie simple du foie (1306 grammes), 63.55%.
3) Atrophie subaiguë toxique avec cirrhose, 59.81%.

21% des 107 cas étudiés présentaient de l'ictère. Même si le symptôme ictère n'est pas apparent, les lésions hépatiques sont assez souvent marquées pour expliquer un désordre fonctionnel décelable par différents tests de laboratoire.

La gravité des lésions hépatiques est en rapport direct de l'intensité du syndrome basedowien.

L'atrophie simple et l'atrophie subaiguë toxique avec cirrhose plus fréquente chez la femme que chez l'homme, s'attaquent de préférence à des goitreux exophtalmiques âgés dont l'affection est grave.

L'hyperthyroïdie expérimentale reproduite chez des animaux nourris de substance thyroïdienne n'a pas été suivie de lésions hépatiques telles que celles décrites chez le goitreux exophtalmique.

Ils concluent en prétendant que dans la plupart des cas les lésions hépatiques semblent faire partie intégrale du syndrome basedowien, que ces lésions sont dues à l'intensité et à la durée de l'intoxication thyroïdienne.

Impressions personnelles: le goitreux exophtalmique bénéficie probablement d'une intervention pratiquée à l'anesthésie locale, puisque sa cellule hépatique est déjà atteinte, vu qu'il semble admis qu'un anesthésique: éther, chloroforme ou gaz, altère le foie. Là réside peut-être la cause, chez un certain nombre d'opérés, des insuccès post-opératoires.

R. DORE.

P. MOULONGUET. — **Ostéochondrite disséquante de la hanche.** Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie de Paris, 1932.

L'auteur rapporte deux observations intéressantes d'ostéochondrite disséquante de la hanche, ou maladie de Kœnig de la tête fémorale.

Cette affection consiste dans le détachement d'un sequestre aseptique superficiel aux dépens de la surface articulaire de la tête du fémur près de l'insertion du ligament rond. Le clivage entre le fragment détaché et l'os

Les Diètes Modernes Sont Souvent Pauvres En Constituants Minéraux

Les sommités médicales insistent aujourd'hui sur l'importance des sels minéraux essentiels. Outre qu'ils engendrent une charpente osseuse robuste et un sang riche en hémoglobine, ces éléments minéraux favorisent le métabolisme et contribuent à stabiliser le système nerveux.

Dans beaucoup de cas pourtant, les aliments modernes ne comportent pas la proportion adéquate de constituants minéraux et des millions de personnes sont donc exposées à subir les effets de la déminéralisation. La cuisson élimine la valeur minérale des aliments à un degré variable qui peut, dans certains cas, atteindre 76%.

Seul un réconstituant riche en sels minéraux peut remplacer ces pertes et porter remède à la déminéralisation ainsi qu'à ses symptômes concomitants: l'affaissement nerveux, la neurasthénie, la vitalité réduite et le manque d'énergie.

Le Sirop Fellows contient les sels minéraux du sodium, du calcium, du potassium, du manganèse, du fer et du phosphore, en combinaison avec les puissants stimulants du métabolisme que sont la strychnine et la quinine. Soixante années d'expérience clinique dans le monde entier répondent de sa valeur réconstituante.

Dose suggérée: Une cuillerée à café dans un demi-verre d'eau, trois ou quatre fois par jour.

SIROP FELLOWS

AUX HYPOPHOSPHITES

Contient les constituants minéraux essentiels

ECHANTILLONS SUR DEMANDE

FELLOWS MEDICAL Mfg. Co., Ltd., 286 ouest, rue St-Paul, Montréal, Can.

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.

Reconstituant physiologique
Reminéralisation
Polyopothérapie

OPOCALCIUM

Du Dr GUERSANT

Cachets, comprimés, granulé.

Opocalcium arsénié, Cachets.

OPOCALCIUM IRRADIÉ

Ergostérine irradiée (Vitamine D). Associée au complexe endocrino-minéral de l'Opocalcium (**CACHETS, GRANULÉ, COMPRIMÉS**).

Laboratoires de l'Opocalcium — A. RANSON, Dr en Phcie, — 121, Ave. Gambetta, Paris (20e).

DEPOT GENERAL POUR LE CANADA:

MILLET, ROUX & LAFON Ltée

1215, RUE SAINT-DENIS, MONTREAL. Tél. MArquette 8495

TROUBLE DE LA MENOPAUSE

INSUFFISANCE OVARIENNE

Maladies du Système Veineux, Varices, Phlébites, Hémorroïdes

Pléthore par Stase Veineuse

1° Simple
Hamamelis
Marron d'Inde
Condurango
Viburnum
Anémone
Séneçon
Piscidia

INDHAMELINE LEJEUNE

Deux formes : Simple, Pluriglandulaire

20 à 30 Gouttes dans un peu d'eau avant chaque repas (20 jours par mois)

Littérature et Echantillon médical

2° Pluriglandulaire :
Hypophyse
Ovaire
Surrénale
Thyroïde
et principes végétaux de l'INDAMELINE LEJEUNE simple.

Laboratoire: A. LEJEUNE, 12, rue Emilino Castelar, Paris (12e) R. C. Seine No 111.464

INDICATIONS

Artério-Sclérose
Affections cardiaques
Emphysème, Asthme
Obésité
Goutte, Rhumatismes
Lymphatisme, Scrofule
Faiblesse générale
Accidents spécifiques

Combinaison Physiologique
de **PEPTONE ET D'IODE**
entièrement assimilable

PEPTONE IODEE LERY

Gouttes titrées et concentrées mieux tolérées que les Iodures

Cinq gouttes contiennent un centigramme d'Iode combiné à la Peptone

Agent Général pour le Canada: J. A. HARRIS, MONTREAL.

même est réalisé de telle sorte que le tissu sequestré ne tient absolument pas à celui de l'épiphyse, bien que le cartilage articulaire, du moins pendant les premières phases, passe sans solution de continuité des parties saines de l'épiphyse sur le fragment. A l'ouverture de l'articulation, la lésion est loin d'être aussi apparente que semble l'indiquer la radiographie, et seule la mobilisation du fragment dévitalisé et le plissement de la surface cartilagineuse nous permettent de le déceler.

Pour l'auteur, la rareté de cette maladie est due au fait qu'elle ne présente un aspect qu'au stade initial; plus tard elle se confond avec les altérations trop complexes du morbus coxae.

Au point de vue clinique, la maladie de Kœnig se présente sous deux formes: la forme douloureuse et la forme ankylosante.

La forme douloureuse passe souvent inaperçue, si l'on n'a pas la radiographie facile; les douleurs siègent tantôt dans le genou, tantôt dans la hanche.

La forme ankylosante est presque toujours reconnue, bien que pour l'identifier il faut voir le malade dès le début.

Ces deux formes évoluent vers l'arthrite déformante, et leur symptomatologie radiologique finit par perdre toute individualité.

L'auteur conseille une intervention chirurgicale ayant pour but d'enlever le sequestre; il termine en décrivant les différents temps de la technique qu'il a employée dans les deux cas qu'il a opérés.

A. BELLEROSE.

OBSTETRIQUE

André DREYFUS. — **La revision de la cavité utérine faite immédiatement après l'accouchement: ses indications, ses résultats.** (Suivant les observations de l'école des sages-femmes de Strasbourg.) Strasbourg Médical, 5 février 1933.

Les désordres causés par une rétention placentaire partielle sont de deux ordres:

I. L'hémorragie.

II. L'infection ou les deux pouvant se présenter concomitamment. Mais Couvelaire et ses élèves ont établi que les hémorragies tardives du post-partum sont loin d'être toujours conditionnées par une rétention placentaire.

Il existe donc des hémorragies par rétention et des hémorragies sans rétention.

Et Couvelaire individualise une forme métrorragique dans l'infection puerpérale avec ou sans rétention placentaire, l'hémorragie étant le symptôme qui précède le syndrome septico-hémorragique. Ici, l'auteur nous met en garde contre toute manœuvre intempestive pouvant diffuser l'infection et pose les indications de l'hystérectomie dans certains cas, car s'il existe des cas de rétention qui guérissent par expulsion spontanée et sans infection, il en est par contre qui ne guérissent qu'au prix d'une longue hospitalisation ou du sacrifice de l'utérus.

MM. Anderodias et Péry rapportent une mortalité de 22.06% c'est-à-dire plus de 1/5 des accouchées chez qui la rétention placentaire par-

tielle passe inaperçue et qui font des hémorragies tardives des suites de couches.

Une seule condition serait indispensable pour éviter ces complications: obtenir l'expulsion complète du placenta.

Mais un examen minutieux de l'arrière-faix peut nous permettre de dire que celui-ci est complet ou incomplet, alors que dans certains cas l'existence d'une rétention a pu être prouvée sans avoir été soupçonnée au préalable à l'examen de l'arrière-faix.

Vu que la simple inspection aboutit trop souvent malheureusement à des imprécisions, on a eu recours à différentes épreuves expérimentales destinées à démontrer l'intégrité du placenta.

De toutes ces méthodes empiriques celle de Scherback, de Kuster, de Franken, de Sachs, aucune ne donne de résultats indiscutables.

De là, la nécessité de poser les indications restreintes de la revision utérine:

I. La rétention de débris placentaires ou de vastes lambeaux de membranes.

II. L'existence d'une hémorragie persistante après la délivrance. Jusqu'à ces dernières années, il fallait ces deux indications pour imposer une revision utérine immédiatement après l'accouchement, car la notion du danger de l'intervention après l'accouchement n'échappe point à l'accoucheur, toute manœuvre intra-utérine à ce moment pouvant provoquer l'infection puerpérale.

Après citation de statistiques du Congrès de Bordeaux, de l'Ecole des Sages-Femmes, l'auteur conclut que: 1°. Les rétentions placentaires partielles restent trop fréquentes. 2°. La revision n'est entreprise que lorsque la rétention est certaine ou que l'hémorragie survient. Les indications de la revision sont trop restreintes. On abandonne à eux-mêmes les cas où le placenta est suspect, la femme ne saignant pas.

III. Les complications de la rétention sont graves à cause du danger de l'hémorragie et de l'infection.

IV. La gravité des revisions utérines faites immédiatement après l'accouchement est incomparablement moindre. D'où le devoir pour l'accoucheur de chercher à instituer une prophylaxie plus intense contre la rétention placentaire partielle et ses conséquences désastreuses.

La revision utérine systématique après chaque accouchement ou contrôle utérin, comme l'entend M. Gheorghiu du Bucarest, est-elle logique?

Celui-ci prétend que par la suite de la décomposition de cotylédons placentaires, des membranes ou des anciens caillots, la cavité utérine devient un milieu de culture favorable.

Serait-ce la seule cause de l'infection puerpérale endogène?

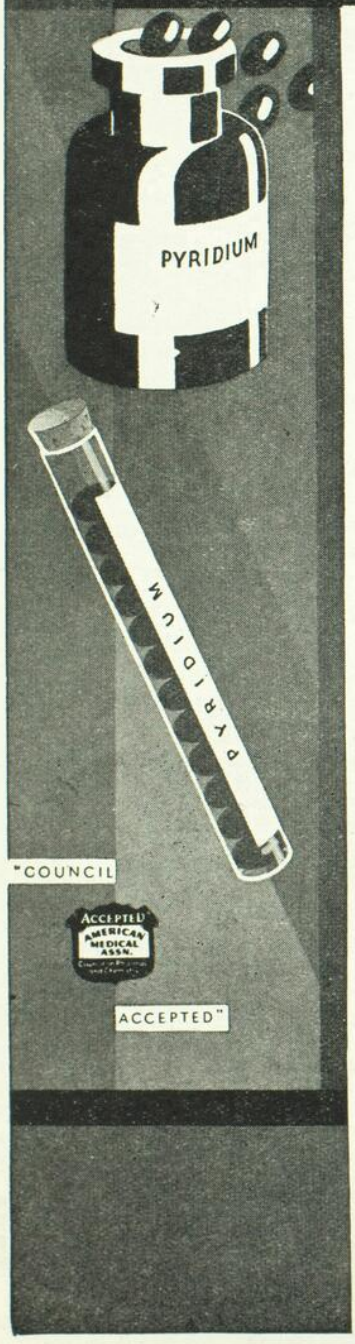
M. Brindeau objecte qu'il y a des suites de couches septiques malgré une vacuité absolue de l'utérus et que par ailleurs la caduque aurait un rôle de défense contre les germes.

De plus, en dehors d'un service hospitalier, le contrôle utérin n'est pas pratique, voire même dangereux, car il n'est pas facile de réaliser des conditions d'asepsie suffisante.

TRADE

PYRIDIUM

MARK



Mono-Chlorhydrate de Phényl-azo-Alpha-Alpha-Diamino-Pyridine
(Fabriqué par "The Pyridium Corporation")

Contre les Infections Urinaires

L'administration du Pyridium sous forme de comprimés constitue un moyen rapide et pratique de rendre l'urine antiseptique dans le traitement de la gonorrhée et autres infections chroniques et aiguës du canal ou des organes génito-urinaires. Le Pyridium pénètre rapidement les parties mises à nu et les membranes muqueuses et est promptement éliminé par les voies urinaires. Administré en doses thérapeutiques, le Pyridium n'est ni toxique, ni irritant . . . Le Conseil de Pharmacie et de Chimie de l'Association Médicale Américaine a accepté d'admettre le Pyridium au nombre des remèdes nouveaux et non officiels. Vous pouvez donc prescrire ce médicament avec l'entière confiance que son action thérapeutique sera en tous points conforme aux prétentions élevées à son sujet. Evitez de recourir à tous autres succédanés . . . Le pharmacien qui prépare vos ordonnances peut vous fournir du Pyridium sous quatre formes pratiques: sous celle de comprimés, de poudre, de solution ou d'onguent . . . Ecrivez-nous si vous tenez à recevoir notre nouvelle brochure de 30 pages décrivant l'emploi et l'application cliniques du Pyridium.

MERCK & CO. Ltd.,

412, rue Saint-Sulpice, MONTREAL

Seuls dépositaires au Canada

SEDOL

remplace la Morphine

Scopolamine Morphine

plus Actif

à dose moindre

Société Générale d'Applications Thérapeutiques
157, rue de Sèvres PARIS (XV^e).

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

D'après M. Henrotay, l'hémorragie tardive secondaire peut s'observer sans rétention et la revision ne supprime pas toujours les tranchées utérines.

Il n'est pas admis qu'il y a toujours des restes dans un utérus où l'accouchement se fait normalement.

D'après Plauchu, le pronostic de la rétention des membranes dépend essentiellement des conditions dans lesquelles se sont passés l'accouchement et la délivrance.

En conclusion:

I. Il faut pratiquer un examen minutieux du placenta et des membranes.

II. Savoir juger des cas où il faut s'abstenir ou intervenir et laisser la place qui convient à la physiologie normale de l'accouchement.

III. Que la revision utérine immédiatement après l'accouchement n'est pas dangereuse lorsqu'elle est faite correctement avec des précautions d'asepsie suffisante et dans un milieu propre et bien outillé.

Malgré son innocuité, car on a beaucoup exagéré ce danger, l'auteur n'est pas partisan de la systématisation.

Les statistiques des abstentionnistes étant aussi bonnes que celles des interventionnistes.

Qu'on fasse une prophylaxie intense au moyen de la revision contre la rétention placentaire partielle, très bien, mais qu'on s'en serve systématiquement pour retirer des petits lambeaux de membranes, caduque et caillots, voilà une indication superflue.

J.-A. MANSEAU.

GYNECOLOGIE

V. RICHE et A. GUIBAL. — **Cancer primitif de l'urètre féminin.** Bull. Soc. d'Obs. et de Gynéc. de Paris, 1931, XX.

Les auteurs rapportent un cas d'épithélioma baso-cellulaire de l'urètre d'une femme de 52 ans. Les principaux symptômes subjectifs étaient: l'amaigrissement, l'incontinence urinaire, la douleur aiguë du périnée et les petites hémorragies. La malade avait remarqué une petite tumeur de la vulve plusieurs mois avant son entrée à l'hôpital. L'examen montrait une ulcération de 4 cm. de diamètre allant du clitoris à la face antérieure du vagin. Après trois applications de radium en 6 mois, la malade mourut vingt mois après l'apparition des premiers symptômes. A l'autopsie on ne trouva pas de métastase. La cause de la mort fut l'infection urinaire ascendante.

Dans les recherches bibliographiques faites par les auteurs, il semble que l'épithélioma baso-cellulaire de l'urètre féminin soit assez fréquent; que le début est insidieux; que l'aspect anatomo-pathologique est typique; que l'aspect clinique est cratériforme et localisé.

Le pronostic est toujours grave. Le traitement est difficile et insuffisant excepté dans les cas bien au début où la chirurgie peut occasionnellement réussir.

L.-Arthur MAGNAN.

M. P. MULLER. — **Fibro-kyste pédiculé du col de l'utérus.** Bull. et mémoires Soc. des Chirurgiens de Paris, 1930, XX.

La littérature médicale est pauvre en étude clinique et anatomo-pathologique des tumeurs kystiques du col utérin. Il semble qu'il existe peu de connaissance sur l'anatomie pathologique et sur la pathogénie des fibro-kystes du col. L'auteur rapporte le cas d'une femme de 47 ans qui avait une tumeur du museau de tanche dont le pédicule envahissait le canal cervical. A l'extirpation, la nature kystique fut révélée par la rupture et l'apparition d'un liquide visqueux et opalescent. L'examen montre une tumeur cavitaire entourée de tissu fibreux. La cavité de la tumeur contenait de la fibrine et de nombreuses cellules épithéliales n'ayant pas de structure anormale, ni de mitose.

La malade a bien guéri et est en bonne santé depuis cinq ans.

Quelques-uns comparent ces kystes aux œufs de Naboth. D'autres en cherchent l'origine dans les débris embryonnaires des canaux de Wolff et de Gardner.

L'auteur croit que ce fibro-kyste peut venir d'un polype du col.

Il base ses prétentions sur la capsule fibreuse du kyste et sur le fait qu'on lui a déjà enlevé un polype du col.

L.-Arthur MAGNAN.

PEDIATRIE

Quand et comment vacciner les enfants contre la typhoïde ? Le Consultant du praticien, mars 1933.

La vaccination antityphoïdique chez l'enfant a préoccupé, ces temps derniers, les pédiâtres, et deux problèmes ont été particulièrement discutés: l'âge auquel il convient de vacciner contre la fièvre typhoïde et la manière de pratiquer cette vaccination.

L'opinion de MM. Blechmann et Bohn est résumée. On se trouve dans un milieu indemne de typhoïde, où il existe un danger actuel ou prochain de typhoïde. Pas de discussion dans ce dernier cas: il faut vacciner dès l'âge de trois ans, i.e., vers l'époque où l'enfant n'a plus exclusivement une alimentation et une boisson très surveillées.

Hors les périodes d'épidémie, Blechmann et Bohn ne vaccinent les enfants par piqûres que sur la demande des parents, préférant, à partir de six ou sept ans, la vaccination par voie buccale qu'il est très facile de renouveler tous les six mois ou tous les ans. La majorité des médecins utilisent surtout la voie hypodermique. Certains utilisent les vaccins huileux (lipovaccin) en une injection unique. Ils ont l'avantage de donner un minimum de réaction locale ou générale. Les doses utilisées sont comprises entre 0 cc. 4 à cinq ans, et 0 cc. 9 entre quinze et dix-sept ans.

Cependant, d'après Lemierre, la réduction du nombre d'injections serait une cause d'échecs. Il faudrait pratiquer quatre injections, en commençant par 1/10 cc. pour arriver finalement à une dose variant entre ½ cc. et 1 cc. suivant les réactions observées.

Gaston LAPIERRE.

MOURIQUAND, BERNHEIM et SAVOYE. — **Sur les aspects radiologiques de la broncho-pneumonie infantile.** Archives de Médecine des Enfants, tome XXVI, No 5, mai 1933, p. 256.

On sait que l'Ecole lyonnaise de pédiatrie s'est attachée depuis plus de vingt années à l'étude radiologique de la pneumonie infantile et qu'elle soutient que, lorsque l'affection atteint le sommet du poumon, ce qui est le cas le plus fréquent, elle donne le plus souvent sous l'écran une ombre sombre, triangulaire, dense, homogène, à base axillaire et à sommet hilaire.

Ce triangle d'hépatisation, décrit par Weill et Mouriquand, possède chez l'enfant un intérêt séméiologique de tout premier ordre, et les auteurs estiment qu'en dehors des cas peu fréquents de tuberculose, on peut en sa présence diagnostiquer presque à coup sûr cette affection.

Certains auteurs ne partagent pas cette manière de voir et pensent que la broncho-pneumonie peut parfois donner des images comparables à celles de la pneumonie.

A cette objection les auteurs lyonnais répondent par l'étude de 120 cas de broncho-pneumonie vus à la radioscopie et dont 41 ont été radiographiés: *pas une seule fois ils n'ont rencontré de triangle net.*

Sans nier que la broncho-pneumonie puisse à titre exceptionnel donner une image triangulaire, ils soutiennent que le "triangle broncho-pneumonique" est flou, non homogène, à peine teinté, alors que le triangle pneumonique est sombre, dense, homogène, à contours nets. Cette manière de voir est illustrée par deux radiographies, l'une montrant une image typique *triangulaire* chez un enfant de trois ans atteint de pneumonie lobaire aiguë, l'autre un *pseudo-triangle* chez un nourrisson atteint de broncho-pneumonie. Il convient d'ajouter que ce sont les broncho-pneumonies *pseudo-lobaires* à foyers très confluents qui donnent naissance à de telles images.

Est-il besoin de souligner que tous les cas étudiés radiologiquement dans cet article concernent des broncho-pneumonies authentiques avec signes fonctionnels caractéristiques (dyspnée, tirage et jeu des ailes du nez). Nul n'ignore que c'est le syndrome fonctionnel qui donne aux broncho-pneumonies leur unité clinique, quels qu'en soient les lésions anatomiques ou l'agent pathogène.

Les auteurs, se basant sur leurs observations, divisent en deux groupes les aspects radiographiques de la broncho-pneumonie infantile:

1° D'une part, *les ombres occupant seulement la région des hiles;*

2° D'autre part, *les ombres occupant tout ou partie du parenchyme lui-même sous forme de foyers de spléno-hépatisation ayant le plus souvent l'aspect de pommelures.*

I.—Les *images hilaires* sont fréquentes (19 cas sur 41). Elles sont formées par des ombres uni ou bilatérales accolées aux hiles, généralement assez sombres, à contours souvent irréguliers et mal limités. Les auteurs se montrent réservés sur l'interprétation de ces ombres, car on rencontre des images hilaires dans la plupart des pneumopathies aiguës.

II.—Les *ombres traduisant des foyers de spléno-hépatisation* ont une fréquence à peu près égale (21 cas sur 41, le quarante et unième étant représenté par une opacité diffuse "fumeuse"). Elles se manifestent sous forme de *pommelures* qu'il est parfois très difficile de différencier de celles de la broncho-pneumonie tuberculeuse, voire même, lorsqu'elles sont de petit volume, fines et diffuses, de la granulie tuberculeuse.

Cette classification est, selon l'avis même des auteurs, incontestablement grossière et n'a nullement la prétention de comprendre tous les aspects possibles de la broncho-pneumonie.

Concluons avec les auteurs lyonnais *que les aspects radiologiques de la broncho-pneumonie n'ont rien de caractéristique, et que la radiologie est loin d'avoir dans cette affaire l'importance vraiment primordiale qu'elle possède dans la pneumonie de l'enfance où elle rend tous les jours d'inappréciables services.*

Paul LETONDAL.

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE

P. INGELRANS. — **Le traitement précoce de l'ostéomyélite aiguë.** La Revue d'Orthopédie, No 34, 1932.

Au cours de la période aiguë de l'infection ostéomyélitique, alors que la septicémie menace, l'intervention chirurgicale ne réussit pas toujours à prévenir l'issue fatale. La vaccinothérapie et le traitement médical sont indiqués et peuvent rendre de grands services.

Dès que le diagnostic de l'ostéomyélite aiguë est posé, la majorité des chirurgiens conseillent de trépaner l'os intéressé, de débrider et de drainer; quelques-uns cependant préconisent d'attendre car ils craignent que cette opération précoce favorise parfois la dissémination de l'infection. Souvent, il est préférable de se guider sur l'aspect de l'os et du périoste, mais aucune règle fixe ne peut être établie.

La mortalité à la suite de cette infection aiguë, toujours très grave, semble varier avec les méthodes. Pour l'auteur, l'abstention a donné les meilleurs résultats immédiats et éloignés.

La résection de la totalité ou d'une partie de la diaphyse a été pratiquée depuis très longtemps et dans nombre de cas; plusieurs fois, on a observé la régénération totale de l'os sans raccourcissement, mais il faut avoir soin de ne pas toucher au périoste et d'enlever tous les tissus malades.

La résection totale peut cependant présenter des inconvénients: l'os peut ne pas se produire ou se produire insuffisamment, et parfois l'infection peut envahir le voisinage et causer des désastres.

La mortalité est surtout élevée à la suite des opérations radicales, alors qu'elle peut atteindre de 13 à 34%; l'ostéomyélite de l'humérus, chez les sujets âgés de 10 à 15 ans, est toujours très sérieuse.

Dans les cas suraigus, l'amputation peut être indiquée, mais l'auteur estime que la résection, moins grave, donne de meilleurs résultats, mais par ailleurs, il ne faut pas oublier que la régénération osseuse peut faire défaut.

Edmond DUBE.

IODALOSE GALBRUN

IODE PHYSIOLOGIQUE, SOLUBLE, ASSIMILABLE

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

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

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

Demander Brochure sur l'Iodothérapie physiologique *par le* Peptoniode.
LABORATOIRE GALBRUN, 18, Rue Oberkampf, 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-Muse, PARIS.

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

MALTLEVOL
(MARQUE DÉPOSÉE)

Cette préparation contient de la Levure (Vitamine B), Extrait de Foie Frais concentré (Vitamines A. & D), Lécithine (Vitamines A, B, C & D), Fer Organique, Moëlle d'Os (Vitamine A), avec de l'Extrait de Malt (Vitamines B-1, B-2, & E), dans un bon vin.

Recommandée où il y a indication d'un traitement contre l'Anémie, Débilité, Rachitisme et dans toutes les maladies de carence.

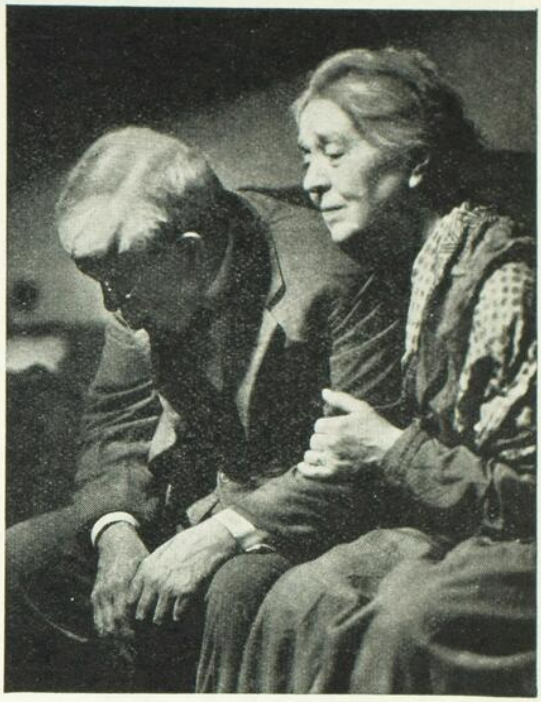
Evitez les substituts en spécifiant **MALTLEVOL** en flacons originaux cachetés de 12 onzes.

POSOLOGIE

ADULTES:— Une cuillérée à soupe, deux ou trois fois par jour, ou selon l'avis du médecin.
ENFANTS:— Doses proportionnelles.

Manufacturé par

FRANK W. HORNER LIMITED
MONTRÉAL, - Canada



LE

Facteur Emotionnel

DANS LA

Pression Artérielle Elevée.

Les émotions constantes — soucis, anxiétés et soins — sont considérées comme facteurs importants pour causer et maintenir une pression artérielle élevée.

Après avoir régularisé le genre de vie du patient, en ayant soin de lui prescrire une diète appropriée et un repos adéquat, l'emploi du THEOMINAL a prouvé ses grands bienfaits en contrôlant l'hypertension et en diminuant l'irritabilité mentale.

Les deux constituants du THEOMINAL (Luminal et théobromine) agissent harmonieusement en conservant la pression artérielle dans des limites modérées.

Le but du traitement par le THEOMINAL n'est pas tant la baisse subite dans la tension artérielle comme l'amélioration de l'état subjectif du patient.

THEOMINAL

Marque de commerce enregistrée.

DOSE — Une tablette, deux à trois fois par jour.

PROVENANCE — En bouteilles de 25 et 100 tablettes.

THEOMINAL est également employé avec d'excellents résultats dans le traitement des **maladies des artères coronaires, l'angine de poitrine, et dans les troubles circulatoires de la ménopause.**

La littérature est adressée sur demande.

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

907, RUE ELLIOTT OUEST, WINDSOR, Ontario

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

A. SEZARY. — **La valeur du traitement d'épreuve pour le diagnostic de la syphilis.** La Presse Médicale, 26 avril 1933.

L'auteur s'élève de nouveau contre cette théorie encore trop partagée qui veut que: toute affection qui guérit par une médication antisyphilitique est due au tréponème, toute affection qui lui résiste n'a rien de spécifique.

Ce n'est pas du fait qu'un médication agisse bien qu'elle soit spécifique.

Ce que fait souvent un groupe important de thérapeutiques, c'est de produire un choc, une réaction de l'organisme qui agit en provoquant un changement brutal des conditions biologiques générales de l'organisme, et que pour cette raison il est convenu de classer sous le nom d'allasotothérapie (je change).

C'est ainsi que l'or peut agir dans la syphilis, et le bismuth et l'arsenic dans les tuberculides. On sait aujourd'hui que les arsénobenzènes agissent bien dans un grand nombre de dermatoses telles que le zona, l'érysipèle, l'anthrax, les plaies infectées, la maladie de "During", le psoriasis, les tuberculides, le lichen plan, les ulcères de jambe, les eczématides, l'herpès récidivant. Mais il ne viendra à l'esprit de personne de penser que toutes ces affections sont de nature syphilitique, d'autant plus que les résultats sont dans ces cas parfois incomplets et inconstants.

Ainsi donc, les arsénobenzènes exercent une action indiscutable sur un nombre assez important de maladies aiguës et chroniques non syphilitiques. Aussi leur emploi comme traitement d'épreuve dans le diagnostic de la nature syphilitique d'une affection, risque-t-il souvent de nous tromper.

Et la même remarque s'applique au bismuth et au mercure.

Et il faut, comme le dit l'auteur, croire, contrairement à ce qu'on admet communément, que les médications antisyphilitiques ne sont pas spécifiques.

Paul POIRIER.

Geo. MILIAN. — **Erythème et eczéma au cours d'un traitement par la Crisalbine.** Paris Médical, 22 avril 1933.

Il s'agit d'un homme traité pour tuberculose pulmonaire. Il reçoit vingt et une piqûres de Crisalbine à 5 centigrammes. Après la vingt et unième il s'est développé des traces roses sur les membres inférieurs qui, en quinze jours se généralisèrent, mais cependant en laissant des intervalles de peau saine.

Selon l'auteur, il s'agirait ici d'une éruption d'origine microbienne interne et tuberculeuse. Et il prétend que beaucoup d'aurides sont susceptibles d'une explication analogue. D'abord, il s'agit d'un tuberculeux atténué; cet érythème, toujours selon l'auteur, est d'origine interne sans aucun doute, puisqu'il était distribué suivant les lignes de la peau. Il est difficile d'admettre l'origine toxique d'une affection cutanée durable, stationnaire lorsque depuis plus de 3 mois le médicament causal avait été supprimé.

Il y eut trois intra-dermo-réactions au 1000 qui ont été négatives. Le fait de trouver une cicatrice chéloïdienne plaide encore en faveur de cette théorie. A l'examen histologique, les papilles montrent d'assez nombreux lymphocytes répandus de-ci, de-là, en même temps qu'une légère réaction cellulaire conjonctive. Dans la profondeur même il y a des infiltrats lymphocytaires qui ébauchent un follicule.

Paul POIRIER.

PHTISIOLOGIE

Edward T. FREEMAN. — **Epanchements de la plèvre.** The British Medical Journal, No 3733, juillet 1932.

Les épanchements de la plèvre sont très fréquents: certains sont inoffensifs, d'autres sont d'un potentiel dangereux. Si ces derniers causent des ennuis, c'est donc que le traitement enseigné et pratiqué actuellement est défectueux et qu'il faut l'orienter dans un autre sens. Envisageant le traitement d'un épanchement pleural, nous jouons donc avec une affection sérieuse: le développement fréquent d'une tuberculose pulmonaire active subséquente en fait voir l'importance fondamentale.

Dans le cas d'une pleurésie séro-fibrineuse, l'auteur est d'avis que le praticien doit garder son patient au lit jusqu'à ce que la température tombe et jusqu'à ce que le fluide se résorbe; alors il faut envoyer le malade au sanatorium ou le garder à domicile en cure sanatoriale pendant plusieurs mois.

Si l'épanchement devient considérable au point qu'il gêne le cœur, que la température ne tombe pas, que la dyspnée s'installe, après 3 à 4 semaines, si aucun signe de résorption n'est évident, il faut intervenir afin de combattre l'absorption toxique, afin de faire tomber la température, afin d'empêcher l'imprégnation bacillaire du poumon et afin de prévenir la fibrose pulmonaire.

Le spécialiste verra plus loin:

1°. que le liquide ne soit aucun danger ou inconvénient au patient.
2°. empêcher autant que possible la non-dissémination de la TBP.
3°. viser à vider la plèvre aussi complètement que possible — (afin de prévenir la fibrose basale).

La ponction pleurale comprend trois manœuvres différentes mais concomitantes, et en aucun temps, le médecin doit facilement recourir à l'une d'elles selon les besoins: a/ un manomètre doit être en communication continuelle avec la plèvre, b/ un appareil à PNO nous permettra d'agir par une pression moyenne sur le liquide pleural, et c/ un appareil aspirateur fera le vide pleural en retirant le liquide. L'auteur se sert d'une seringue à transfusion à trois voies; toute autre installation, qui remplirait ces trois conditions, peut tout aussi bien faire.

Il faut se souvenir que la quantité d'air introduit doit être moindre que celle du liquide enlevé, vu que, le gaz est plus élastique, plus extensible que le liquide. Bien plus, n'oublions pas que la cavité pleurale vidée de son liquide diminue de volume, entendu que le diaphragme se relève et que le poumon reprend de l'expansion.

André DUMONTIER.

NEURO-PSYCHIATRIE

R. AMYOT. — **Volumineux neurinome des nerfs de la queue de cheval. Absence de troubles sphinctériens et de modifications objectives des sensibilités superficielle et profonde. Scoliose, rigidité et raréfaction osseuse de la colonne lombaire.** Revue Neurol., mars 1933, p. 368.

L'auteur rapporte l'observation d'une malade de 45 ans, chez qui évolua progressivement, en 12 ans, un syndrome paraplégique douloureux, sans modifications de la sensibilité objective et sans troubles sphinctériens. Les examens spéciaux ont révélé un blocage lombaire, et l'intervention chirurgicale fit découvrir une énorme tumeur de la queue de cheval non extirpable. Les complications post-opératoires ont amené la mort de la malade. Il s'agissait d'un neurinome.

On a pensé dans ce cas, momentanément, au mal de Pott devant la rigidité hyperalgique du rachis et la douleur provoquée par la percussion des apophyses épineuses, mais la longue évolution de la maladie vint infirmer cette hypothèse. On a noté à la radio une importante ostéoporose lombaire de même qu'une ancienne scoliose, attitude fixée de postures antalgiques. On signale également l'absence de troubles de la sensibilité objective, assez rare en semblable occurrence, et l'intégrité des sphincters, celle-ci explicable par la conservation du cône médullaire.

Cette communication s'enrichit de deux bonnes photos qui illustrent bien la nature et l'étendue de la lésion.

Jean SAUCIER.

Elisha Stephens GURDJIAN. — **Etude portant sur les lésions crâniennes et endocrâniennes aiguës.** Annals of Sugery, mars 1933, p. 327.

Etude portant sur 718 cas.

Quatre cent soixante-quinze (475) de ces blessés avaient une fracture du crâne diagnostiquée par l'inspection et la radiographie ou reconnue à l'autopsie.

Il est impossible de résumer toutes les parties de cet intéressant et volumineux travail.

Il renferme des renseignements statistiques importants quant aux localisations des traits de fracture, quant à la fréquence des fractures du crâne selon l'âge, quant aux types de fractures, quant aux symptômes généraux et locaux constatés (signes neurologiques de localisations des lésions encéphaliques) etc...

La partie la plus intéressante de ce travail, à notre avis, est celle qui traite du traitement de ces 718 blessés.

A ce point de vue, ces derniers peuvent être partagés en trois groupes.

Le premier, constituant un peu plus que 50% des cas, reçut un traitement fait du séjour au lit, la tête de celui-ci étant élevée, de l'application d'un sac de glace sur la tête, de l'administration rectale d'une solution concentrée de sulfate de magnésie pendant 3 jours ou plus, enfin de grande discrétion quant à la soustraction de liquide céphalo-rachidien. Les mala-

des de ce groupe ne demeurèrent pas moins longtemps que 12 jours à l'hôpital.

Les malades du second groupe, comprenant environ 40% des cas, furent ceux au traitement desquels on ajouta l'injection intra-veineuse d'une solution hypertonique (50%) de glycose et la ponction lombaire évacuatrice, dans le but de combattre l'hypertension intra-cranienne.

Enfin, le troisième groupe comprend 7% de tous les blessés (51 blessés) et pour lesquels, en plus du traitement conservateur, on recourut à l'intervention chirurgicale.

L'auteur est d'avis que l'opération est indiquée (craniectomie exploratrice, réparatrice et évacuatrice) dans les traumatismes craniens:

1) lorsqu'il y a fracture composée (fracture ouverte), surtout s'il y a dépression ou enfoncement des fragments osseux. Cependant, l'auteur conseille d'attendre, avant d'intervenir, que la phase du shock soit éloignée ou se soit, au moins, atténuée.

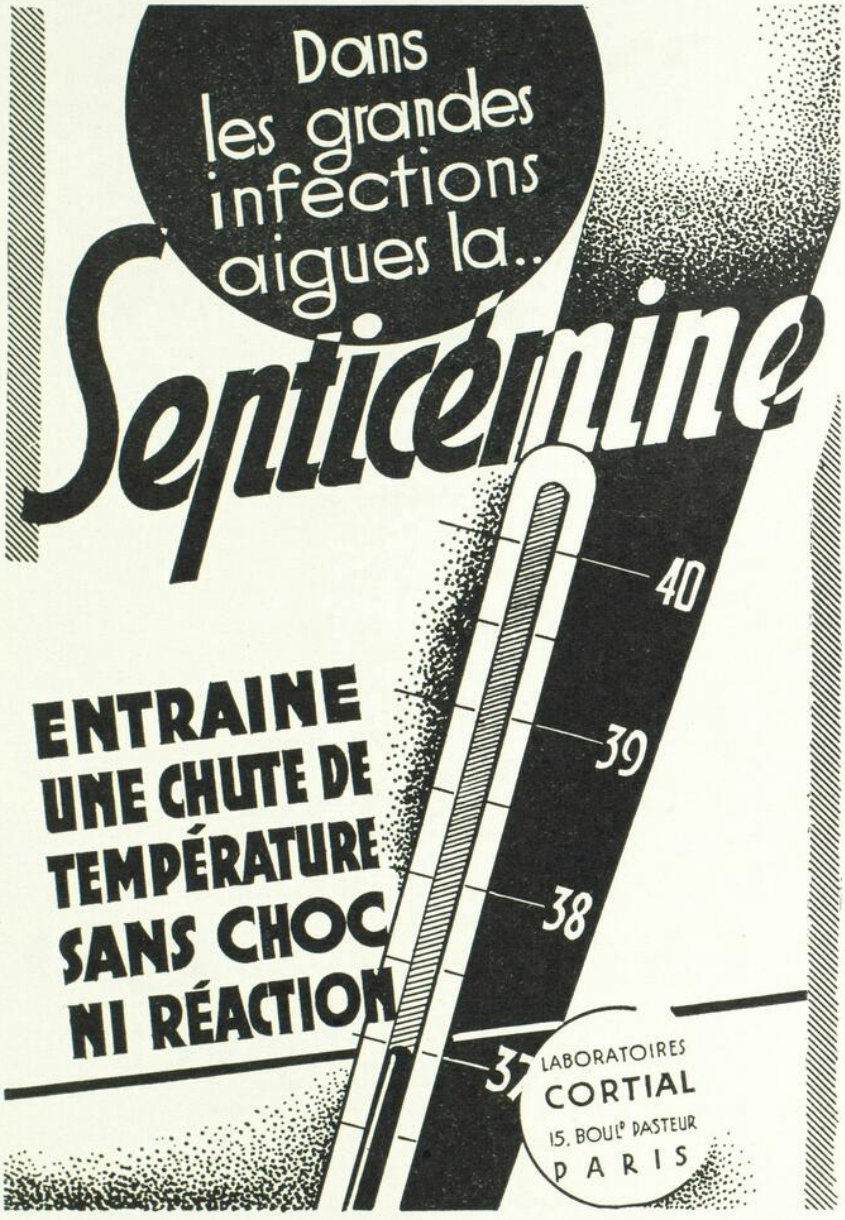
2) lorsqu'une fracture avec enfoncement des fragments s'accompagne de symptômes neurologiques ou que ces fragments ont perforé la dure-mère et lacéré le cerveau. Ce genre de fracture crée des troubles neurologiques relativement rarement, en plus, il faut se rappeler, ajoute l'auteur, que les lésions cérébrales créées par une fracture avec enfoncement se constituent lors même de l'accident et que de telles fractures, sans lésions initiales du cerveau, auront toutes les chances de ne provoquer aucune dysfonction encéphalique. Le comportement du chirurgien sera grandement éclairé par la connaissance de ces faits.

3) lorsqu'il existe une hémorragie extra-durale. Cette dernière est habituellement la conséquence de la lacération d'une branche de la méningée moyenne, dans d'autres circonstances, de l'altération d'un sinus veineux. Les troubles nerveux secondaires à la formation de l'hématome peuvent apparaître avec ou sans intervalle lucide intercallé entre eux et le moment de l'accident. L'auteur, lorsqu'il n'y a pas eu intervalle lucide, en plus d'évacuer le caillot extra-dural, incise la dure-mère et explore les espaces sous-arachnoïdiens et la surface du cerveau. Il croit que l'absence d'intervalle lucide indique la présence probable d'un hématome intra-cérébral situé du même côté que celui qu'occupait l'épanchement extra-dural.

4) enfin, lorsqu'il y a épanchement sanguin sous-dural associé à des signes neurologiques de localisation de cet épanchement.

Cependant, l'auteur ne s'inscrit pas comme étant un partisan enthousiaste de l'intervention dans ce cas. En effet, il constate que la craniectomie décompressive sous-temporale conseillée est le plus souvent insuffisante et que, vu la diffusion de l'épanchement à toute la surface de l'hémisphère, les dimensions de l'ouverture habituellement pratiquée sont trop restreintes pour qu'il soit possible d'évacuer la quantité de sang nécessaire à la récupération des fonctions normales. En somme, il faudrait alors pratiquer une hémi-craniectomie, afin de pouvoir atteindre toutes les régions de l'hémisphère et évacuer les caillots qui s'y sont diffusés. Opération hasardeuse à entreprendre chez des blessés dont la résistance est fortement diminuée et pour obtenir un résultat qui sera en rapport direct de l'absence ou de la présence des contusions cérébrales sous-jacentes.

Bibliographie considérable et occasionnellement utile à consulter par rapport aux traumatismes cranio-encéphaliques. Roma AMYOT.



Dépôt général pour le Canada:

MILLET, ROUX & LAFON Limitée

1215, RUE SAINT-DENIS, - - - - MONTREAL.

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?.....

MEDECINE LEGALE.

Henri DESVILLE et André MEYER. — **Les adhérences pleurales longues sont-elles une cause fréquente de mort subite?** Ann. de Méd. Lég., No 43, 1933.

Les auteurs reprennent la question de la mort subite par adhérences pleurales, une première fois soulevée dans les Annales de Médecine Légale en 1924 par Parisot et Morin, et s'attardent à vérifier si les adhérences longues jouent réellement un rôle inhibiteur, lorsqu'il existe un rapport anatomique entre l'adhérence et des filets nerveux.

La pratique du pneumothorax artificiel, et de la phrénicectomie, si développée depuis quelques années, leur fournit un vaste champ d'observation.

Le pneumothorax, en effet, nécessite souvent la section d'adhérences gênantes, et au cours de cette intervention les adhérences sont soumises à des tiraillements considérables. Or sur plus de 1700 cas opérés, ils ne relèvent aucune mort subite.

Des tiraillements encore plus importants s'observent au cours de la phrénicectomie, qui se pratique couramment sans accident et sans mort réflexe.

A la lumière de ces observations et de ces statistiques, la mort subite due aux adhérences pleurales leur apparaît donc comme absolument exceptionnelle.

J.-M. ROUSSEL.

SOCIÉTÉS

LA SOCIETE MEDICALE DE MONTREAL

Séance du 4 avril 1933.

HOPITAL ST-LUC.

Président: M. O. A. GAGNON.

Travaux scientifiques:

a) Fracture de la colonne vertébrale. M. H. RUPERT DEROME.

M. DEROME discute les symptômes immédiats et les séquelles de ces fractures. Il présente plusieurs malades et insiste sur le traitement par extension continue.

Discussion :

Le docteur DeMARTIGNY félicite le docteur DEROME et donne un résumé de trois cas de fracture de la colonne vertébrale qu'il a eus à traiter. Deux cas de fracture de la colonne lombaire et un cas de fracture de la colonne cervicale.

M. DeMARTIGNY est partisan de la laminectomie et croit que lorsqu'il y a fracture avec écrasement des vertèbres il faut de toute nécessité intervenir et faire une greffe osseuse qui préviendra la formation d'un Kumel-Verneuil et de ses ennuis.

b) M. THIBODEAU **est absent pour cause de maladie.**

c) 1. Hernie propéritonéale étranglée. M. C. LEFRANÇOIS.

M. LEFRANÇOIS donne une démonstration de cette variété de hernie au moyen d'un schéma qui fait ressortir le danger de la réduction totale d'une hernie y compris son étranglement. Les symptômes sont ceux de l'obstruction intestinale et l'intervention s'impose.

2. Section du larynx. M. C. LEFRANÇOIS. **(tentative de suicide).**

L'intervention dans ces cas doit être précoce. Le docteur LEFRANÇOIS donne une description de la technique opératoire et croit que l'on doit employer un tube trachéal afin d'empêcher les dangers d'un œdème consécutif au traumatisme de l'intervention.

Discussion :

M. EUG. DUFRESNE relate deux cas de lésions laryngées observées à Saint-Jean-de-Dieu. Il souligne l'existence d'une bronchite comme complication.

d) Pleurésie purulente et traitement. M. P. R. ARCHAMBAULT.

Trois malades sortis guéris de l'hôpital sont présentés à l'auditoire, chaque malade offrant un type différent: pleurésie à streptocoques, pleurésie à staphylocoques, pleurésie à pneumocoques.

Le docteur ARCHAMBAULT discute les différents traitements, médical et chirurgical, et conclut que la pleurésie purulente est d'abord du domaine médical, mais qu'elle exige la collaboration suivie de la chirurgie. Les trois malades furent opérés par la méthode d'un drainage à thorax fermé de Pierre Delbet.

Discussion :

M. BLAGDON croit que la méthode de drainage à thorax fermé est excellente et il l'emploie fréquemment.

e) Abcès du cerveau. M. T. I. HOEN.

M. HOEN présente une histoire très complète d'une enfant qu'il a opérée pour un abcès du cerveau à pneumocoques, et donne une description des principaux symptômes du début, symptômes infectieux généraux et symptômes de localisation neurologique. Au moyen de schéma il explique la technique opératoire et pour terminer présente la malade opérée qui est actuellement en bonne santé.

f) Deux cas de vomissements. M. JEAN LESAGE.

Le docteur LeSAGE discute la séméiologie du vomissement et fait ressortir la très grande fréquence de ce symptôme dans les affections de diverses natures et localisations.

Il présente deux cas chez lesquels, à la suite d'une étude clinique et radiologique, il a pu mettre en évidence: premièrement, une cholécystatonie, et dans le deuxième cas une stase duodénale.

Le docteur LeSAGE doit publier prochainement une étude sur ces différents cas.

g) A propos d'un cas d'ictère. MM. R. BOUCHER et A. FRAPPIER.

Le docteur BOUCHER fait ressortir la difficulté du diagnostic de diverses maladies qui peuvent présenter à peu près les mêmes symptômes. Il s'agissait de la présence d'une splénomégalie, d'ictère, d'hémorragies et d'ascite avec périodes de rémission.

M. BOUCHER discute le diagnostic différentiel au point de vue clinique et au moyen de l'aide du laboratoire. Ce dernier a décelé la présence d'un spirochète dans le sang et les urines. M. BOUCHER termine en disant que le cas présenté est sans doute une maladie à spirochète, mais qu'il est difficile de faire entrer cette affection dans le cadre commun de la spirochétose ictéro-hémorragique.

M. FRAPPIER a fait les recherches et l'étude du spirochète en cause. Il s'agissait d'un spirochète n'ayant pas les caractères de celui de la spirochétose ictéro-hémorragique. M. FRAPPIER a pu obtenir une culture de ce spirochète et a aussi fait des inoculations au cobaye.

M. FRAPPIER se met à la disposition des membres de la Société qui aimeraient à voir ou à étudier ce spirochète.

h) Traitement moderne du diabète. M. G. LAFRESNIERE.

M. LAFRESNIERE discute les différents moyens employés dans le traitement de cette maladie si fréquente. Il insiste sur la grande valeur de l'éducation du malade diabétique au point de vue hygiénique et diététique. Cette éducation devra se faire:

1° Lorsque le malade est hospitalisé, et

2° Par des séries de cours qui pourront être donnés périodiquement.

MM. L.-Lane Charpentier, René Raymond, J.-A.-B. Robillard, Eug. Saint-Jacques, Pierre Smith sont élus membres titulaires de la Société Médicale de Montréal.

Louis FORTIER,
Secrétaire de Séances.

Séance du 18 avril 1933.

UNIVERSITE DE MONTREAL.

Président: M. O. A. GAGNON.

Travaux scientifiques :

a) Données sommaires anatomiques, histologiques, physiologiques et chimiques sur la thyroïde. M. A. BARBEAU.

M. BARBEAU fait ressortir la très grande importance de la glande thyroïde comme glande endocrine. Il donne une description de ses rapports anatomiques, fait ressortir le fait que des glandes surnuméraires peuvent exister. Il en discute la vascularisation et l'innervation et en décrit l'histologie physiologique ainsi que quelques altérations pathologiques. Il donne une analyse des produits chimiques contenus dans cette glande et présente à l'auditoire un tableau démontrant les diverses théories concernant le mécanisme de sécrétions.

Discussion :

M. L.-H. GARIEPY demande comment il se fait qu'il y ait augmentation de sucres dans l'hyperthyroïdie, cette glande activant les combustions.

M. BARBEAU: La question d'hyperglycémie dans les dysthyroïdes a pour cause ce trouble de fonctions pluriglandulaires.

M. LANGEVIN demande pourquoi l'on ne discute pas le mécanisme d'action de certains traitements qui consisteraient à manipuler certaines régions du cou. Ces traitements auraient pour effet de faire diminuer d'une façon notable les augmentations du corps thyroïdien.

M. BARBEAU: En effet, l'innervation du corps thyroïdien est très intéressante à étudier. Les nerfs proviennent de la première, deuxième, troisième, cinquième et sixième cervicales et viennent par voie artérielle. Il y a certainement un effet produit sur le corps thyroïdien si l'on agit sur ces nerfs, mais les études scientifiques actuelles ne démontrent pas d'action précise et ne motivent pas actuellement l'emploi de ces méthodes en thérapeutique.

b) Tétanie et parathyroïde. M. GASTON LAPIERRE.

Le docteur LAPIERRE a surtout observé les troubles de tétanie à la clinique infantile de l'hôpital Sainte-Justine. Il en donne une description technique faisant ressortir les différentes manifestations de contractures et de spasmes: ainsi le laryngo-spasme et les convulsions infantiles. Le docteur LAPIERRE discute la pathogénie de ce syndrome et fait ressortir les relations qui existent entre la calcémie et la parathyroïdie. Comme traitement le rapporteur emploie l'opothérapie, le calcium, l'huile de foie de morue phosphorée et les irradiations ultra-violettes.

Discussion :

M. LANGEVIN dit qu'il a obtenu de très beaux résultats en employant le gluconate de calcium intraveineux qui empêcherait la décalcification au cours de la grossesse.

M. BELLEROSE rapporte les expériences du docteur Louis Bernard, de Montréal, qui a démontré expérimentalement que le syndrome tétanie pouvait exister en présence d'une calcémie normale.

CAL-BIS-MA

UNE CUILLEREE A THE à la dose — trois minutes à l'horloge, telle est l'histoire de l'efficacité de Cal-Bis-Ma dans la neutralisation gastrique. Le bicarbonate de soude et le carbonate de magnésie pour la neutralisation rapide, le carbonate de calcium et le bismuth pour l'action prolongée.

Et, en plus, le *kaolin colloïdal* pour complémenter les sels de bismuth afin d'adoucir et protéger la membrane muqueuse irritée, et absorber les gaz qui peuvent se former dans l'estomac. Très bien adapté pour le traitement alcalin de l'ulcère gastrique.

Nous recevons des rapports exceptionnellement bons pour son efficacité dans les nausées de la grossesse.

NOUS SERONS HEUREUX DE VOUS ADRESSER UN ECHANTILLON GRATUIT SUR DEMANDE

WILLIAM R. WARNER & CO. LTD.

772, RUE KING OUEST, TORONTO, ONT.

M. BARBEAU: Seul le calcium à l'état libre est important à étudier et non la calcémie totale.

M. LAPIERRE: Cette question doit être basée sur une étude des ions.

c) Thyroïde au point de vue clinique et thérapeutique médicale des états thyroïdiens. M. JEAN SAUCIER.

M. SAUCIER fait une étude séméiologique des différents syndromes se rapportant à la glande thyroïde.

1. Le syndrome de déficit, ainsi le myxœdème complet ou fruste;
2. Les hyperthyroïdies et les dysthyroïdies.

Le docteur SAUCIER fait un tableau détaillé du syndrome de Basedow, et fait ressortir l'importance des tests pharmacodynamiques dans les états frustes. Comme traitement la thérapie doit être variable dans un cas de Basedow, on doit souvent employer les traitements médicaux, radiothérapeutique et chirurgical.

d) Thyroïde et parathyroïde au point de vue chirurgical. M. REAL DORE.

Le goitre est une hyperplasie compensatrice. Le docteur DORE présente la classification suivante:

1. Hyperthyroïdiens simples, ainsi les goitres de la puberté, de la grossesse et de la ménopause. Ne pas intervenir.
2. Les goitres qui présentent en plus des troubles par hypersympathicotonie, ainsi l'insomnie, l'amaigrissement et la tachycardie. Il faut préparer ces cas à l'iode et intervenir chirurgicalement.
3. Les tumeurs encapsulées qui sont du domaine chirurgical.

Le docteur DORE dit quelques mots sur la pathologie parathyroïdienne. L'hypoparathyroïdie affecte surtout le système neuro-musculaire tandis que l'hyperparathyroïdie intéresse surtout le système osseux. Se basant sur ces données, M. DORE fait quelques déductions concernant le traitement.

e) Radiothérapie des états thyroïdiens. M. H. LACHARITE.

Au moyen de nombreuses statistiques démontrant la valeur de la radiothérapie dans les différentes formes de dysthyroïdie, M. LACHARITE insiste sur le fait que la radiothérapie doit toujours être tentée avant de proposer une intervention chirurgicale, mais que ce traitement est du domaine de l'expert.

Discussion :

M. BELLEROSE: Il ne faut pas attacher une trop grande importance au métabolisme basal, cette méthode donne un chiffre variable selon l'émotivité du malade. La chirurgie et les Rayons X ne guérissent pas tous les cas de goitres. Ces méthodes ont une valeur à peu près égale dans les basedows primitifs.

MM. Paul-Léon Rivard, Aimé-E. Laplante, Paul Gaboury, Paul Bourgeois, J.-G. Lahaise et I. K. Williams sont élus membres titulaires de la Société.

Louis FORTIER,
Secrétaire de Séances.

NOUVELLES

Nous sommes heureux d'annoncer que les professeurs Rist et Lereboullet ont été élus récemment membres de l'Académie de Médecine de Paris. Les missions officielles au Canada semblent porter aux plus hautes fonctions ceux qui les accomplissent. Ajoutons que le professeur Lemierre, chargé de mission au Canada il y a quelques années, fut, peu de temps après son retour, nommé professeur de bactériologie. Il vient de succéder au professeur Teissier, décédé, à la chaire de clinique des maladies infectieuses. Le professeur Clerc occupa la chaire de pathologie interne, à Paris, peu de temps après son retour d'une mission au Canada au Congrès de 1926, tandis que le professeur Grégoire occupait bientôt la chaire de pathologie externe après une semblable mission.

En voici donc quelques-uns. Il y en a d'autres. Une mission au Canada médical est le dernier cri du pistonnage à Paris ou en province !

Si non e vero !...

1er CONGRES FRANÇAIS DE THERAPEUTIQUE

Tenu à Paris du lundi 23 au mercredi 25 octobre 1933

Sous le haut patronage de Monsieur le Président de la République

Sous la présidence du professeur Maurice Loeper

PROGRAMME PRELIMINAIRE

Six questions seront l'objet des travaux du Congrès:

1° Le traitement parentéral de l'ulcus gastroduodénal;

2° Le traitement des colibacilloses;

3° Les associations médicamenteuses;

4° Les adrénalines;

5° La pyrétothérapie;

6° Le traitement des radiodermites.

La séance solennelle d'ouverture se tiendra dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris, le lundi 23 octobre à 9 heures ½ du matin, sous la présidence de M. le Président de la République.

Les autres séances auront lieu les matins à 9 heures ½ et les après-midi à 15 heures à la Faculté.

BIBLIOTHEQUE NATIONALE

LA "CANADIAN ASSOCIATION OF MASSAGE AND REMEDIAL GYMNASTICS"

C'est une société incorporée par charte fédérale en 1920, dont les membres s'engagent à n'exercer que sous la direction de médecins officiels et expérimentés, et à n'annoncer leurs services que dans les journaux médicaux.

Leurs cabinets ne se reconnaissent par aucun signe extérieur. C'est grâce à l'intermédiaire des hôpitaux ou des médecins que l'on peut solliciter leurs services.

Le cours préparatoire à cette fonction dure deux ans. Il est sévère. Actuellement, il consiste dans une série de leçons données soit à l'Université et dans les hôpitaux, sur la gymnastique rééducative (v.g., rééducation des muscles, soins pré et post-nataux), la massothérapie, l'électrothérapie, ainsi que sur tous les types de traitements par la chaleur ou la lumière.

Ce cours est organisé par l'Université de Toronto. En outre, on exige de ces récipiendaires qu'ils fassent six mois de stage dans un hôpital, se familiarisant ainsi avec les rouages de la clinique.

On permet l'exercice de ce métier aux diplômés des "Chartered Societies of Massage and Medical Gymnastics of Great Britain" ou des Etats-Unis. Les candidats au titre de membres de la "Canadian Association" doivent apporter un certificat attestant qu'ils ont au moins un an d'apprentissage, en particulier clinique auprès de chefs attitrés. Tous les autres candidats doivent subir les examens.

Ces règlements assurent à la profession médicale la collaboration loyale et intelligente des physiothérapeutes.

Voici la liste de quelques-uns des officiers élus pour l'année scolaire 1933: Honorary President: Dr. F. W. Harvey, Montréal, Qué.; Hon. Vice-Pres.: Dr. W. E. Gallie, Toronto, Ont., et Dr. A. K. Kaywood, Vancouver, B.C. Présidente: Mrs. H. A. McKean, 458 Mt. Stephen Ave., Westmount, P. Q.; Sec.-trés.: Miss M. G. Finley, 1551 Bishop, Montréal, P. Q.; Vice-présidente et secrétaire: Mrs. N. Handcock, 17 Unsworth Ave., Toronto.

L'Association conserve des registres dans les principales villes du Canada et prie MM. les Docteurs qui seraient désireux de se mettre en communication avec un de ses membres de s'adresser soit à Miss Henderson, 1455 Chomedy St., à Montréal, ou à Miss E. Henderson, 21 Madison Av., Toronto.

ERREUR A CORRIGER

Page 253. Article de P. A. Marsan, avocat, dernier paragraphe, 1ère ligne: lire Art. 2103—2107.

BIBLIOGRAPHIE

La Chrysothérapie de la Tuberculose pulmonaire, par le Docteur Julien MARIE, ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris. 1 vol., gr. in-8 de 36 pages, avec 8 planches hors texte de radiographies. (Collection Les Thérapeutiques Nouvelles) . . . . **6 fr.**
J.-B. Baillière et Fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e).

L'Auteur estime que les indications du traitement aurique de la tuberculose doivent très larges. Toute tuberculose pulmonaire aiguë ou culose doivent être très larges. Toute tuberculose pulmonaire aiguë ou de la chrysothérapie.

En d'autres termes, chaque fois que la tuberculose pulmonaire présente la plus minime tendance évolutive, la chrysothérapie est indiquée. Cependant, quelles sont, dans cette masse de faits, les variétés de tuberculose qui apparaissent plus spécialement sensibles à l'action de la sanocrysine.

L'expérience confirme encore sur ce point particulier, ce que Léon Bernard avait avancé dès 1925, à savoir que ce sont les poussées évolutives de la tuberculose pulmonaire qui représentent l'indication type du nouveau médicament. On connaît bien la symptomatologie de cette poussée évolutive avec sa température élevée demeurant en plateau entre 39° ou 40° ou plus largement oscillante, persistant pendant des semaines, s'accompagnant de sueurs, d'anorexie, de consomption, en même temps que les signes stéthacoustiques et radiologiques persistent ou s'étendent.

L'Auteur ne dit pas, hélas, que toutes ces variétés si graves de tuberculose pulmonaire seront jugulées, mais l'auteur affirme qu'un nombre élevé de ces poussées évolutives graves seront maîtrisées et que pareil résultat était absolument inconnu il y a quelques années.

Telles sont donc les indications générales de l'aurothérapie suivant la variété de tuberculose pulmonaire.

INDICATIONS DE LA CHRYSOTHERAPIE. — Indications générales; Indications spéciales suivant le terrain; Indications respectives de la chrysothérapie et de la collapsothérapie; Indications de la chrysothérapie dans la tuberculose infantile.

CONTRE-INDICATIONS. — Contre-indications générales; Contre-indications spéciales tenant au terrain.

TECHNIQUE ET POSOLOGIE de la chrysothérapie; Incidents et accidents de la chrysothérapie; Les résultats de la chrysothérapie.

TABLE ALPHABETIQUE DES ANNONCES

Abbott Laboratories Ltd, (*Teinture de Metaphen*) .. XII
Anglo-French Drug Cie., (*Hypotensyl*) XXII
Anglo-French Drug Cie., (*Orargol*) XXII
Ayerst, McKenna & Harrison, Limited (*Emménine Liquide*) XLVI
Ayerst, McKenna & Harrison, Limited (*A. P. L.*) XLVI
Bailly, A., Spécialités, ... XVIII
Bilhuber-Knoll Corp., (*Theocalcin*) XXXII
Boulet R. & Brault Jules, (*Maladies des yeux, etc.*) .. L
Breitenbach Co., M. J., (*Gude's Pepto-Mangan*) I
Bristol-Myers Co., (*Sal Hepatica*) XXIV
British Drug Houses (Canada), Ltd, The, (*Livogen*) .. XLI
Canada Drug Company, (*Paveral*) I
Canada Pond Tampon Co., (*Les Tampons Pond*) XLVIII
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, (*Thyvacrine No* 10 *C & C*) XVI
Casgrain & Charbonneau, Ltée, (*Neurocrine No* 5 *C & C*) *XVI*
Casgrain & Charbonneau, Ltée, (*Diacrine No* 6 *C & C*) XVI
Chapman Ltée, La Cie J. H., (*Instruments de Chirurgie*) XXIV
Ciba, Compagnie Limitée, (*Dial "Ciba"*) VII
Ciba, Compagnie Limitée, (*Cibalgine "Ciba"*) VII
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, Le L
Denver Chemical Manufacturing Co., (*Antiphlogistine*) IX
de Passillé, H. B., (*Bronchodermine*) XXVIII
de Passillé, H. B., (*Charbon Tissot*) XXVIII
de Passillé, H. B., (*Sirop Guilliermond*) XXVIII
de Passillé, H. B., (*"Yse"*) XXVIII
de Passillé, H. B., (*Ludin*) XXXIII
de Passillé, H. B., (*Seroma Rey*) XXXIII
Duckett J. A., (*Dernière Création de la Prothèse*) .. XLIV
Eddé, J., Limitée, (*Proveinase Midy*) IV
Eddé, J., Limitée, (*Iodogénol Pépin*) XIX
Eddé, J., Limitée, (*Hémostyl*) XXIX
Eddé, J., Limitée, (*Nucléarsitol Robin*) XXXIV

Eddé, J., Limitée, (*Ocreïne Gremy*) XXXVI
Eddé, J., Limitée, (*Strychnal Longuet*) XXXVI
Eddé, J., Limitée, (*Vulcase Brisson*) XXXVI
Eddé, J., Limitée, (*Neurinase*) XLII
Eddé, J., Limitée, (*Peptonate de Fer Robin*) LI
Fellows Medical Mfg, Co., (*Sirop Fellows*) LI
Frosst, Charles E. & Co. (*Urosine*)
Deuxième page intérieure de la couverture.
Gatine, Fernand, (*Masseur Expert*) XLII
Gravet, G., (*Alphloïne*) III
Gravet, G. (*Pilules du Dr Moustier*) III
Harris, J. A., (*Peptone iodée Lery*) LII
Herdt & Charton, Inc., (*Colivaclydun*) II
Herdt & Charton, Inc., (*Thalassol*) II
Herdt & Charton, Inc., (*Thalassol Chomedy*) XXIV
Herdt & Charton, Inc., (*L'Epheiodine Béral*) XLI
Herdt & Charton, Inc., (*Agrippol*) XLIX
Horner, Frank W., Limitée, (*Maltlevol*) LVII
Infirmières diplômées: Maladies nerveuses et mentales .. L
Imperial Tobacco Co. of Canada, (*Old Chum*) XLIII
John Wyeth & Brother, Inc., (*Wyalin*) XXX
Joubert, J. J., Limitée, (*Santéine*) IV
Laboratoire du Bismol, (*Bismol*) VI
Laboratoires du Dr Débat, (*Pancrinol*) XLIX
Laboratoires du Dr Moustier, (*Pilules du Dr Moustier*) III
Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Ltée, (*Técarine*) XIII
Laboratoires P. Astier, (*Riodine*) (*Astier*) XXV
La Cie Canadienne des Agences Modernes, (*Les Lithinés du Dr Gustin*) L
La Cie Canadienne des Agences Modernes, (*Magnésie du Dr Gustin*) L
Lejeune, A., (Laboratoire)- (*Indhameline Lejeune*) .. LII
Librairie Beauchemin Limitée, (*Linguaphone*) LXX
Listers Limited, (*Listers*) II
Lyman Agencies, Limited, (*Pineoleum*) XXXII
Merck & Co. Limited, (*Theocalcin*) XXXII
Merck & Co. Limited, (*Pyridium*) LIII
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (*Codoforme Bottu*) XLVII
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (*Archemapectol*) XLVII
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (*Digibaïne*) XLVII
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (*Solucamphre Delalande*) .. XLVII

BIBLIOTHÈQUE DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE

Millet, Roux & Lafon, Ltée, (*Opocalcium*) LII
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (*Septicémine*) LIX
Parke, Davis & Cie., (*L'huile Haliver avec Viostérol* 250D)
Quatrième page de la couverture.
Pineoleum Co., The., (*Solutions huileuses*) XXXII
Rougier Frères, (*Hepathemo*) XVII
Rougier Frères, (*Spécialités A. Bailly*) XVIII
Rougier Frères, (*Spectrol*) XXI
Rougier Frères, (*Natibaïne*) XXI
Rougier Frères, (*Calcifixine Irradiée*) XXIII
Rougier Frères, (*Riodine Astier*) XXV
Rougier Frères, (*Rami*) XXVI
Rougier Frères, (*Seidlitz Chanteaud*) XXVI
Rougier Frères, (*Sténol Chanteaud*) XXVI
Rougier Frères, (*Hémoglobine Deschiens*) XXXI
Rougier Frères, (*Carnine Lefrancq*) XXXIV
Rougier Frères, (*Dragées Gélineau*) XXXV
Rougier Frères, (*Vin d'Anduran*) XXXV
Rougier Frères, (*Elixir Ducro*) XXXV
Rougier Frères, (*Chloral Bromure du Dr Dubois*) XXXV
Rougier Frères, (*Quinoïd*) XXXV
Rougier Frères, (*Sirop Famel*) XLIV
Rougier Frères, (*Uraseptine Rogier*) XLV
Rougier Frères, (*Lactolaxine Fydau*) XLV
Rougier Frères, (*Sedol*) LIV
Rougier Frères, (*Névrosthenine Freyssinge*) LIV
Rougier Frères, (*Chloramine Freyssinge*) LIV
Rougier Frères, (*Capsules Dartois*) LIV
Rougier Frères, (*Iodalose Galbrun*) LVII
Rougier Frères, (*Prothénase*) LVII
Sanatorium de Blois VIII
Sanatorium du Lac Edouard X
Sanatorium Prévost XIV
Sanatorium Prévost XV
Schering (Canada), Ltd., (*Veramon*) XXVII
Squibb & Sons of Canada, Ltd., E.R., (*Serenium Squibb*) V
Trouette-Perret, (*Aphloïne*) III
Wander, A., Limited, (*Ovaltine*) XX
Warner, William R., Co. Ltd., (*Cal-Bis-Ma*) LXXI
Winthrop Chemical Company, Inc., (*Theominal*) LVIII

NOTIONS IMPORTANTES

concernant

LES ALIMENTS

AYLMER

POUR ENFANTS

Qui expliquent pourquoi vous pouvez prescrire avec confiance ces fruits et ces légumes tamisés.

— Les Aliments Aylmer pour enfants sont préparés selon des formules étudiées avec soin par le personnel de notre Laboratoire de Recherches en collaboration avec des Pédiâtres Canadiens de marque.

— Les Aliments Aylmer pour enfants sont préparés dans une bâtisse de notre succursale Sainte-Catherine spécialement aménagée dans ce but.

— Aucune boîte d'Aliments Aylmer pour enfants n'est fermée sans le contrôle direct d'un Chimiste compétent.

— Nous vous recommandons de prescrire les Aliments Aylmer pour enfants à cause de:

1. leur qualité supérieure.
2. leur uniformité en valeur alimentaire — avec l'avantage de la variété durant toute l'année.
3. leur économie — 2 boîtes ou 12 cuillerées à soupe coûtent 21 sous seulement — 2 bocaux de verre 35 sous.

Des échantillons pour examen seront envoyés sur demande.

CANADIAN CANNERS LIMITED
HAMILTON — CANADA

Préparés en boîtes de fer-blanc et en bocaux de verre d'une capacité de 4½ onces.

10 VARIETES — TOUTES PARFAITEMENT TAMISEES

Pois	Haricots
Epinards	Pruneaux
Carottes	Asperges
Tomates	Abricots

Purée de Compote de pommes.

Soupe en Purée pour Enfants.

ALIMENTS AYLMER POUR ENFANTS

PARKE, DAVIS & COMPANY

1101, RUE ST-ALEXANDRE, - MONTRÉAL

Les plus grands fabricants de produits Pharmaceutiques et Biologiques de l'Univers.

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