TOME LXVI MONTRÉAL, JUIN 1937 No 6

L'Union Médicale du Canada

REVUE MENSUELLE

Fondée en 1872



NÉCROLOGIE

Joseph-M. Raphaël Trudeau . . . . . Léon GERIN-LAJOIE . . 595

MÉMOIRES

L'appendicite chronique avec brides à forme latente . . . . . Jean LeSAGE 601

Un procédé de cure radicale de hernie inguinale . . . . . Pierre SMITH 617

RECUEIL DE FAITS

Est-ce la granulie? . . . . . Albert LeSAGE 623

Manie aiguë. Traitement par le gluconate de calcium intraveineux . . . . Roma AMYOT 629

PETITE CLINIQUE

L'érythème du 9e jour . . . . . Albéric MARIN 636

MOUVEMENT MÉDICAL

Diagnostic de la typhoïde et des paratyphoïdes par la méthode de Welsh et Stuart . . . . . Albert BERTRAND 639

MÉDECINE PRATIQUE

Infarctus du myocarde. Traitement par le chlorure de sodium . . . . . RAVINA 643

REVUE DES LIVRES

Interprétation du fonctionnement du système nerveux par la notion subordination, subordination et posture. — Maladies infectieuses. — Chirurgie des glandes parathyroïdes. — Le chirurgien devant l'état puerpéral. — Les hémorragies utérines avant et après la ménopause. — L'année Médicale Pratique XVIe année, édition 1937. —Traité de chirurgie orthopédique. — Traité de thérapeutique clinique — Les révélations du visage — Physiologie générale des articulations à l'état normal et pathologique 645

(Suite du sommaire à la page X)

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef
Albert LeSAGE

Secrétaire de la rédaction
Léon GÉRIN-LAJOIE

Secrétaire-Trésorier
J.-A. VIDAL

Membres:
Roma AMYOT, Édouard DESJARDINS, Jean SAUCIER.

Administrateur: T. VALIQUETTE,
Bureau: 418 est, rue Sherbrooke. Téléphone: MArquette 7334.

"Frosst"

KONDREMUL

L'émulsion d'huile minérale et de Mousse d'Irlande

Voici quelques-unes des raisons pour lesquelles vous pouvez recommander cette préparation en toute confiance:

1° L'équilibre scientifique de l'huile — 55% d'huile minérale de la plus haute qualité — favorise l'émulsion avec les fèces.

2° L'huile est en suspension sous forme de gouttelettes — les globules sont maintenus fermement dans une enveloppe émulsive.

3° Pas de fuite — ne trouble ni l'assimilation ni la digestion.

4° Donne des selles abondantes, molles, de consistance mastic.

5° Ne contient pas d'alcool.

6° Ne contient pas d'alcali.

7° Ne contient pas de sucre. Peut être prise par les personnes soumises à un régime sans sucre.

8° Ne contient pas d'hydrates de carbone digestibles.

9° Un simple régulateur — ne cause pas d'accoutumance.

10° Crémeuse et agréable à prendre — aucun goût huileux.

11° Les grandes variations dans la température n'ont aucun effet sur cette émulsion.

12° Elle se verse facilement.

13° Elle se mélange rapidement à l'eau chaude ou froide, à du lait ou du cacao.

14° Le contrôle de laboratoire assure l'uniformité du produit.

15° Simple ou avec de la Phénolphtaléine (2.2 grains par cuillerée à bouche).

Bouteilles de 16 onces

Charles E. Frosst & Co.

PHARMACIENS-FABRICANTS DEPUIS 1899

MONTRÉAL
CANADA

RICHMOND
VIRGINIE

ARSAMINOL

MÉDICATION ARSENICALE RIGOUREUSEMENT INDOLORE
LA PLUS ACTIVE — LA PLUS CONCENTRÉE

En solution injectable par les voies sous-cutanée et intramusculaire.

Sécurité d'emploi aux doses élevées actives.

Formes: Boîte de 6 ampoules de 3 c.c. (0gr.15 d'As)
" " 5 c.c. (0gr.25 d'As)

SYPHILIS
HEREDO-SYPHILIS

LABORATOIRES CLIN, COMAR & CIE, PARIS

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

INJECTIONS CLIN

STRYCHNO-PHOSPHARSINÉES

permettent la triple médication

phosphorée arsenicale strychnique

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

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

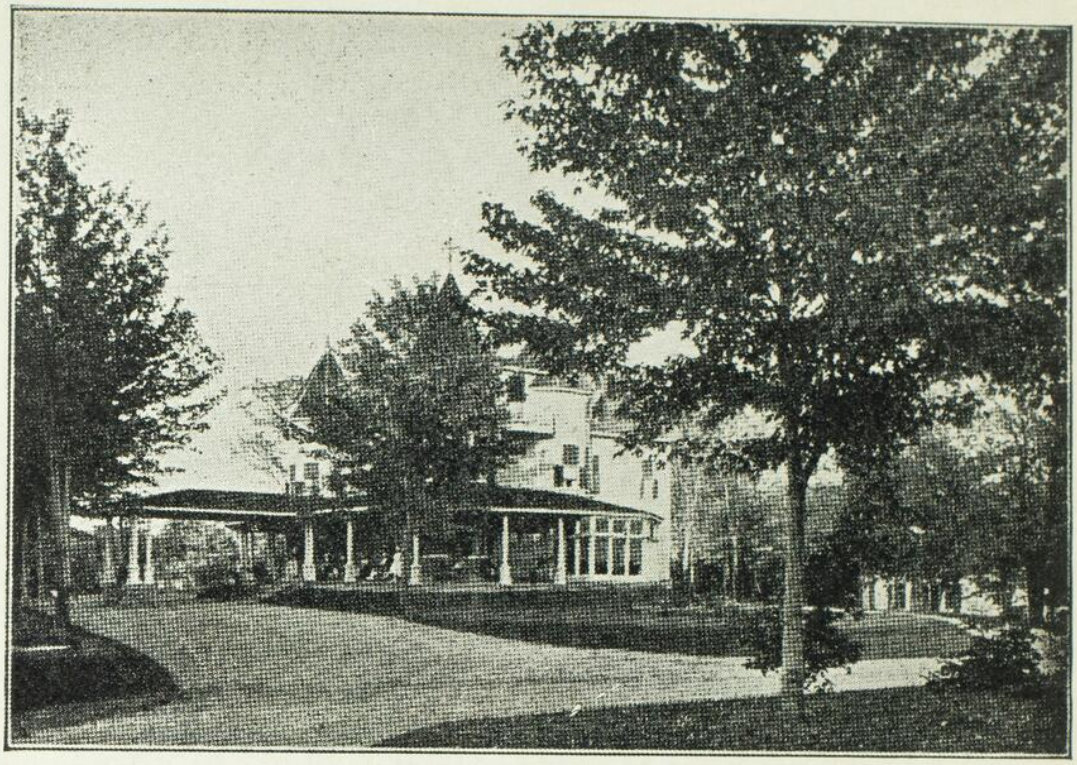
NEURASTHENIE
DEPRESSION NERVEUSE
CONVALESCENCE

LABORATOIRES CLIN, COMAR & CIE, PARIS

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

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

SANATORIUM PRÉVOST
INCORPORE



ETABLISSEMENT DE PSYCHOTHERAPIE

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

TRAITEMENT INDIVIDUEL DES AFFECTIONS DU SYSTEME NERVEUX

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

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

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

TRASENTINE "CIBA"

(Chlorhydrate hydrosoluble de l'ester diéthylaminoéthylique de l'acide diphénylacétique).

ANTISPASMODIQUE

agissant aussi bien sur la fibre nerveuse comme l'atropine, que la musculature lisse, comme la papavérine.

Tolérance parfaite.
Utilisable par voie orale et parentérale.

SUPPRIME LES SPASMES DE L'APPAREIL GASTRO-INTESTINAL, DU SYSTEME UROGENITAL ET DES AUTRES ORGANES A MUSCULATURE LISSE.

POSOLOGIE:

Par voie orale : Avaler, sans les croquer, 1 à 2 dragées 2 à 3 fois par jour avec un liquide quelconque.

Par voie parentérale : 1 à 2 ampoules par jour.

PRÉSENTATION:

Dragées en flacons de 20 et 100, et ampoules en boîtes de 5 et 20 à 0.075 grm. (1 dragée = 1 ampoule)

COMPAGNIE CIBA LIMITÉE - MONTRÉAL

Le MAPHARSEN

"LE RAFFINEMENT DE LA THÉRAPEUTIQUE ARSENICALE."

●

La Compagnie Parke, Davis présente à la profession médicale une nouvelle préparation arsenicale antisyphilitique: le Mapharsen. C'est le résultat d'actives recherches menées en collaboration dans les laboratoires de deux grandes Universités et le département des recherches de Parke, Davis et Cie.

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

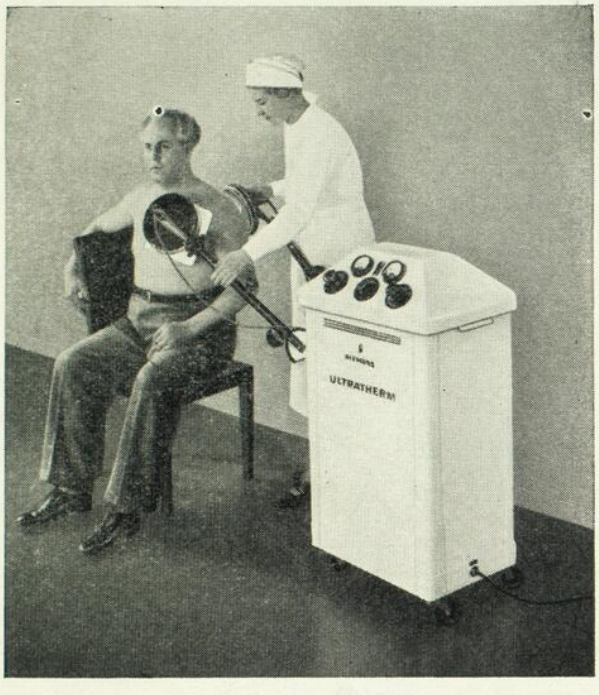
Les laboratoires de recherches de Parke, Davis et Cie ont soumis le Mapharsen à des épreuves sévères tant au point de vue chimique, pharmacologique que bio logique. Le Mapharsen constitue un agent thérapeutique de tout premier ordre comparativement à d'autres produits du même genre dans le traitement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

Le Mapharsen est approuvé par le Comité de Pharmacie et de Chimie de l'American Medical Association.

●

PARKE, DAVIS & COMPANY - MONTREAL

Le Spherix "SIEMENS"



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

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

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

•

SIEMENS-REINIGER (Canada) LIMITED
Dominion Square Building
MONTREAL

TAXOL

LE
REÉDUCATEUR
TYPE
DE L'INTESTIN
SANS
ACCOUTUMANCE

Laboratoires LOBICA
PARIS
J. EDDÉ, Ltée, Agents



Elixir complexe de Pancrinol

Tonique neuro-organique
associant l'opothérapie et la chimiothérapie

ASTHÉNIES
ANOREXIE
DEFICIENCES
ORGANIQUES

Agent Général J. EDDÉ Ltée MONTRÉAL

L'Union Médicale du Canada

Fondée en 1872

◆

Prix de l'abonnement pour 1937

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

Autorisé par le Ministère des Postes, Ottawa, comme matière de seconde classe.

Conditions de Publication

L'Union Médicale du Canada paraît tous les mois par fascicules de 164 pages. Chaque numéro contient des mémoires originaux, des faits cliniques, une revue générale, un mouvement médical, des notes de pharmacologie, des analyses et des nouvelles médicales.

Le Comité de Rédaction accepte les travaux de tout médecin, à condition qu'ils n'aient pas déjà paru dans un autre journal. Les Mémoires Originaux ne doivent pas excéder 15 pages; les Faits Cliniques auront un maximum de 5 pages et les Revues Générales comprendront au plus 10 pages.

Tout ce qui concerne la rédaction et l'administration doit être adressé franco aux bureaux de l'Union Médicale du Canada, 418 est, rue Sherbrooke. Téléphone: MArquette 7334.

AMherst 8900-3733

MONTY, GAGNON & MONTY

Ambulances de luxe, chauffées

Transport des malades à la ville et à la campagne.
Service prompt et sûr.

Pompes funèbres **Salons mortuaires**

Salons mortuaires: 1926, rue Plessis
4156, rue Adam.

Ambulanciers de l'Hôpital Notre-Dame

GARDES-MALADES — STENO BILINGUE

GARDE-MALADE DIPLOMEE

Garde-malade diplômée; 2 ans d'expérience chez médecin pratiquant; compétente pour travail de bureau, de laboratoire; anglais, français; peut remplir ordonnances médicales. Références: Mlle Jeanne Mercier, 3704, rue Saint-Denis, LAncaster 2966.

HOPITAL PRIVE SAINTE-AGATHE-DES-MONTS

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

HOSPITALISATION

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

CONDITIONS D'ADMISSION

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

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

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

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

NEUROTROPHOL BYLA

Tonique Nervin à base

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

SURMENAGE — EPUISEMENT — NEURASTHENIE

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

SPLENARMONE BYLA

Reconstituant général, à base

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

ANEMIES — CONVALESCENCE

(AMPOULES et **SIROP)**

LES ÉTABLISSEMENTS BYLA, - - PARIS

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

GÉLOGASTRINE LICARDY



SIROP
1 cuillerée à bouche avant chaque repas ou au moment des crises

TABLETTES
2 tablettes avant chaque repas ou au moment des crises

LABORATOIRES LICARDY - 38, Bd Bourdon. NEUILLY-PARIS

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

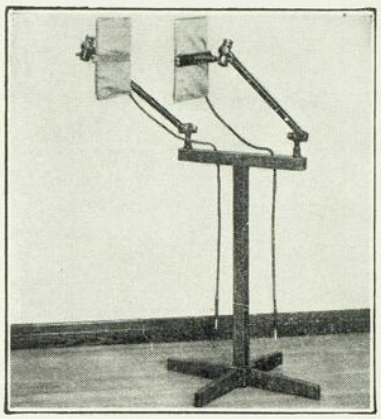
L'APPAREIL "McINTOSH" à ONDES COURTES OCCUPE ENCORE LA PREMIÈRE PLACE

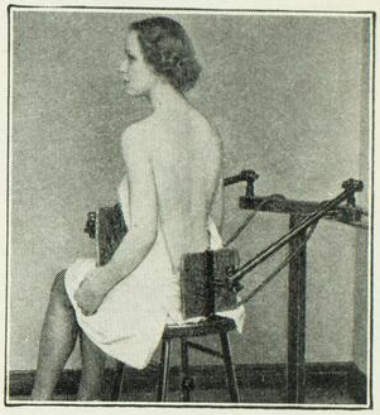
POUVOIR CONSIDÉRABLE POUR L'ÉCHAUFFEMENT DES TISSUS. PUISSANCE DE 750 WATTS SANS SURCHARGE

COURANTS CHIRURGICAUX SOUS CONTRÔLE

SÉCURITÉ—ÉCONOMIE—SIMPLICITÉ

GARANTIE DE 1000 HEURES SUR LES TUBES





Support à électrodes "McIntosh" à ondes courtes

On peut employer, avec ce support à électrodes, soit les coussins ou les électrodes à disques. Les électrodes utilisables avec ce support peuvent être employées en contact ou à distance. Réduit l'effet de la sensibilité à la peau.

ÉCONOMISE VOTRE TEMPS — ÉLIMINE LA TRANSPIRATION
ÉVITE LES-BRÛLURES — ASSURE UNE PLUS GRANDE TOLÉRANCE
PERMET PLUS DE CHALEUR
LONGUEUR D'ONDES 6 OU 18 MÈTRES.

Cloutier & Cloutier Cie, Ltée

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

4338, rue Saint-Denis **BElair 1616**

MONTRÉAL, Qué.

L'Union Médicale du Canada

Fondée en 1872

Bureau de Direction

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

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

Bureau de Collaboration

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

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef

Albert LeSAGE

Secrétaire de la rédaction
Léon GÉRIN-LAJOIE

Secrétaire-Trésorier
J.-A. VIDAL

Membres:

Roma AMYOT, Édouard DESJARDINS, Jean SAUCIER.

ONT COLLABORE AU VOLUME DE 1936:

Agricola, Dr., Amyot (R.), Archambault (P.-R.), Autotte (E.), Barbeau (A.), Baril (G.), Baril (H.), Barry (G.), Bellerose (A.), Bergeron (L.), Bernier (A.), Bertrand (A.), Bertrand (Albert), Binet (E.), Blagdon (L.), Bohémier (C.), Boucher (R.), Boulais (F.-L.), Bourgeois (B.-G.), Bourgeois (P.), Brault (J.), Cantero (A.), Cantin (Marie-E.), Comtois (A.), Cone (W.), Coutu (L.), Décarie (R.), DeGuise (A.), Delorme (L.-N.), DeMontigny (G.), Deshaies (G.), Desjardins (Ed.), Desloges (A.), Desrosiers (Saint-Jean), Dionne (L.-R.), Doré (R.), Dubé (J.-E.), Dufresne (O.), Duhamel (G.-H.), Dussault (G.), Ethier (A.), Fauteux (M.), Favreau (J.-C.), Ferron (M.), Fortier (J.), Fortier (L.), Fortier (L.-E.), Fournier (N.), Frappier (A.), Gagnier (L.), Gariépy (L.-H.), Gariépy (U.), Gélinas (H.), Gélinas (L.), Gendreau (J.-E.), Gérin-Lajoie (L.), Gratton (A.), Grignon C.-E.), Guilbault (A.), Hébert (G.), Hoen (T.-I.), Jarry (J.-A.), Joannette (A.), Jutras (A.), Laberge (J.-E.), Lafresnière (G.), Lapierre (G.), Laquerrière (A.), Larichelière (R.), Laroche (A.), Lauzer (R.), Lebel (A.-B.), Lefebvre (R.), Lefrançois (C.), Léger (A.), LeSage (A.), LeSage (J.), Letondal (P.) Léveillé (J.-A.), Magnan (A.), Major (W.), Manseau (J.-A.), Manseau (O.), Marin (A.), Marion (D.), Martel (J.-A.), Martin (P.), Mercier (O.), Millet (J.-A.), Morin (P.), Mousseau (J.-A.), Nègre (L.), Panet (E. de B.), Panet-Raymond (J.), Panneton (P.), Paquette (J.-P.), Paré (L.), Patoine (L.), Pilon (A.), Poirier (P.), Pouliot (G.-E.), Prévost (J.), Provencher (G.), Ricard (J.-P.-M.), Riopelle (J.-L.), Robillard (E.), Roch (S.), Rolland (R.), Roux (R.), Roy (G.), Roy (J.-N.), Samson (J.-E.), Saucier (J.), St-Germain (J.-P.), St-Jacques (E.), Simard (L.-C.), Smith (P.), Tessier (L.-J.), Tétreault (H.-I.), Tétreault (Julien), Tremblay (J.), Vidal (J.-A.), Valiquette (Hugo).

SUITE DU SOMMAIRE

SOCIÉTÉS

Réunion scientifique de l'hôpital Notre-Dame 672
Rapport de la première séance de la Société Médicale de Montréal . . 690
La Société de Chirurgie de Montréal 692

NOUVELLES

Beau geste de la Maison Casgrain et Charbonneau, Jules LABARRE 695
XVIe Réunion Neurologique Internationale annuelle 697

ANALYSES

PHTISIOLOGIE

Les crachats valides de bacilles tuberculeux (p. 658). Examen radiologique des poumons en position couchée (p. 658).

NUTRITION

Signes et symptômes du diabète sucré (p. 659).

NEURO-PSYCHIATRIE

Traitement rationnel du delirium tremens (p. 660). Le traitement médical du syndrome de Menière (p. 661). Sur le diagnostic et le traitement des traumatismes cérébraux (p. 662).

HYGIÈNE

L'anémie des femmes dans la classe pauvre (p. 664). Chimioprophylaxie de la poliomyélite (p. 664). Les besoins alimentaires dans la première année de la vie (p. 665). Neuf ans de traitement préventif de la syphilis par le bismuth à Lodz (p. 667). Le pouvoir filtrant du nez humain (p. 667). La technique de l'enfouissement de l'ulcère perforé du duodénum (p. 667). Facteurs d'importance dans le pronostic du cancer de l'estomac (p. 667). Mortalité et diabète chirurgical (p. 668).

UROLOGIE

Diagnostic et traitement des traumatismes du rein (p. 669).

PÉDIATRIE

L'hypertrophie cardiaque essentielle du nourrisson (p. 670).

RADIOLOGIE

Tumeurs malignes non obstruantes du petit intestin (p. 671).

PAUL CARDINAUX

Docteur es-Sciences

"PRECISION FRANÇAISE"

annonce à sa clientèle que par suite des accords intervenus entre la COMPAGNIE GENERALE DE RADIOLOGIE, Paris et N. V. PHILIPS GLOEILAMPENFABRIKEN, Eindhoven, (Hollande), la représentation et le service de la Cie Générale de Radiologie seront dans un proche avenir assurés par CANADIAN METALIX COMPANY LTD., 531, rue Sherbrooke est, Montréal.

Téléphone: PLateau 1555.

Compagnie Générale de Radiologie,

PARIS

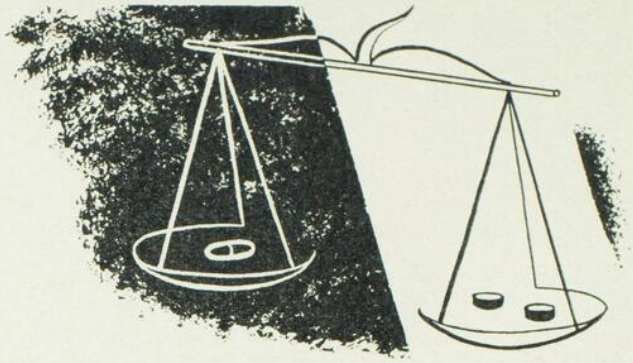
Protection Anti-X intégrale **RAYONS X** Sécurité électrique absolue

DIATHERMIE ELECTROLOGIE

TUBES "SHOCKPROOF" PHILIPS

Monsieur Roland Bureau, I. C., ingénieur-radiologiste très connu de la clientèle, passera au service de la Canadian Metalix Company, Ltd. et continuera à assurer, comme autrefois, le service commercial et technique. Notre clientèle est priée de lui réserver, ainsi qu'à cette nouvelle organisation, l'accueil le plus favorable.

CATALOGUES, DEVIS, RENSEIGNEMENTS SUR DEMANDE



NEMBUTAL

PRODUIT L'EFFET DÉSIRÉ AVEC LA MOITIÉ DE LA DOSE REQUISE DE CERTAINS AUTRES BARBITURATES.

Le Nembutal est cliniquement le barbiturate offrant la sécurité maxima par sa dose thérapeutique minime et la courte durée de son effet hypnotique. Ceci est d'un grand avantage non seulement en chirurgie où il faut un effet rapide, de petites doses et une action hypnotique brève, mais aussi en médecine générale pour les cas d'insomnie, d'épilepsie, les convulsions causées par la strychnine ou d'autres poisons, l'éclampsie, le delirium tremens, l'hystérie et les nausées. Le Nembutal complète l'action de la morphine dans le contrôle de la douleur du cancer et amplifie l'action des narcotiques, réduisant la dose minima d'efficacité de ces derniers dans toutes leurs indications. L'élimination du Nembutal par l'organisme se fait dans un temps minimum, sans entraîner les inconvénients qui résultent en général de l'emploi des barbiturates.

Littérature et échantillon médical sur demande.

LABORATOIRES ABBOTT

388 ouest, rue St-Paul - - MONTRÉAL

NECROLOGIE

JOSEPH-M. RAPHAËL TRUDEAU

Ceux-là seuls sont les morts,
qui ne sont pas aimés!
TRESSERRE.

Une autre figure médicale bien connue vient de disparaître en la personne de mon regretté maître et ami Raphaël Trudeau. Au soir du samedi, 1er mai, vers les 10 heures, il s'est éteint comme il l'avait voulu et comme il l'avait prévu, en l'espace de quelques minutes.

Il venait à peine de rentrer chez lui d'une visite qu'il avait faite à son frère, le Docteur Hector, alors qu'ensemble ils avaient projeté, pour le lendemain, un voyage à St-Louis de Gonzague, à la maison paternelle, où il aimait tant se rendre en fin de semaine.

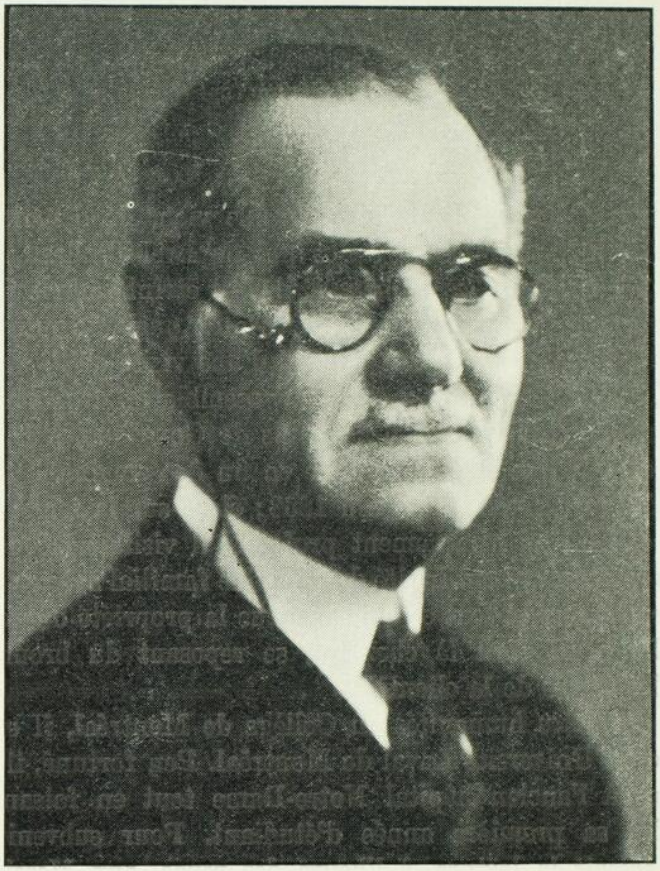
C'est là qu'il naquit le 14 juin 1868; élevé sur la terre, il avait conservé à celle-ci un attachement profond; il visitait fréquemment son frère et sa sœur qui ont hérité du domaine familial avec sa maison, sa ferme, ses vergers et tout ce qui constitue la propriété de nos cultivateurs à l'aise. Il était là chez lui, se reposant du brouhaha de la ville et des soucis de la clientèle.

Après de fortes humanités au Collège de Montréal, il entreprit sa médecine à l'Université Laval de Montréal. Peu fortuné, il obtient de séjourner à l'ancien hôpital Notre-Dame tout en faisant office d'interne dès sa première année d'étudiant. Pour subvenir à ses besoins, il faisait la lecture, à l'heure des repas, aux Messieurs de Saint-Sulpice. Un caractère forgé dans des conditions difficiles reste toujours d'une trempe très solide. Celui de Trudeau ne s'est jamais démenti et sa probité scientifique, son honnêteté professionnelle étaient devenues proverbiales.

Après avoir été diplômé avec grande distinction, il séjourna encore quelque temps à l'hôpital Notre-Dame puis s'installa dans le faubourg Saint-Joseph, où il exerça sa profession comme praticien général. Il se plaisait souvent à nous raconter quelques anecdotes de

cette vie dure, difficile, très peu rémunératrice dans un quartier relativement pauvre, où il sut acquérir l'expérience d'une pratique générale nécessaire avant l'entrée dans un domaine spécialisé.

En 1904 il traversa en Europe pour se perfectionner en gynécologie, cette branche de la médecine lui plaisant particulièrement. À



JOSEPH-M. RAPHAEL TRUDEAU

son retour, le Professeur Harwood, de regrettée mémoire, le prit comme assistant. Il occupa ce poste jusqu'à la mort de son chef, alors qu'il devint professeur adjoint au service de gynécologie de l'Hopital Notre-Dame.

Il était l'aîné des professeurs agrégés de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal. En outre de faire partie des diverses sociétés savantes de la métropole et de la Province il était Fellow du Collège Royal des Chirurgiens du Canada.

Jamais à ma connaissance ne se départit-il de ce titre de gynécologue qu'il affectionnait énormément, refusant des offres alléchantes pour pratiquer des interventions dont nous le savions capable, mais qui n'étaient pas dans son domaine.

Cette conviction en sa spécialité, je pourrais dire cet entêtement, est la garantie de ce que j'énonçais plus haut dans son honnêteté scientifique et particulièrement diagnostique.

Nous l'avons suivi tous les jours depuis 1922, et nous n'avons pas souvenir qu'il ait décidé une intervention, soit mineure, soit majeure, sans avoir approfondi et discuté son diagnostic différentiel et sans avoir assis ce diagnostic sur des bases tellement solides qu'il en devenait inébranlable.

Il ne se contentait pas d'un examen unique; il revoyait la même malade plusieurs fois avant l'intervention à pratiquer.

Ainsi dans l'appréciation d'une variété tumorale difficile, considérable, pouvant donner le change pour un kyste de l'ovaire, un fibrome, une lésion annexielle, jamais il n'intervenait sans avoir au préalable étiquetté de façon définitive l'affection en cause, et jamais je ne lui ai entendu dire, ce que parfois nous pensons ou nous disons inconsidérément: « c'est peut-être un kyste, c'est peut-être un fibrome, d'une manière ou d'une autre il faut intervenir. »

Cette précision qu'il apportait dans la recherche du diagnostic, il la continuait au moment de l'intervention et dans les soins post-opératoires.

Trudeau était profondément conservateur. Chez les jeunes filles et les femmes jeunes, lorsque les lésions commandaient de grandes ablations, il mettait tout en œuvre pour laisser en place un fragment ou une parcelle d'ovaire. Il avait le souci des répercussions de l'intervention sur l'état général et se refusait fréquemment à intervenir dans les cas douteux ou susceptibles de bénéficier d'un délai, son seul but étant l'utilisation des organes sur l'économie toute entière jusqu'à une période aussi rapprochée que possible de la ménopause.

Mais c'est dans les soins post-opératoires, que le cœur et l'âme de Trudeau se sont révélés. Nous l'avons vu revenir fréquemment à

l'hôpital le soir, dans les cas graves, visiter les opérées du matin. Ce n'était pas une visite hâtive; il s'asseyait au lit des malades, (et je parle ici des malades indigents, ceux qui sont pensionnaires de l'Assistance Publique) prenait le pouls, lisait attentivement les notes des infirmières, feuilletait à nouveau les rapports des laboratoires, faisait lui-même les pansements, discutait les traitements avec ses assistants, les internes, et ne quittait jamais sa patiente sans l'avoir encouragée d'un bon mot ou d'une parole réconfortante. Ainsi tous les jours, il voyait toutes les malades, et celles-ci n'avaient pour lui que des éloges et des remerciements. Il aimait sa médecine, il aimait ses malades et les traitait toutes avec une science et un dévouement uniformes.

En août 1935, il me mit au courant de sa décision de demander un congé de six mois au Conseil Médical. Hélas ce congé devait être définitif. Un collègue, qu'il avait consulté, l'obligeait à se reposer. C'est avec une certaine émotion que je rappelle ici le souvenir de ce dernier avant-midi passé ensemble à faire le tour des salles; cet entretien, presque confidentiel qu'il me fit, de cette douleur précordiale constante, poignante, crispante, continue, me disait-il. « Peu importe, je partirai tout d'un coup,... je m'y attends,... je suis toujours prêt. » Et ce dernier retour à sa maison avec lui, le midi, une fois l'ouvrage terminé. Depuis tout le temps, je le ramenais ainsi, dans mon auto; il se disait incapable et "trop vieux" pour conduire sa propre voiture.

Déjà depuis plusieurs mois, je pourrais dire depuis presque deux ans, les longues interventions en station debout, le fatiguaient et je travaillais seul avec l'interne. Toutefois en costume réglementaire, stérilisé de pied en cap, il assistait, à l'intervention, assis, regardant d'un œil attentif, quelque peu mêlé de mélancolie les mouvements techniques que je m'efforçais de reproduire aussi exactement que possible, pour qu'il puisse se dire: « C'est ainsi que je procéderais. » Au contraire, il insistait pour faire lui-même les interventions sur la voie basse alors qu'il pouvait s'asseoir et opérer. Mais la chaleur de la salle d'opération l'accablait, il était obligé de se faire éponger le front à maintes reprises. Son point au cœur le harcelait. Puis ce fut sa dernière opération, privée celle-là où il me dit: « Fonctionnez, je vous assisterai. » Cinq minutes à peine s'était écoulé, la pièce était enlevée, je ligaturais les moignons. « Bien, finissez. Vous n'oublierez pas l'appendice, » me dit-il. Et il alla s'asseoir près de la fenêtre, dans le coin de la salle d'opération no 2, celle où il aimait à opérer. Son

regard portait sur la montagne, la main gauche reposait sur son cœur. Je l'observai quelques instants: de profil, il paraissait triste, pensif, morose. Ce fut son dernier acte opératoire. Après l'intervention il me confia son opérée, me présenta à la famille et m'institua le médecin traitant. Quelques instants plus tard nous nous quittions et notre collaboration avait cessé. Je m'efforçais de la croire temporaire; hélas, j'entrevoyais la possibilité qu'elle fut définitive, et j'avais le cœur bouleversé par cette séparation. Je perdais celui qui m'avait guidé dans ma pratique, qui m'avait soutenu dans mes déboires, qui avait été un père et un frère, tout en même temps, bien que la différence d'âge fut grande pour ce dernier titre que je lui attribue.

Dans ce laps de temps depuis octobre 1935 et le 1er mai 1937, nous le revîmes souvent. Nous le rencontrions chez lui, chez des amis. Il s'intéressait profondément à son hôpital et particulièrement au service de gynécologie. Il s'informait du nom des religieuses, des internes, des gardes-malades du service; il s'enquerrait des potins, des mouvements nouveaux, des faits et gestes des confrères en général. Toujours je lui parlais de son retour parmi nous, de la reprise de son service, de l'espoir que tous formulaient pour qu'il mette encore la main à la pâte... et il souriait aimablement en acquiesçant de la tête avec un: « Oui, oui,... mais pas maintenant »... très peu convaincu. Cette inactivité l'ennuyait beaucoup, mais il s'apercevait vite qu'il ne pouvait guère maintenir son pas à celui de la marche des événements. Il recevait chez lui quelques malades pour consultation; il nous les adressait, en général, lorsqu'une intervention s'imposait.

L'après-midi de sa mort, une dernière cliente vint le consulter; puis il partit pour sa maison de campagne à Boucherville, où il donna des ordres et surveilla la mise en place d'arbustes et de fleurs, en son jardin qu'il aimait beaucoup.

Le soir après souper il partait pour son dernier grand voyage pour un monde meilleur où les fleurs abondent et où sont récompensés ceux qui ont bien servi.

Grand, nerveux, ferme, parlant peu, mais d'une douceur exquise, profondément humain et connaissant bien le cœur de l'homme, il a conservé jusqu'à la fin ce stoïcisme et ce courage qui font des héros. Il ne craignait pas la mort. Il craignait déranger, donner des soucis, causer de l'embarras, par une maladie prolongée. Jusqu'à la fin il se tint debout.

Les remarques que l'on fit de lui ont toutes été des éloges: « Il était bon.... Je l'aimais bien... Il n'a jamais détourné des malades à des confrères... On pouvait compter sur lui... Il était profondément honnête... » Ce sont là des témoignages spontanés, sincères, que j'ai recueillis et combien d'autres encore, de la bouche de confrères à qui j'annonçais la pénible nouvelle. La présence aux funérailles d'une foule nombreuse recueillie, en tête de laquelle les membres du Conseil de la Faculté de Médecine, puis ses collègues de l'hôpital Notre-Dame, la cavalcade de trente autos qui firent le trajet jusqu'à St-Louis de Gonzague, l'église remplie jusqu'à la fin du service, et encore à sa dernière demeure, pour un Libera, sont le plus beau témoignage de sa haute personnalité et de l'estime dans laquelle le tenait tous ceux qui le connaissaient.

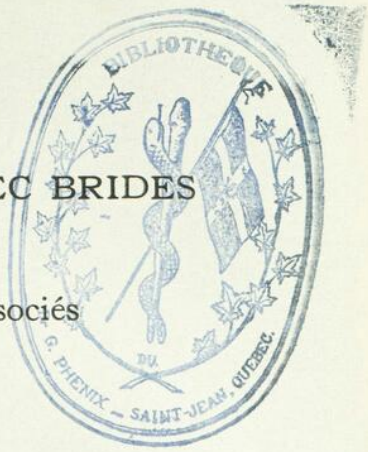
Nous avons perdu un collègue, un maître, un ami; notre consolation est grande de penser qu'il fut aimé comme il l'a été. Il n'est pas mort, tant que sa mémoire persistera dans nos cœurs...

Ceux-là seuls sont les morts qui ne sont pas aimés.

À sa fille, Madame DeGuise, et à son gendre; à son frère Hector, notre collègue; et à tous les membres de sa famille, nous offrons avec les profondes condoléances de tous les lecteurs de l'*Union Médicale* l'expression de notre très vive sympathie.

Léon GÉRIN-LAJOIE, M.D., F.R.C.S.(C.).

MÉMOIRES



L'APPENDICITE CHRONIQUE AVEC BRIDES À FORME LATENTE

Syndrômes nerveux et artériels associés

Par Jean LeSAGE

Médecin de l'hôpital Saint-Luc,
Chef de clinique en gastro-entérologie.

À côté des appendicites aiguës à reprises plus ou moins atténuées ou espacées, il existe des appendicites à rechutes et des appendicites chroniques consécutives à une appendicite aiguë. « Le diagnostic en est évident, dit Oury, et le traitement chirurgical précoce s'impose. »

Plus intéressante, parce que plus complexe et délicate d'interprétation, l'appendicite chronique d'emblée se présente comme un syndrôme qui évolue « indépendamment de tout passé d'appendicite aiguë ».

Il n'est quelquefois rien de plus difficile que de trouver si nous avons affaire à une appendicite chronique à rechutes ou à une appendicite chronique d'emblée. Dans le premier cas, nous aurions tendance à recommander une intervention, et dans le second, à préférer l'épreuve plus au moins prolongée du traitement médical, avant d'avoir recours à une intervention. Règle générale, si rien ne presse, nous avons tout avantage à faire bénéficier le malade d'un traitement médical préalable.

C'est ce dernier problème qui s'est imposé à notre attention chez le malade dont l'observation suit. En l'occurrence, il semble s'être agi d'une appendicite peut-être subaiguë, de vieille date, ignorée du malade jusqu'au moment où un interrogatoire serré lui a rappelé un épisode passé, appendicite subaiguë s'étant à la longue organisée pour créer une lésion chronique et sans doute des lésions de voisinage.

Aussi, ne sera-t-il pas question, dans cet exposé, de l'appendicite chronique d'emblée.

Nous verrons comment, intriguée parmi les syndrômes nerveux et artériels accusés par le malade, cette même lésion chronique perturbait le fonctionnement normal du transit digestif et déséquilibrait le système neuro-végétatif.

Nous espérons pouvoir relater plus tard, en collaboration, quelques douzaines d'observations à peu près superposables, que nous tenons sur cette importante question non encore mise au point de la pathologie digestive.

Observation

Monsieur E. P., se présente à notre cabinet le 1er octobre 1936 pour des crises d'asthénie, vieilles en réalité de dix ans, crises, accompagnées de somnolence, d'amnésie, crises, se traduisant par de l'aérophagie, des éructations gazeuses, du ballonnement, ces derniers, soulagés par une purgation. Ces accès, plus prononcés après les repas, et variant selon le degré de stase, deviennent de plus en plus fréquents. Nous avons de la difficulté à faire définir au malade le nombre et la fréquence exacte de ces épisodes.

Il raconte, en outre, des accès caractérisés par un vertige, des transpirations et une chute par terre avec morsure de la langue, sans incontinence urinaire, sans aura. À cet effet, on lui a administré avec succès du gardénal, voire des « alophen ».

Dans ces *antécédents personnels,* aucune maladie notable. Il s'agit d'un homme, fort mangeur, grand travailleur, quelque peu surmené, grand fumeur de cigares.

Sa mère était une femme débile. Une sœur à lui est en excellente santé; un de ses fils souffre aussi de débilité générale.

Après de multiples hésitations, il se rappelle avoir présenté vers l'âge de 15 *ans, une série d'indigestions aiguës avec coliques. Traités par la glace, et c'est tout.*

L'examen clinique offre les traits suivants: Homme de cinquante-huit ans. Pâleur, traits tombés, l'air déprimé. Bradypsychie, parole lente. Dents artificielles.

Poumons et cœur: rien à noter, si ce n'est un pouls à 65 et une pression artérielle au Hg de 130/70.

L'abdomen est ballonné dans sa généralité avec une prédominance dans la région pré-hépatique, où la matité est masquée. Impression d'une ligne blanche cutanée de Sergent.

Petite hernie ombilicale.

Aucun point douloureux précis.

Ces constatations nous amènent à soulever l'hypothèse d'une *stase intestinale par anomalie côlique* (dolicho) en première ligne et en deuxième lieu à incriminer une *insuffisance pluriglandulaire* vraisemblablement par intoxication intestinale, à *prédominance surrénalienne.*

Notre malade est soumis à l'adrénaline au millième (15 gouttes matin et soir) per os et à des mucilages combinés à du lait de magnésie, etc...

Je conserve en réserve le gluconate de calcium.

Revu le 5 octobre il se plaint d'une persistance de la constipation avec aérocolie. Je lui fais prendre de l'extrait fluide de cascara et lui suggère un *lavement baryté,* qui est différé.

Le 8 octobre notre malade revient avec un état général peu amélioré. Il se plaint d'une faiblesse générale, de tremblements. Mais l'intestin est régularisé: Il reçoit quelques injections de pitressin dont il dit grand bien 7 jours plus tard. Un examen neurologique du docteur Jean Panet-Raymond ne démontre rien de particulier, sauf une myasthénie assez avancée aux membres inférieurs. Tous les réflexes, en effet, sont normaux, quoique lents à la détente. Le 4 novembre, prise de sang. Le B. W. reviendra négatif. Un hémogramme (Docteur A. Frappier) montre une formule normale.

Ajoutons, que depuis le début, notre malade — fait important — se plaint d'un douleur à l'aîne *gauche* irradiant dans toute la jambe, aussi bien antérieure que postérieure. Quelques séances de diathermie à ondes courtes atténuent grandement cette douleur.

Le 20 novembre, il aura reçu une douzaine d'ampoules de gluconate de calcium. L'appétit est très amélioré mais, — fait nouveau — il présente maintenant des nausées à table, dès les premières bouchées. Je lui prescris de l'hépathémo et des extraits biliaires.

Ie 2 décembre, il se dit amélioré. Toniques.

Le 9 décembre, meilleur état général, mais douleur à la jambe droite au lieu de la jambe gauche et sensation d'engourdissements variables d'apparition.

Examen à l'oscillomètre Boulitte:

jambe droite	*jambe gauche*
maxima 160	140
minima 110	100

Ceci au-dessus du genou et aux chevilles.

Pression artérielle au bras 110/60, donc, pression abaissée. À la suite de quelques injections d'acécoline, il se dit très amélioré de sa jambe, en date du 20 décembre.

Dans ses urines, par deux fois, présence de glycose disparu à une troisième séance.

Il accepte pour le 23 décembre 1936 un examen de tube digestif qui se trouve pratiqué par M. Albert Jutras. En voici le procès verbal:

Intestin par voie basse. Le lavement opaque pénètre aisément dans les différents segments côliques jusqu'à la valvule iléo-cæcale. Sigmoïde allongé faisant une petite boucle montant au niveau des crêtes iliaques.

Pas de défaut à signaler sur le reste du côlon si ce n'est la région cæcale qui est coudée vers la ligne médiane avec bas-fond cæcal cônique et appendice rectiligne, vertical, fixé par sa pointe. Le relief muqueux sur le cliché d'évacuation ne présente pas de lésion caractéristique.

Vésicule: Nil.

Estomac. L'examen de l'œsophage, de l'estomac et du duodénum n'a rien révélé d'anormal de même que la cholécystographie.

Conclusion: *grande probabilité de périty phlite avec appendice rétro-cæcal fixé.*

*
* *

Le 22 décembre 1936, notre malade est opéré par le docteur Lefrançois. Anesthésie à l'éther.

Voici le procès verbal de cette opération dictée par le docteur Lefrançois:

Sujet très gras.

Bas-fond du cæcum adhérent à la paroi externe par une bride qu'on sectionne.

Appendice rétro-cæcal adhérent (crise antérieure à peu près certaine que le patient cependant avoue à grand'peine).

Libération très laborieuse. Section sans enfouissement.

Par l'ouverture, on passe le doigt autour de l'orifice de la hernie ombilicale. L'épiploon y est trouvé adhérent. L'épiploon est d'ailleurs adhérent sur la ligne médiane antérieure jusqu'à la vessie. Libération de l'épiploon. Suture.

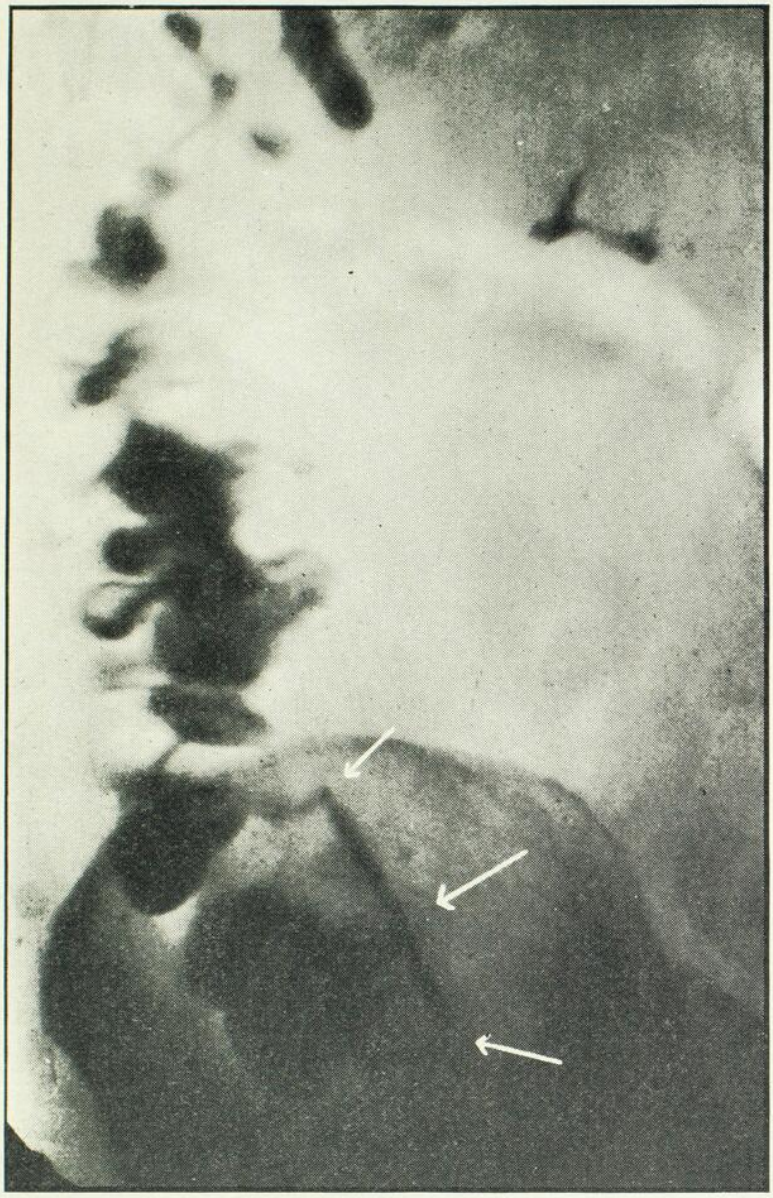


Fig. 1 — Radiographie de la région iléo-cæcale 24 heures après repas baryté: appendice rectiligne, à direction oblique en haut et en dehors et fixé à ses deux extrémités (Dr A. Jutras).

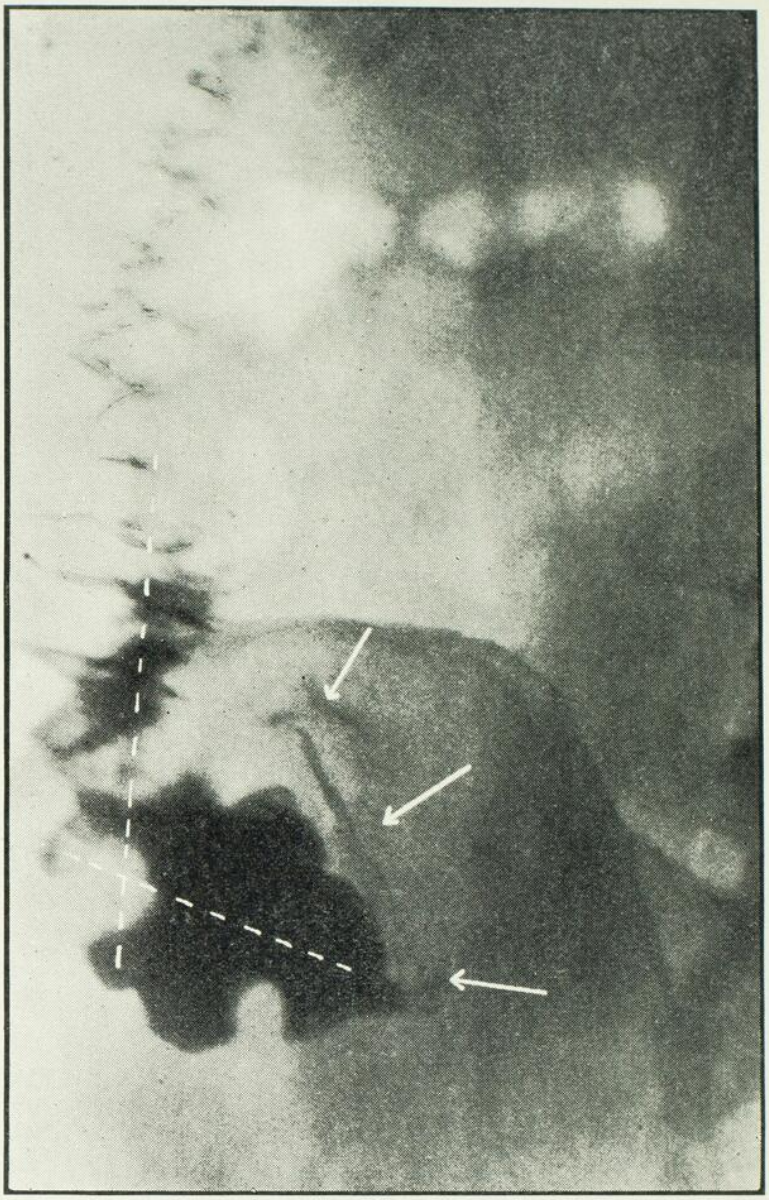


Fig. 2 — Radiographie de la région iléo-cæcale peu après évacuation du lavement opaque: l'appendice se présente avec les mêmes caractères que précédemment; en outre, on voit très bien l'angulation du cæco-ascendant, l'encoche du bord externe et le bas-fond cæcal en pointe. (M. A. Jutras).

Fermeture sans drainage.

Nous arrêtons ici l'exposé du procès-verbal qui a trait à la correction de la hernie.

Examen anatomo-pathologique (M. T. Farmer)

Appendicite chronique et hernie ombilicale

Appendice morceau de tissu

On a reçu un appendice rose grisâtre qui mesure 6 cms. de longueur et 0.7 cm. de diamètre. On trouve du liquide rouge épais dans la lumière.

On a reçu aussi un morceau de tissu qui mesure 8 x 5 x 2.5 cms. Sur un côté, on trouve de la peau, sur l'autre côté, on trouve du tissu graisseux, jaunâtre, mou. Pas de coupes.

Examen histologique

Dans ces coupes, on voit dans la sous-muqueuse de l'appendice une prolifération de tissu de granulation qui intéresse aussi la muqueuse. Dans la sous-muqueuse, se trouvent aussi des gros foyers de surcharge graisseuse.

Diagnostic pathologique: Appendicite productive.

Le docteur Farmer n'a pas jugé à propos de pratiquer des colorations spéciales afin de mettre en évidence les légions neurogènes de l'appendice, qu'il croit d'ailleurs absentes de cet appendice.

Revu le 8 janvier 1937 très amélioré de son état intestinal mais se plaignant d'un état asthénique persistant.

Nous reprenons la pression artérielle des membres au Boulitte: au bras droit et gauche la maxima est de 130 et la mn. de 100.

jambe droite	*jambe gauche*
mx160 (bas)	mx 160 (bas)
130	130
100	100

La pression des jambes n'est donc pas sensiblement modifiée par l'opération.

Le 31 janvier 1937, notre malade revient, se plaignant d'asthénie et de somnolence après les repas, d'engourdissements, de paresthésie des jambes.

Grande amélioration de l'état général.

Nous le soumettons à une cure hépatique combinée à une série d'acécoline et le 21 avril 1937, nous le revoyons très amélioré, quoique encore asthénique s'il retombe dans le vieux péché du tabagisme.

Commentaires

On voit par la lecture de cette observation qu'il a fallu plusieurs séances avant d'en arriver à incriminer au moins partiellement la

lésion appendiculaire. À la première consultation, notre malade se plaint surtout de crises d'asthénie vieilles de dix ans, avec dyspepsie secondaire: aérophagie, éructations gazeuses, et ballonnements post-prandiaux. Déjà, on devine que la constipation, la stase intestinale jouent dans ce déséquilibre un rôle de premier plan: ces crises sont soulagées par une purgation forte, voire même légère; elles reprennent avec plus d'intensité dès que le malade néglige de la corriger.

Ces crises s'accompagnent de vertiges, de transpirations abondantes, de chutes par terre avec morsure de la langue, mais sans incontinence des urines. Il n'existe pas d'aura. Les malonylurées obtiennent leur effet. S'agit-il, dans ces moments, de crises épileptiques larvées ou de crises épileptiformes dues à une épine côlitique ou appendiculaire? On ne peut encore le définir, mais il afflue à la mémoire d'innombrables observations racontant des faits semblables, où l'appendice, la côlite, une fois corrigées, tous ces malaises et tous ces épisodes s'étaient entièrement amendés.(1)

On s'arrête, à ce stade, au diagnostic de stase intestinale droite, et on ne sait encore s'il faut attribuer ce syndrome épileptiforme, cet état quasi permanent d'asthénie à cette même stase et à l'intoxication générale qui s'ensuit, ou s'il ne faut pas plutôt dissocier ces deux syndrômes l'un de l'autre.

À la suite de divers traitements, notre sujet passe par des alternances d'amélioration et de rechutes. Puis, un jour, il croit se rappeler qu'en effet, vers l'âge de quinze ans il avait présenté un syndrome douloureux abdominal qui s'était arrangé avec le repos, la diète et le sac de glace, ceci après une fête, un repas trop copieux...

Ces alternances révélaient quand même chez ce malade cet état cyclothymique, si particulier aux sujets atteints d'une affection côlitique.

Il nous faut attendre plusieurs mois avant d'obtenir de notre malade qu'il se soumette à un examen radiologique. À la fin décembre, il accepte, et nous suggérons *un lavement baryté,* d'après nous, très supérieur à l'étude du transit intestinal pour déceler non seulement la morphologie des côlons, mais surtout pour mettre en évidence celle, plus sournoise, des lésions de l'appendice et de ses alliances de voisinage. Les résultats en font foi, et l'examen pratiqué par M. Albert Jutras démontre qu'il s'agit avec grande probabilité d'une périthyphlite avec appendice rétro-cæcale fixé.

De là à l'intervention, il n'y avait qu'un pas et peu après, notre malade est opéré par M. Charles Lefrançois.

(1) Consulter à ce sujet l'article du Docteur R. Boucher.

Et que trouve le chirurgien? Sans doute une hernie ombilicale avec un épiploon adhérent, qui est libéré sur le champ, mais surtout un bas-fond cæcal adhérent à la paroi externe par une bride qui est sectionnée et un appendice rétro-cæcal adhérent par des membranes jusqu'à sa pointe au bord interne du cæcum. En tous points, les lésions anatomiques viennent se superposer aux signes radiologiques trouvés antérieurement.

De même, l'examen anatomo-pathologique (M. T. Farmer) souligne la présence dans l'appendice de lésions dites productives et exsudatives chroniques, stigmates arrêtés de lésions subaiguës anciennes.

Là, nous regrettons que des colorations spéciales n'aient pu être pratiquées, visant à rechercher les lésions neurogènes de l'appendice, telles que si admirablement mises en évidence par le Prof. P. Masson.

Et le malade, revu par intervalles, ne nous fait pas regretter cette intervention: *l'état général est très amélioré, le transit intestinal est redevenu normal, il ne présente plus de syndromes épileptiformes.*

Toutefois, il reste avec un certain degré d'asthénie et de somnolence après les repas. De plus, les troubles paresthésiques des jambes persistent, ou à peu près, et l'examen des deux jambes et des bras à l'oscillomètre Boulitte n'a pas sensiblement varié dans ses résultats: les chiffres se montrent les mêmes aux différents points étudiés.

Il n'existe aucun doute à ce sujet sur l'influence pernicieuse d'un tabagisme (cigares) assez avancé, permettant d'expliquer le syndrôme de déséquilibre artériel et jusqu'à un certain point l'état d'asthénie.

Et là encore, il nous faut abandonner l'hypothèse de l'épine viscérale appendiculaire seule pour expliquer tout l'ensemble du déséquilibre neuro-végétatif présenté par ce malade.

*
* *

En présentant cette observation, nous n'avons pas voulu soulever toute l'immense question de l'appendicite chronique considérée isolément, mais plutôt démontrer jusqu'à quel point la lésion appendiculaire est associée à des lésions de voisinage qui lui confèrent son tableau symptômatologique; en deuxième lieu, nous avons pensé faire ressortir avec l'aide d'un examen complet, l'importance des lésions associées et distantes qui n'ont rien à voir avec l'appendice chronique.

*
* *

Il serait peut-être intéressant d'exposer dès maintenant quelques-unes des opinions américaines et anglaises, voire italiennes et canadiennes sur la question de l'appendicite chronique et de les comparer aux opinions françaises actuelles. Nous pourrons ainsi mieux définir et limiter ce problème.

1. Comment parvenir au diagnostic exact d'appendicite chronique?

2. Comment la définir?

3. Quels en sont les résultats opératoires?

4. Que vaut l'examen complet, en particulier l'examen radiologique?

Voilà les questions auxquelles nous allons essayer de répondre brièvement, à la lumière de certains travaux étrangers et canadiens.

F. B. Block présente 100 cas de sa statistique et attribue la faillite des résultats obtenus à un diagnostic quelquefois inexact. L'examen complet de tout le tube digestif est pour lui de première nécessité. Cependant, si 81/100 de ces malades ont de 11 à 30 ans, 70% sont améliorés.

H. C. Saltztein cherche à différencier deux types d'appendicite chronique:

1° celui où apparaissent des crises répétées à la suite d'une crise aiguë.

2° le type présenté par le sujet se plaignant de douleurs plus ou moins sourdes mais persistantes de la fosse iliaque droite.

Crohn y voit quatre groupes de malades:

1° celui des jeunes adultes offrant un pylorospasme.

2° un deuxième, où la constipation est très accentuée et entretient un état de pyrosis avec haleine fétide, sans qu'il y ait douleur. Ici, danger d'appendicite gangréneuse...

3° celui des malades à douleurs vagues de la fosse iliaque droite avec point vésiculaire net.

4° le groupe des diarrhéiques avec nausées sans douleurs.

Dans tous ces cas, Boas et Rehfuss suggèrent d'intervenir pour fixer le diagnostic. *En général, les auteurs américains auraient une tendance à se montrer non-interventionistes s'il n'y a pas eu de crise aiguë antérieure.* Il faut toujours tenir compte de l'état mental et nerveux du malade...

En somme, le diagnostic de l'A. C. en est un d'élimination. On s'assurera, qu'il s'agit ni d'une salpingite ni d'un calcul urétral ou

biliaire, ni d'un phénomène d'anaphylaxie, encore moins de tuberculose ou de cancer cæcal.

Les frontières entre l'état pathologique et l'état physiologique n'étant pas encore bien définies, c'est l'examen pré-opératoire qui permettra de préjuger des résultats post-opératoires.

D'après Saltztein, les cas où l'examen A. P. démontre une oblitération de la lumière appendiculaire sont ceux qui apportent les meilleurs résultats post-opératoires.

Ailleurs, A. E. Hertzler se pose d'abord la question de savoir ce qu'il faut entendre par un appendice normal. Normal, il l'est dans le jeune âge puis il évolue...

D'après lui, les appendicites aiguës amènent la formation sur place de cicatrices s'il y a guérison clinique, tandis que l'appendicite chronique demeure un processus évolutif.

Il cite les travaux de Ribbert. Au début, ce dernier faisait de l'oblitération de la lumière appendiculaire un processus d'involution et ne trouvait de l'inflammation que dans six cas sur 450 de sa statistique. Il révisa plus tard ses opinions et démontra que l'oblitération de cette lumière était due à une intoxication bactérienne, produisant à son tour une irritation de la muqueuse, puis une inflammation chronique.

Keith, auteur anglais, compulsant une statistique, trouvait que sur 1000 Européens, 500 conservaient à travers la vie un appendice intact et 500, vérifiés, n'offraient à l'âge adulte que les lésions atrophiques de leur âge.

Aschoff attribuait les changements anatomiques de l'appendice à la résultante d'une inflammation antérieure.

Oberdorfer a prétendu que les adultes vieux ne présentent plus d'appendices normaux.

Beuttner, dépouillant les observations de 1400 cas d'opération gynécologique ne relève que 216 appendices normaux et cependant il condemne l'appendicectomie de routine parce que, en général, l'histoire d'appendicite n'est pas antérieure à l'histoire gynécologique.

Il existe une différence sensible entre les résultats des examens microscopiques, ces derniers démontrant des phénomènes lésionnels dans 63% des cas.

En conclusion, d'après Hertzler, il nous faut régler la question dans le champ de la clinique et en second lieu faire l'accord sur la terminologie de cette maladie. D'après lui l'appendicite chronique est le stade terminal d'une maladie procédant par petites crises aiguës.

D'après Watkins (1932) l'appendicite chronique précède l'apparition des crises d'appendicite aigu. Ce qui l'inquiète, avec un grand nombre d'auteurs, c'est l'accroissement de la mortalité.

D'après Mc Clure, cette mortalité doit se mettre sur le compte du retard apporté par les médecins et chirurgiens à intervenir. Un appendice doit s'opérer durant le stade chronique et malheureusement le diagnostic est alors difficile à poser. Il admet l'opinion d'Aschoff: à savoir que ce sont des crises aiguës et répétées d'appendicite qui créent l'appendicite chronique.

Il recommande l'opération dans ces derniers cas, car l'examen A. P. revient alors presque toujours avec le diagnostic d'appendicite chronique. On n'examinera jamais trop à fond les autres appareils avant d'affirmer l'A. C.

En 1933, Critchlow se pose la question suivante: l'appendice est-il l'objet d'une inflammation chronique engendrée par des crises d'appendicite aiguë ou non? Et l'appendicite chronique est-elle associé ou non à d'autres affections intra-abdominales? Il admet que les deux hypothèses se relèvent dans la plupart des cas. Reprenant les différentes formes déjà citées par Crohn, il en ajoute trois autres:

1° la dyspepsie appendiculaire de Longuet.

2° les cas à douleurs *provoquées* dans la fosse iliaque droite.

3° les cas avec intoxication générale.

Il constate avec Mc Clure l'extrême rareté de l'appendicite chronique aux Indes et en Arabie, et rappelle une étude faite sur 40,000 paysans roumains où on n'avait pas relevé un seul cas d'appendicite chronique. Il compare ses statistiques à celles d'Europe où la fréquence de l'A C. devient grandissante.

Au point de vue anatomo-pathologique, l'injection prononcée des vaisseaux superficiels de l'appendice, la présence en abondance des lymphocytes extravasés autour des vaisseaux, sont des signes d'appendicite chronique.

En 1934, Crisp English publie une étude sur ce problème, et affirme que, primitive ou secondaire, l'A.C. demeure une lésion que nous devons considérer tout comme une cholécystite chronique ou une amygdalite chronique. Il croit à l'existence de crises aiguës antérieures. Soulignons, en passant, une étude bactériologique de Collins sur l'A.P. où, sur 209 cas, 34 présentaient des cultures positives, et 47% des cultures positives appartenaient à des A.C.

Benedetto Schiassi, dans un article du «Il Policlinico» se demande si l'A.C. n'est pas un mythe. D'après lui, même si l'on a éliminé les lésions des autres appareils, on n'en reste pas moins avec un syndrome cæcal comme premier stade, avant l'apparition de toute

A.C. Selon Ruffini, ce sont les formes cliniques qui établissent les règles d'une maladie, qui lui confèrent sa physiologie.

Le cæcum, d'après Schiassi, est le premier organe atteint et l'appendice ne participe que secondairement à ses perturbations.

Aussi, souvent on y trouve associé la côlite droite, quelquefois le cœcum mobile; en d'autres temps, la typhlatonie avec ou sans ptose. Toutes ces lésions de la muqueuse ou de la fibre lisse amènent un retard d'élimination du réservoir cæcal et leurs séquelles de fermentations, de putréfactions, une formation anormale d'acides organiques...

Le traitement sera, avant tout médical et l'échec de cette épreuve posera une indication opératoire. Mais encore faudrait-il:

1° Epargner la zône de défécation ou zône jejunale du cæco-ascendant, puis procéder à une plicature régionale.

2° Corriger l'atonie, la stase par de longs traitements diététiques et hygiéniques.

3° Les phénomènes de dislocation.

A la suite de Senn, Brun, Letulle, Jalaguier, le professeur P. Duval et Jean Gatellier et leur École sont d'avis que les lésions de l'appendicite chronique précèdent celles de l'appendicite aiguë; elles sont toujours consécutives à l'appendicite aiguë. Macroscopiquement, l'appendice peut ne présenter aucune lésion, mais « il peut être épaissi, vascularisé, flanqué d'un gros ganglion et adhérent. Il peut être fléchi, coudé, incurvé en S, bridé par une adhérence, par son méso épaissi », il peut être tordu ou déformé de différentes façons. Dans nombre de cas, l'épiploon lui adhère et l'épiploïte chronique (Walther) s'y retrouve constamment. « La muqueuse appendiculaire présente toujours des altérations, des infiltrations hémorragiques et la lumière appendiculaire » est plus ou moins oblitérée.

Letulle a décrit trois types principaux de lésions histologiques dont la *folliculite chronique* forme la lésion basale:

1. L'appendicite hypertrophique.
2. L'appendicite hyperplasique.
3. L'appendicite atrophique.

La péritonite adhésive est fréquemment associée à l'appendicite chronique. Les membranes, les brides, nous le savons, peuvent envelopper une grande partie du cæcum et du côlon ascendant.

Pour ces auteurs, l'intervention dans l'appendicite chronique est très discutable et la décision ne sera prise qu'après une surveillance et un traitement médical prolongés.

A Montréal, quelques travaux ont paru en langue française, exposant précisément les difficultés que présentent l'appréciation des problèmes de l'appendicite chronique.

M. J. A. Mousseau, en mars 1932, publie dans cette Revue une observation complète d'une malade ayant présenté un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite avec troubles côlitiques, qu'un examen radiologique était venu attribuer à une stase côlique et à une ptôse des angles plutôt qu'à une lésion appendiculaire proprement dite, et cette constatation, maintes fois notée, rend l'auteur sceptique sur la fréquence des appendicites chroniques chez ces malades venant nous raconter une histoire de douleurs abdominales droites basses.

En octobre 1932, le professeur B. G. Bourgeois publie dans l'U. Méd. du C. une étude critique fort intéressante à propos d'une statistique personnelle de 230 malades opérés d'appendicectomie pour appendicite chronique, dont 109 avaient répondu à l'enquête.

L'auteur divise ces derniers en quatre groupes:

Le groupe A, malades guéris cliniquement, soit 39½%.

Le groupe B malades opérés, considérablement améliorés, mais présentant encore des ennuis intermittents, soit 13.7%

Le groupe C, ou malades soulagés à des degrés divers, soit 24.8%.

Enfin le groupe D, comprenant les malades non améliorés ou même aggravés soit 22%.

En reprenant cette statistique, on relève que 83.7% des malades du groupe A, présentaient des lésions microscopiques ou histologiques de l'appendice; dans le groupe B, 60%; dans le groupe C, 74% et dans le groupe D, 62.5%, et l'auteur conclut, à ce sujet, que « la proportion considérable de lésion indéniables démontre que l'échec tient moins souvent à l'erreur absolue du diagnostic qu'à un diagnostic incomplet, et que la lésion de l'appendice n'est alors qu'un épiphénomène de ce qui existe dans les organes voisins. » Il ne conseille en définitive l'intervention que dans les cas où par des examens complets du tractus digestif et des appareils de voisinage, on sera parvenu par élimination à incriminer l'appendicite chronique *isolément*. Il déplore le nombre croissant d'interventions pratiquées en pure perte et au détriment de l'avenir du malade.

*
* *

Sur le plan radiologique, les auteurs anglais et américains sont en général assez explicites et s'accordent à peu près à réclamer les signes suivants, tels que résumés, dès 1930, par Mr. W. Walton:

A) Signes directs:

1° Opacification de l'appendice douloureux au palper.
2° Résidu appendiculaire 48 ou 72 heures après l'évacuation de cæcum.
3° Présence d'un appendice en battant de cloche...
4° Appendice tordu ou anguleux.
5° Brides appendiculaires plus ou moins étendues.
6° Présence de concrétions, et d'un remplissage segmentaire.

b) *Signes indirects*:

1° Stase cæcale et iléale.
2° Atonie et spasmes de cæcum.
3° Stase cæcale, le reste du colon étant vidé.
4° Spasmes pyloriques.

Comme on le voit, ces derniers signes se superposent tout à fait à ceux décrits vers le même temps par MM. Jacquet et Gally à Paris. « Presse Médicale ».

*
* *

Nous ne sommes pas prêt à rejeter au second plan la valeur de l'examen radiologique dans le but de mettre en évidence une lésion appendiculaire. C'est au contraire cet examen, pratiqué par des mains expertes et comprenant l'étude aussi bien des côlons que des appareils de voisinage qui nous permettra de savoir jusqu'à quel point l'appendicite est en jeu ou ne se présente qu'à titre d'épiphénomène. A cet effet, nous accordons notre préférence, après nombre de radiologistes, à l'examen par lavement baryté. De toute façon, ce sera par une étude critique et comparative des signes cliniques recherchés chez le malade et des signes radiologiques trouvés ensuite, ce sera à la suite d'une étude prolongée *pendant deux ou trois mois des malades soumis à un traitement diététique et médicamenteux,* mais renouvelé et adapté à l'évolution, que nous parviendrons, à notre avis, à reconnaître soit l'appendicite chronique comme cause principale des troubles et que nous pourrons envisager une intervention, soit au contraire, à éliminer, à la fin de cette épreuve cette lésion parce que notre malade se sera trouvé grandement amélioré des traitements auxquels il aura voulu se soumettre.

BIBLIOGRAPHIE

WALTON, Henry J. and WEINSTEIN, Samuel. — The Rœtgen Diagnosis of Chronic Appendicitis, The American Journal of Rœntgenology and Radium-Therapy, 24:631-633 (December) 1930.

JACQUET, Paul and GALLY, Léon. — The Rœntgen Diagnosis of Chronic Appendicitis, Bull. et mem. Soc. med. de hop. de Par., 55:129 (February 2) 1931 et « Presse Médicale » (1931).

FRIEDENWALD, Julius and MORRISON, Théodore H. — The Clinical Significance of so-called Chronic Appendicitis, Annals of Internal Medicine, 5:1-8 (July) 1931.

McCLURE, Roy D. — Appendicitis Chronic, Annals of Surgery, 94:203-212, August 1931.

BLOCK, Frank Benton. — Chronic Appendicitis. A Study of End Results, Medical Journal and Record, 134:448-450 (November) 1931.

HERTZLER, Arthur E. — Present Concept of Chronic Appendicitis, The Journal of the Missouri State Medical Association, 28:571-574 (December) 1931.

LEWIS, George V. — Chronic Appendicitis, The Journal of The Arkansas Medical Society, 28:121-124 (December) 1931.

MOUSSEAU, J. Alfred. — L'appendicite chronique et certaines affections du côlon droit. Procédés classiques permettant d'en établir le diagnostic différentiel. Un. Med. du Canada. (Mars) 1932.

BOURGEOIS, B. G. — A propos d'appendicite chronique. Un. Méd. du C. (octobre) 1932.

BENSAUDE, Raoul. — Maladies de l'intestin. Masson & Co. Editeurs. 1932.

SALTZSTEIN, Harry C. — Chronic Appendicitis, Annals of Internal Medicine, 6:278-288 (August) 1932.

WATKINS, Royal P. — Chronic Appendicitis The New England Journal of Medicine, 207: 335 (August 25) 1932.

CRITCHLOW, George R. — Chronic Appendicitis. New York State Journal of Medicine, 33:677 (June 1) 1933.

ENGLISH, Crisp. — Appendicitis, The Practitioner, 133:409 (October) 1934.

SCHIASSI, Benedetto. — Chronic Appendicitis, a Myth? Il Policlinico (sez. prat.), 43:859 «May 11) 1936.

COLLINS, Donald C. — Bacteriologic Studies of Chronic Appendicitis, Annals of Surgery, 103:870 (June) 1936.

BOUCHER, Roméo. — Remarques sur quelques cas d'appendicite chronique. (Un. Méd. du C.) février 1937.

UN PROCÉDÉ DE CURE RADICALE DE HERNIE INGUINALE [1]

A propos de 98 cas personnels

Par Pierre SMITH,
Chirurgien à l'Hôpital Saint-Luc.

Tout chirurgien dont la pratique hospitalière est quelque peu active opère chaque année un nombre impressionnant de hernies inguinales.

L'intervention, non mutilante, non choquante, paraît en général simple. Les suites opératoires immédiates sont également rassurantes et le plus souvent sans aucun incident; mais les suites lointaines, c'est une tout autre histoire. Et cette intervention qualifiée de cure radicale, ne mériterait que le nom plus modeste de cure opératoire, si on en juge par le grand nombre de hernies inguinales récidivées.

L'opéré lui-même, sait la récidive possible et fréquente. Aussi s'enquiert-il de cette éventualité, auprès de chirurgien, qui l'encourage de son mieux. La récidive réalisée, si l'opéré n'en est pas surpris outre mesure, il n'en est pas moins ennuyé; de même que son chirurgien. Cependant, certains auteurs, depuis nombre d'années, ont compris la difficulté réelle d'opérer sans récidive les hernies inguinales; c'est Lucas-Championnière qui disait il y a déjà longtemps: « Beaucoup de chirurgiens considèrent la cure radicale de la hernie comme une opération bénigne, facile, à la portée de tous. Dans ces conditions on pratique, sans danger, une opération sans valeur. C'est une opération bien autrement difficile que l'extraction de la cataracte ».

Lucas-Championnière a donc dit et écrit ce que bien d'autres chirurgiens ont pensé et pu constater par eux-mêmes, en considérant les suites opératoires lointaines de leurs herniotomisés. Et pour cause; à l'heure actuelle, avec les différents procédés classiques, avec les suggestions diverses et récentes, on compte encore suivant les cas et les procédés utilisés de 3 à 15 pour 100 de récidives.

Plusieurs chirurgiens, ennuyés sans doute aussi, par leurs opérations récidivantes, préconisèrent tel procédé de préférence à tel autre;

---

(1) Ce travail, présenté à la Société de Chirurgie de Montréal (séance du 27 novembre 1936), était alors basé sur 75 cas personnels. Depuis lors, nous avons opéré 23 autres cas de hernies inguinales.

les uns le Bassini; d'autres le procédé préfuniculaire, qui dit-on « consolide efficacement la partie haute, externe du trajet, en regard de l'orifice profond du canal inguinal.

On a discuté la valeur des différents procédés autoplastiques qui empruntent aux parties anatomiques voisines, les éléments de reconstitution de la paroi inguinale déficiente; utilisation d'une bandelette du grand oblique d'après la méthode de Mac-Arthur. Emploi d'un lambeau aponévrotique détaché du feuillet antérieur de la gaine du droit; lambeau musculaire du pectiné; lambeau périostique ou ostéo-périostique; lambeau aponévrotique du fasci-lata d'après le procédé de Galli, et que sais-je encore. D'autres ont cru résoudre le problème dans l'utilisation du matériel de suture. Catgut chromé, fils de kangourou, lin, soie, crins perdus, fibres aponévrotiques fraîches ou conservées; que de préférences individuelles!

D'autres, comme Lucas-Championnière, Holsteadt, Forgbe, Audard, Jean, Huard, considèrent la résection insuffisante du sac, comme un facteur important de récidive. L'excision doit être poussée au delà du collet, le plus haut possible, disent-ils avec raison; sinon il en résulte que l'infundibulum n'est pas détruit. Et le péritoine, au lieu de se terminer par une cicatrice plane haute, non excavée, va finir, par une *diverticule en entonnoir* à parois lisses et glissantes où les viscères vont immédiatement s'engager et devenir la cause d'une nouvelle hernie. L'idéal opératoire à réaliser est donc de détruire l'infundibulum jusqu'à son abouchement dans le grand péritoine. A cet effet, il faut dissocier plus haut en dehors les fibres du petit oblique et du transverse, ouvrir le péritoine, attirer par cette ouverture supplémentaire le sac et le lier à cet endroit. Les récidives ont-elles disparu par l'utilisation de ce temps supplémentaire. Nous l'ignorons encore.

Procédés, méthode, variantes, temps additionnels, matériels de suture, abondent.

J'ignore encore si un chirurgien consciencieux peut se targuer de pouvoir à l'heure actuelle conjurer à coup sûr les récidives de hernies inguinales.

Depuis semptembre 1931 jusqu'à aujourd'hui, nous avons opéré personnellement, 138 malades porteurs de hernies inguinales ou inguino-crostales; 18 présentaient des hernies bilatérales; ce qui réalise le total de hernies opérées à 147, dont 6 directes, 11 étranglées.

Nous avons utilisé pour les 49 premiers cas, tantôt le procédé bien connu de Bassini, tantôt le procédé préfuniculaire; en employant d'abord comme matériel le catgut chromé pour les deux plans; et plus

tard pour le plan profond le catgut chromé et pour le grand oblique, le crin perdu.

Sur ces 49 cas, nous avons eu, à notre connaissance, 3 récidives; soit plus de 6%.

Avec le procédé que je décrirai tout à l'heure, nous avons opéré depuis novembre 1934, 98 hernies inguinales, sans récidive aucune, du moins à notre connaissance.

Rappelons d'abord, ce que tous, nous avons constaté:

Lorsqu'il s'agit de refaire le plan profond, le tendon conjoint cède rarement, si toutefois on prend la précaution de mordre avec l'aiguille, dans les fibres conjonctives, ou suffisamment dans le tissu musculaire; sans doute, quelque fois le tendon conjoint est lui aussi fragile, mais c'est plutôt rare.

Au contraire, c'est toujours l'arcade crurale qui cède, qui déchire.

L'aiguille ou le fil ont beau être ténus, leur passage dans les tissus délicatement réalisé, le trou créé par le matériel, aiguille et fil, devient une petite fente qui sous la traction, même légère et lentement progressive, s'élargit et s'allonge; les orifices de passage des fils se sont étendus et rejoints dans le sens transversal, en d'autres termes, l'arcade déchire, s'effiloche à l'endroit des perforations et des tractions, même à son point le plus résistant, à la bandelette ilio-pubienne de Thompson; de sorte que parfois sitôt l'opération terminée, la hernie est en puissance de récidive, en raison des fibres de l'arcade qui cèdent déjà ou cèderont tôt ou tard. L'arcade crurale, n'est donc pas, « la base solide de la région ».

Nous aurons toujours l'heureuse possibilité d'être excusé ou excusable d'une récidive, surtout en plaidant la fragilité tissulaire congénitale ou acquise de l'opéré.

Cela peut exonérer de tout blâme, mais ne prévient ou ne répare en rien les choses. Il faut donc trouver, pour le conjoint, un point d'attache aussi résistant, sinon plus fort qu'il ne l'est lui-même. Nous trouverons toujours ce point d'attache dans le ligament de Cooper, ligament très puissant et très solide fortement adhérent à l'os.

A son extrémité interne, il est d'atteinte facile, puisqu'il remonte vers l'épine du pubis; mais plus en dehors il s'enfonce vite et profondément au fur et à mesure qu'il se rapproche de l'anneau crural.

Mais il ne nous a jamais semblé inaccessible lorsque l'on sait utiliser les instruments appropriés, et avec le concours d'assistants avertis qui patiemment savent maintenir les écarteurs comme il sied. Il faut donc traiter la hernie inguinale comme une hernie crurale,

c'est-à-dire fixer le tendon conjoint, élément de résistance de la paroi postéro-supérieure, à un point inférieur ne cédant pas à la traction continue, et non pas à la bandelette fibreuse d'épaisseur négligeable qu'est le bord postérieur de l'arcade. Ce point inférieur résistant, c'est le ligament de Cooper.

Technique

a) Incision cutanée habituelle.

b) Longue incision de l'aponévrose du grand oblique.

c) Isolement du cordon.

d) Ouverture, résection, ligature du sac, au delà du collet le plus haut possible, manœuvre de Barker.

e) Récliner le cordon.

f) De la pointe des ciseaux courbes mousses suivre la face supérieure du ligament de Cooper. L'isoler en veillant à ne pas déchirer les véinules qui se trouvent à son contact. (L'anastomose épigastrique-obturatrice, doit exister que bien rarement, nous ne l'avons pas encore rencontrée).

g) Les ciseaux courbes mousses, maintenus pour l'aide, protègent le péritoine; a l'aide d'une aiguille de Reverdin courbe, ou de l'aiguille pour hernie crurale de Pouliquin, ou d'une aiguille ordinaire très courbe et très forte montée sur porte-aiguille courbe, passer successivement deux, trois ou quatre crins couplés iodés dans le Cooper. (Il est plus facile en effet de passer les fils en commençant vers l'épine du pubis).

h) Passer de haut en bas les chefs supérieurs des fils dans la portion fibreuse du tendon conjoint.

i) Nouer. En nouant on voit nettement le tendon s'abaisser profondément et arriver au contact du Cooper. On peut maintenant passer plus en dehors deux ou trois fils unissant la bandelette ilio-pubienne du conjoint, sans risquer de voir l'arcade se déchirer sous la traction de ce tendon solidement amarré au Cooper.

j) Laisser le cordon reprendre sa place et suturer les deux lèvres de l'aponévrose du grand oblique par des crins simples iodés perdus, nœuds profonds.

k) Quelques points séparés au catgut 00 sur le tissu cellulo-graisseux.

l) Peau et tissu cellulaire, crins simples.

Telle est la technique que nous avons systématiquement employée depuis le 12 novembre 1934. Nous l'avons utilisée à l'instar d'André

Folliasson, de C. Léonte de Bucarest, de Cadenat qui utilise un procédé à peu près analogue pour la cure des hernies crurales; de Lotheissen et de Dujarier qui dès 1912 se demandait s'il n'y aurait pas, par cette manœuvre un procédé de guérison efficace surtout dans certains cas de hernie inguinale chez des malades opérés plusieurs fois avec distension plus ou moins complète de l'arcade de Fallope. Nous avons donc ainsi opéré personnellement 98 hernies inguinales sans avoir noté jusqu'à présent de récidive.

Sur ces 98 opérés, nous avons eu à enlever des crins perdus du grand oblique chez trois malades. Chez deux d'entre eux, ces crins perdus entretenaient une petite suppuration bien localisée; l'ablation fut d'ailleurs bien facile, à l'anesthésie locale dans un cas, sans anesthésie dans l'autre. Chez le troisième malade nous avons dû réintervenir plusieurs mois plus tard pour enlever à la rachianesthésie tous les crins perdus du grand oblique en raison d'une suppuration persistante assez ennuyeuse; dans ce cas non plus, pas de recidive.

Deux malades âgés présentaient des varicosités jambières ont fait une phlébite du côté correspondant à la lésion, phlébites guéries sans incident.

L'emploi des crins perdus a pu ennuyer certains chirurgiens au point de leur faire rejeter complètement l'emploi des crins perdus pour la réfection des parois. Mais Okinczyc, nous a rappelé récemment, que pour les réparations des parois faibles, éventrations, *hernies,* il croit l'usage des fils non résorbables indispensable, mais à condition de n'en user que pour les plans profonds, loin de la peau et du tissu cellulaire.

Nous n'avons employé que des crins blancs, baignant dans la teinture d'iode, à partir du début de l'opération jusqu'au moment précis de leur emploi, pour éviter plus sûrement la contamination par l'air et les poussières des salles d'opération.

Peut-être aurions-nous eu quelques déboires, si nous avions utilisé des crins colorés, non pas peut-être au bleu de méthylène, mais aux couleurs d'aniline qui peuvent paraît-il provoquer plus facilement des suppurations, voire des ulcérations.

Nous avons pu revoir 31 de nos opérés à des périodes plus ou moins éloignées du jour de l'opération soit:

7, plus de huit mois après l'opération,

5, un mois et demi après l'opération,

3, cinq mois après l'opération,

5, quatre mois après l'opération,

4, trois mois et demi après l'opération,

2, trois mois après l'opération,

5, un mois et demi après l'opération.

Nous n'avons pas revu systématiquement tous nos opérés, en raison du temps limité que nous laisse notre travail hospitalier. Mais en général un malade opéré et récidivé ne tarde pas à prévenir le chirurgien de la récidive survenue.

Nos résultats semblent donc heureux; aussi continuerons-nous à utiliser le même procédé avec le même matériel de suture pour la cure radicale de nos hernies inguinales.

RECUEIL DE FAITS

EST-CE LA GRANULIE ?[1]

Par Albert LeSAGE,

Professeur de clinique à l'Université de Montréal,
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame,

Le 5 avril, on transporte à l'hôpital Notre-Dame, dans le service de chirurgie, un jeune homme âgé de 16 ans accusant, depuis huit jours, des douleurs vagues à l'abdomen, siégeant surtout à gauche et accompagnées d'épistaxis. Depuis un mois, il ressent aussi des douleurs dans le dos avec sueurs profuses.

L'aspect général est mauvais: asthénique, pâle et fiévreux: température 102 F., pouls 85.

A l'examen on ne trouve pas de ganglions. Aux poumons, la respiration est rude aux deux bases;; matité médiastinale.

Cœur: rien à noter, ni aux autres organes. Seule persiste une faible tension abdominale dans la fosse iliaque gauche. On songe à une typhlo-colite ou à une appendicite, puis, un peu plus tard, à une typhoïde.

On lui donne de la Coramine, 250 c.c. de sérum glucosé et salé isotonique, et un sac de glace sur le ventre.

La *cytologie* du sang nous donne 3,200,000 globules rouges — 6,000 globules blancs. Hémoglobine 75%, polynucléaires 68%.

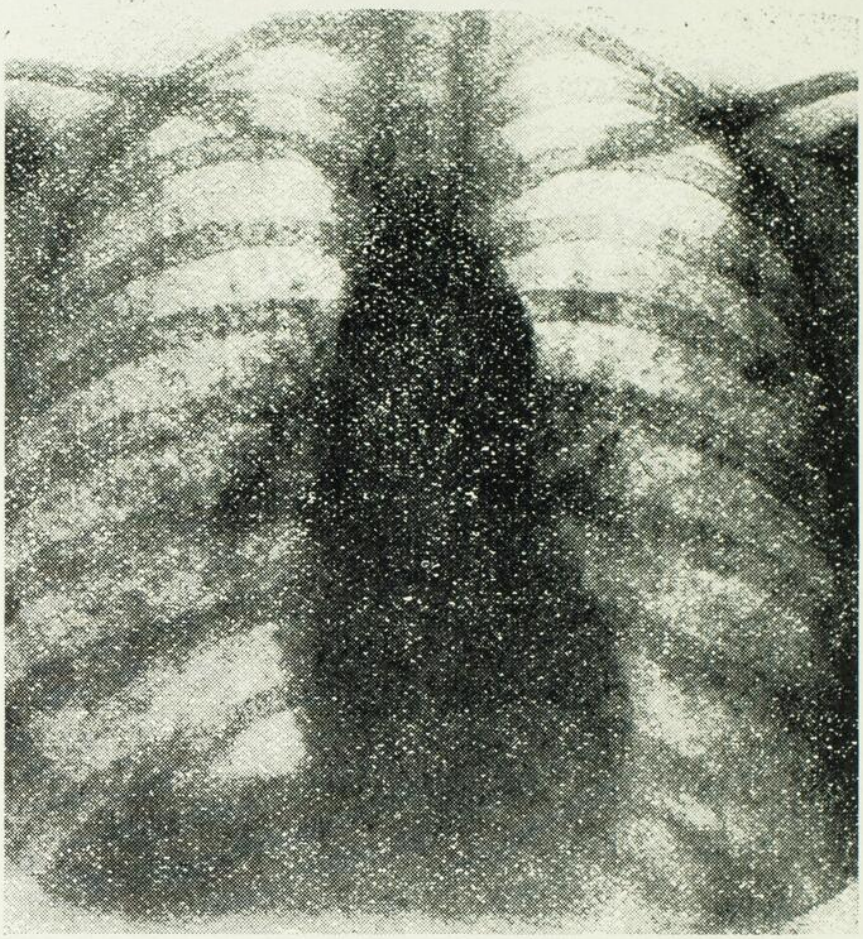
Urines normales. Séro-diagnostic et hémoculture négatifs. Koch négatif.

Le malade, traité comme un typhique, est tenu sous observation dans le service de chirurgie!... La température atteint 104, mais le pouls ne dépasse pas 96. La dissociation est évidente.

La chirurgie y perdant son latin, on fait une requête et on le transporte en médecine sur l'avis de mon assistant, M. Hébert, qui prononce le mot de typho-bacillose posible...

(1) Communication à la Société de Phtisiologie, séance du 14 mai à l'Institut Bruchési.

Bref, le malade entre chez-nous le 12, je le vois le lendemain. Même aspect que précédemment, mais les symptômes généraux sont agravés: la température oscille de 101 à 104 F., le pouls marche à une vive allure, de 96 à 120, 130, 140, sans dicrotisme. La respiration monte de 20 à 30, 40, 45. Ni toux ni expectoration.



Poumons: Le 13, respiration est soufflante aux sommets et rude aux bases. Aucun râle si ce n'est quelques sibilances et des signes d'emphysème.

Le 15, sub-matité aux deux bases, disparition complète du murmure vésiculaire. Respiration rude et saccadée.

Abdomen: Douleurs à la pression, pas de taches, constipation.

Rate à peine percutable.

Tous les examens de laboratoire sont négatifs: Koch, sang, crachets, Eberth dans les selles. L'examen cytologique n'a pas varié. Von Pirquet négatif: anergie complète.

L'évolution se précipite.

En présence de tous ces symptômes: fièvre, tachycardie, pâleur, asthénie, douleurs thoraciques, respiration rude, toux sans expectoration, mauvais état général, avec lucidité et dissémination des signes, examens négatifs pour Koch et Eberth, accélération et modification de la respiration, matité progressive, nous posons le diagnostic de *septicémie tuberculeuse ou granulie.*

Nous pratiquons alors une inoculation des selles, du sang, des crachats, et une radiographie en inscrivant, préalablement, le diagnostic clinique, selon notre habitude: la clinique en premier lieu, le laboratoire ensuite, car le médecin doit posséder un cerveau et une certaine érudition s'il vit loin du laboratoire.

Nous attendons les résultats définitifs de l'inoculation. D'autre part, la radiographie nous fait parvenir la pellicule que voici:

« Dans toute l'étendue des deux plages, des clavicules aux bases, il y a un aspect picté fin ressemblant à ce que l'on observe dans la granulie ». (Laquerrière).

Evolution

Du 15 au 21 le mal évolue rapidement. Les râles sous-crépitants, comme une pluie, envahissent le champ respiratoire, des bases vers les sommets et d'arrière en avant. Le pouls atteint 140, pas d'expectoration. L'hématose est de plus en plus laborieuse et insuffisante. Le teint est plombé, les lèvres et les extrémités des membres, bleuâtres; l'asphyxie accomplit son œuvre, le malade succombe en apnée le 19 avril.

Durant tout le cours de sa maladie il a conservé sa parfaite lucidité. Entouré de ses parents, qui veillent dans un morne silence, il les regarde à tour de rôle, leur parle sans amertume. Il voit plus loin ..... ou plus haut!

Voici le protocole de l'autopsie:

« Tous les organes sont criblés de granulations tuberculeuses depuis la forme miliaire jusqu'à la granulation grise d'Empis; granulations sur les séreuses pleurales et péritonéales. Il n'existe pas d'ulcérations à l'intestin.

« Un ganglion trachéo-bronchique gauche, du volume d'une olive, est transformé en masse caséeuse : tuberculose caséeuse d'un ganglion du hile du poumon gauche. *Granulie.*

« Iléus paralytique ».

(*SIMARD*)

Discussion

1. *Grippe* ? C'est un mot commode et bon enfant. Elle ressemble à sa sœur, la neurasthénie. On en use pour masquer nos hésitations ou notre ignorance aux heures de doute ou de lassitude. C'est, en effet, une pyrexie à forme toxi-infectieuse accompagnée d'une catarrhe des voies respiratoires supérieures : enchifrènement, trachéite avec toux quinteuse, bronchite, même, broncho-alvéolite à crachats hémoptoïques. L'auscultation révèle la présence de râles sous crépitants fins, inspiratoires, surtout aux bases. La douleur est vive, souvent associée à une névralgie costale qui gêne la respiration. La fièvre s'élève soudainement pour retomber bientôt à la normale. Le pouls est accéléré. La céphalée est intense, gravative. La figure est plutôt vultueuse. Bref, il s'agit d'une crise subite apparaissant en pleine santé, une flambée survenant habituellement au cours d'une pandémie semblable à celle que nous avons connue au cours de l'hiver dernier.

Notre malade a-t-il fait quelque chose de semblable au début ? C'est possible, mais rien de tel ne subsiste à son entrée dans notre service. Doit-on incriminer la grippe, qui aurait sonné le réveil d'une ancienne lésion sommeillant dans ce ganglion médiastinal ? Nous pourrions, logiquement, l'admettre. Mais, en ce moment, nous avons brulé l'étape. La *grippe* n'est pas en cause.

II. *Typhoïde* ? Possible. Mais une enquête très précise n'en révèle aucun cas dans son entourage. Il n'a pas quitté la ville. D'autre part, cette maladie n'existe plus guère à Montréal grâce aux mesures de protection rigoureuses du Bureau d'Hygiène. Il y a, néanmoins, une certaine analogie entre celle-ci et l'autre, chez notre malade. Aspect général : pâleur, cyanose, traits affinés de la déshydratation et de l'hyperthermie, céphalée, hyperesthésie douloureuse du thorax et de l'abdomen. Mais, ici, on ne peut déceler aucun foyer de contamination : eau, lait ou porteur de bacilles. D'autre part, le typhique est plutôt indifférent, négatif même — j'en sais quelque chose. — Il y a de la somnolence et une légère obnubilation, l'œil est atone, le ventre est ballonné, on provoque une douleur périombilicale

à la pression, on aperçoit des taches rosées, on note une hypertrophie de la rate, il y a souvent de la diarrhée. Le séro-diagnostic est positif, mais on ne doit pas compter sur ce signe, car le laboratoire est constamment en retard sur la clinique. Les bases pulmonaires sont, chaque fois, congestionnées par hypostase, le pouls est dicrote, il y a des épistaxis, quelquefois du melœna.

Nous comptons quelques-uns de ces signes chez notre malade, mais l'impression générale diffère sensiblement de celle du typhique. Nous écartons ce diagnostic.

III. *Endocardite infectieuse?* Aucun signe d'auscultation ne pouvait justifier un tel diagnostic. Le cœur, en pareil cas, subit l'infection plutôt qu'il ne la provoque ou la dissémine.

IV. *Granulie?* La marche de la température qui se maintient haute et presque sans rémission, la tachycardie qui l'accompagne, le rythme de la respiration, de plus en plus accéléré sous la marée montante de la lobulite et périlobulite, la pluie de râles fins, la fonte rapide des tissus, le signe du trapèze, la mydriase sans inégalité pupillaire, l'intégrité des bruits du cœur, l'anémie, les sueurs profuses, la diversité et la diffusion rapide des signes, graves mais flous, l'anergie complète, nous incitent à faire la diagnostic de *septicémie tuberculeuse.*

Ce qui, malheureusement, fut confirmé par la nécropsie. Voici quelques pièces démonstratives, voyez vous-mêmes (pièces conservées dans l'amide fixateur).

Commentaires

V. *L'intérêt de cette observation?* Il est, dans la confusion du début, bien excusable en vérité. Mais si on évoquait plus souvent toutes les péripéties du drame granulique, on le dépisterait plus tôt.

On pourrait en dire autant, en passant, de l'endocardite infectieuse, trop souvent méconnue à cause de son évolution discrète et septicémique. On doit la rechercher avec attention et persévérance, sinon elle passe inaperçue pour se révéler à l'autopsie. Nous y avons songé ici.

N'oublions pas, en effet, que la granulie rappelle, par son allure clinique, celle d'une septicémie, sans qu'il y ait nécessairement présence constante de bacilles de Koch dans les crachats et le sang circulant. (Sergent.)

Le traitement? celui que vous pensez. On a préconisé les sels d'or au début, qu'en pensez-vous?

Un autre point de vue, c'est le suivant. Existe-t-il, chez ses frères et sœurs des lésions discrètes semblables à celles que nous avons constatées chez notre jeune malade et qui puissent, un jour, évoluer de la même manière?

Nous avons fait cette enquête, voici les pellicules radiographiques.

Conclusion: Un mort, trois candidats futurs; que faire pour eux, en attendant la construction de sanatoriums?...

Les diriger à l'Institut Bruchési qui les avisera sagement pour éviter d'autres drames semblables.

L. B., 31 ans, frère.

Graphie: Exagération de la visibilité des petits éléments de la trame, s'étendant jusque sur les sommets et de dessin précis, sauf aux bases où il existe un très léger flou. Vague voile de la partie interne du sommet droit. Petites calcifications du hile gauche. En somme, séquelles probables de primo-infection, pas de signe net de lésions actuellement évolutives.

LAQUERRIERE

B. B., âgée de 28 ans, sœur.

Graphie: Thorax manquant de luminosité en raison de l'obésité du sujet. Exagération légère de la visibilité des petits éléments de la trame. Peut-être début de petites calcifications dans les hiles.

En résumé, pas de signes nets d'ancienne infection, pas d'images évolutives actuelles.

LAQUERRIERE

R. B., frère.

Graphie: Léger voile aux deux sommets. Aux deux plages, exagération de la visibilité de la trame avec éléments flous dont quelques-uns ont une tendance à l'aspect granité. Les hiles sont gris et contiennent de rares taches calcifiées. Le cœur est un peu gros. Il n'y a pas de déformation thoracique visible.

LEONARD

Tel est le bilan de cette famille. Il y en a tant d'autres!

MANIE AIGUË.
TRAITEMENT PAR LE GLUCONATE DE CALCIUM INTRAVEINEUX

Par Roma AMYOT,

Médecin à l'hôpital Notre-Dame.

Le syndrome maniaque est intimement lié à une exaltation plus ou moins profonde des fonctions psychiques, psycho-affectives et psycho-motrices du cerveau.

Le maniaque est le jouet d'une excitation psychique. Il manifeste avec une luxuriance intellectuelle qui diffère selon son niveau d'intelligence et son bagage culturel, un automatisme idéique et idéo-verbal d'un mécanisme à prédominance associative.

Les réminiscences, les images se bousculent les unes les autres dans l'esprit du malade. Par association, elles s'engendrent réciproquement; elles naissent aussi par induction exagérée de l'ambiance. Ce qui détermine ce phénomène de la « fuite des idées », constant dans la manie, et surtout l'incomplétude de leur élaboration. Elles passent trop rapidement dans le champ de la conscience, comme la projection vertigineuse sur l'écran cinématographique d'un film à déroulement exagérément accéléré, pour que l'esprit puisse les approfondir, les choisir et en apprécier hiérarchiquement la valeur.

L'excitation psycho-verbale impose au malade l'expression parlée, écrite ou mimique instantanée de ces images et de ces idées qui se poursuivent ainsi. Il en découle que, ce qui dans l'esprit du maniaque ne manque pas de logique, est traduit à l'extérieur par une incohérence parfois déconcertante.

Le tonus musculaire est décuplé, les attitudes sont fermes et vigoureuses, très expressives, souvent théâtrales ou extatiques. Le malade éprouve un besoin incoercible de mouvement qu'il ne faut pas, d'ailleurs, entraver outre mesure, et sans danger.

L'exaltation maniaque s'accompagne d'un sentiment de puissance mentale et physique. L'initiative s'accroît, l'activité déborde et les entreprises les plus difficiles paraissent accessibles. L'audace anéantit les obstacles matériels et moraux, les conventions et les convenances.

L'instabilité mentale, d'autre part, rend improductive la suractivité du sujet. Il ne fait qu'effleurer l'exécution de ses multiples projets plus ou moins puérils, incongrus et saugrenus dont son esprit est peuplé.

Rien n'est exécuté à fond. Et il est malheureux qu'une telle énergie mentale, inventive bien souvent, soit dépensée en pure perte.

L'affectivité est toujours considérablement perturbée par l'automatisme maniaque. Le plus souvent, le sentiment de puissance et la suractivité intellectuelle donnent naissance à un état d'euphorie, de bonheur intérieur dont jouit ineffablement le malade, et d'enjouement qu'il manifeste à l'extérieur.

Cependant, la constitution innée du sujet peut colorer fortement l'état affectif. Aussi, l'accès maniaque exagère-t-il le relief d'une tendance paranoïaque, d'une inclination perverse, d'un appoint mythomaniaque. Il se revêtira donc de caractères affectifs divers, dans l'extériorisation et la thématisation de l'excitation psychique fondamentale, de l'agitation motrice secondaire.

A tout événement, le maniaque, qui, d'une part, peut être gai et enjoué, se montre d'autre part habituellement impatient, irritable, et ses sentiments affectifs sont modifiés, parfois complètement inversés. L'hypertrophie passagère de la personnalité affaiblit les sentiments normaux d'affections, alors que la conviction de puissance développe souvent un altruisme artificiel et à substratum égocentrique. L'entrave continue que les parents, les intimes et les conseillers imposent à la réalisation des projets saugrenus et délirants, est en grande partie la cause des réactions coléreuses et violentes.

Le sens sexuel est excité; il conduit à l'érotisme actif et entreprenant, même chez les sujets les plus naturellement réservés.

Le mysticisme outré, par contre-partie, peut se montrer chez des malades les moins religieux dans la vie courante.

Enfin, la manie est la plus intéressante des maladies mentales, la plus pittoresque. En de nombreuses circonstances, elle est la plus amusante, non seulement pour le malade, mais pour le médecin.

J'ai vu des maniaques intelligents et cultivés dont l'activité intellectuelle assez coordonnée animait la conversation d'un feu crépitant de fines et spirituelles réparties. Leur vivacité d'esprit, la spontanéité de leurs remarques, la souplesse qu'ils montraient au jeu de l'humour et de la fine ironie constituaient un vrai régal de la pensée intercommuniquée. A cet égard, le syndrome maniaque de moyenne intensité, opérant sur des sujets moralement doués, devient une expérience

STELLIDINE

(Ancienne dénomination: "Rhodistine")

Solution aqueuse et stérile d'Histidine à 4%

POUR LE TRAITEMENT DES ULCÈRES GASTRIQUES ET DUODÉNAUX

Des résultats favorables ont été rapportés à la suite de l'emploi de la **STELLIDINE** dans les affections suivantes:

1. Ulcères d'estomac, quelle que soit leur localisation;
2. Ulcères duodénaux.

●

La **STELLIDINE** "POULENC"

est un produit d'une pureté absolue, préparé dans nos Laboratoires,

offre toutes les garanties possibles de tolérance parfaite et d'efficacité thérapeutique,

est vendue à un prix modique, en boîtes de 6 et de 50 ampoules de 5 c.c.

LABORATOIRES POULENC FRÈRES
du Canada, Limitée
350, rue Le Moyne - - Montréal



Dans l'OBSCURITÉ.

On dit que : "La nuit, tous les chats sont gris". Toutes les émulsions d'huile minérale, si on les examine superficiellement, peuvent paraître semblables. Mais observez Agarol d'une façon approfondie et vous le trouvez unique dans sa catégorie.

Aucune autre émulsion d'huile minérale ne surpasse Agarol en efficacité. Aucun autre produit ne peut lui être comparé quant à la saveur et à l'absence de goût huileux. Les soins minutieux apportés à la préparation de l'Agarol—les ingrédients de qualité exceptionnelle qui entrent dans sa composition, le caractérisent vraiment comme un produit unique.



L'AGAROL est présenté en bouteilles de 6, 10 et 16 onces. La dose moyenne pour adultes est une cuillerée à soupe.

Si vous avez observé les désappointements causés, par l'usage d'émulsions d'huile minérale de qualité incertaine, dans le traitement de la constipation, nous croyons que vous serez intéressés à mieux connaître le principe fondamental qui a su faire distinguer l'Agarol des autres produits similaires.

● *Nous serions heureux de vous fournir l'occasion d'essayer l'Agarol. Ecrivez pour demander un échantillon généreux d'essai.*

WILLIAM R. WARNER & CO., LTD., 727 King St. W., Toronto, Ontario.

spontanée de vivante psychologie. Il démontre, en fonction, la richesse infinie et la subtilité des associations d'images et d'idées du processus de la pensée, qui correspondent à l'extrême complexité du fin réseau fibrillaire associatif du cortex cérébral que nous montre l'histologie nerveuse.

Le syndrome maniaque apparaît sous l'effet de nombreuses causes. Les infections, les intoxications aiguës et chroniques peuvent déclancher l'accès maniaque.

La paralysie générale débute souvent par une excitation psychique qui a tout de l'hypomanie, en plus des caractères particuliers qu'elle lui imprime. La ménopause, l'involution sénile, certaines lésions cérébrales en foyers qui bouleversent les circulations sanguine ou céphalo-rachidienne sont capables de causer la manie.

Il n'en reste pas moins vrai qu'elle est le plus souvent partie intégrante de la maniaco-dépressive de Kraepelin, encore appelée psychose périodique, ou folie intermittente, correspondant à la folie circulaire et à double forme de Fabret et Baillarger.

La maniaco-dépressive, classée dans la catégorie des vésanies, est une maladie mentale habituellement héréditaire, dont on ignore le substratum anatomique et la cause biologique exacte. Elle se produit par des accès, soit maniaques, soit mélancoliques, habituellement intermittents et séparés par des intervalles de complète normalité mentale ayant une durée de plusieurs mois ou même d'années. Ces accès peuvent être à forme unique ou encore à forme alternée.

Le traitement des accès de la maniaco-dépressive est symptomatique. Au cours de la manie, on tente de calmer l'exaltation psychomotrice, par l'isolement et le calme, par l'hydrothérapie prolongée, par des sédatifs médicamenteux.

Il semble que la pyrothérapie possède une action efficace et abrège l'évolution de l'accès maniaque.

L'insomnie doit être combattue, afin d'amener le repos du corps et de l'esprit. La dépense d'énergie qu'entraîne l'agitation maniaque doit, de toute nécessité, incliner le médecin à provoquer le sommeil de son malade. Elle doit aussi le forcer à recourir, dans certaines circonstances, au gavage par le tube introduit, par une des fosses nasales, dans l'œsophage. Autrement, l'insomnie, le jeûne morbide, l'agitation incessante entraîneraient le malade vers l'épuisement, la défaillance du cœur, l'acidose et la mort.

C'est le problème auquel j'ai eu récemment à faire face et que j'ai heureusement et très rapidement résolu par une médication qui

n'est pas nouvelle, mais non employée dans la manie. Ce résultat très favorable m'a porté à rapporter l'observation de la malade et à communiquer l'effet radical d'une thérapeutique facilement utilisable.

Observation (29 mars 1937).

L. V., 19 ans, est depuis 2 jours en état d'excitation psychique et d'agitation motrice incessantes et prononcées. Elle n'a pas dormi depuis 2 nuits; elle a, à peine, mangé. Ses parents sont bouleversés par le comportement étrange de leur enfant. Ils sont constamment sur le qui-vive, afin d'éviter des actes de violence et des esclandres à l'extérieur. On m'a demandé, afin d'améliorer l'état de la malade et la situation de la famille.

Au premier examen, je note: jeune fille amaigrie, au regard brillant, aux pommettes rouges, aux paupières bistrées et au facies animé. Paroles sans arrêt. Fuite des idées. Induction par ambiance. Grossièreté. Désaffection à l'égard des parents. Violences. Refus de nourriture. Insomnie totale.

Emphase déclamatoire, Projets nombreux et variés. Attitude théâtrales. Réminiscences diverses. Chants. Cris. Attention instable. Propos amoureux, sans érotisme. Pas de perversité ni méchanceté.

Je conseillai à la famille de conduire la malade dans une maison de santé où elle pourra être plus facilement traitée et surtout isolée. Ce qui fut fait, le 30 mars.

L'agitation persista pendant 14 jours, constante, avec chants, cris et logorrhée continuelle.

La voix devint rauque. La malade s'alimenta très insuffisamment et se dénourrit. Pendant 10 jours environ (du 5 au 15 avril) la température rectale oscilla entre la normale et 104 Far. On fut obligé de recourir au gavage pendant 5 jours et au cathétérisme vésical pendant le même laps de temps. L'agitation fut partiellement calmée au début par des sédatifs; le Dial, en injection intramusculaire, fut particulièrement actif, à cet effet, à la dose de 2 ampoules par 24 heures. Mais bientôt l'action des calmants s'épuisa et l'agitation, même, augmenta.

A tout événement, vers le 13 avril, l'état de la malade devint alarmant. La température rectale se maintenait alors entre 101 et 103° Far., les lèvres étaient tuméfiées à la suite de morsures répétées et l'agitation incessante de la malade sur son lit avait occasionné, par usure de la peau, de larges plaies aux membres et aux parties saillantes du bassin et du siège. Constatant que les sédatifs habituels, en particulier les barbituriques et les opiacés, n'agissaient plus aux doses moyennes, mais au contraire semblaient exalter l'agitation, ne voulant pas, d'autre part, recourir à des doses héroïques qui auraient augmenté l'intoxication et pouvaient, agissant sur un organisme épuisé, provoquer une inhibition excessive et dangereuse, je décidai de me servir du *gluconate de calcium en intraveineuse.*

Le soir du 13 avril, j'injectai 20 c.c. de gluconate de calcium à 10%; la nuit fut meilleure que les précédentes. Le lendemain matin, une dose de 10 c.c. fut injectée; la malade eut une journée beaucoup plus calme, elle demeura même assise dans un fauteuil pendant une heure. Pendant de longs moments, elle causa sensément avec son infirmière.

Les 15 et 16, la même médication fut renouvelée aux mêmes doses. Les nuits furent bonnes, la malade dormant environ pendant 5 ou 6 heures.

Le 17 avril, la malade était calme, très lucide, elle reçut ses parents, mangeait seule; elle était physiquement abattue et légèrement déprimée.

Le 19 avril, légère agitation pendant quelques heures; la nuit du 19 au 20 avril fut moins bonne. Depuis le 17 avril, la malade ne recevait plus que 10 c.c. de calcium, le matin et le soir.

A partir du 19 avril, on lui administra 20 c.c. de calcium dans les veines, chaque soir vers 8 heures.

La convalescence s'installa définitivement. Les injections furent cessées le 23 avril et la malade retourna chez elle après un mois d'hospitalisation, mais après 10 jours seulement de médication calcique.

Cette malade a encore ses parents, qui sont en bonne santé. Une sœur et un frère vivent et sont dans un bon état de santé.

Elle a eu la rougeole, la coqueluche et la varicelle.

Elle est normalement menstruée.

Il y a quatre ans, elle a eu une *dépression nerveuse* qui a duré quelques semaines. Elle est d'un tempérament très impressionnable, s'inquiète constamment de la conduite de son père et de sa sœur; elle s'occupe aussi outre mesure des activités du ménage. Elle souffre de courtes périodes de dépression (quelques jours) pendant lesquelles elle demeure couchée et n'a aucun goût ni appétence pour les distractions et les occupations de la vie courante.

Aucune maladie mentale avouée dans la famille, aussi bien du côté paternel que maternel. La malade n'a jamais eu d'accès maniaque. Cependant, vu les antécédents dépressifs, il y a tout lieu de mettre son accès maniaque actuel sur le compte d'une maniaco-dépressive.

Commentaires

Je ne tirerai aucune conclusion doctrinale de cette observation. Je connais trop les caprices de l'évolution des accès mélancoliques et maniaques de la folie intermittente, leur début dramatique et leur terminaison parfois si subite, pour me prononcer catégoriquement sur l'effet apparemment si radical de la médication calcique sur cette malade.

D'autre part, il y eut coïncidence exacte entre le début de l'administration des injections intraveineuses de calcium et le changement complet du comportement psycho-moteur. En effet, au moment où la maladie prenait une allure alarmante, où la médication sédative classique n'était d'aucune utilité et paraissait même aggraver le syndrome, la mise en œuvre de la thérapeutique au calcium intraveineux amena le calme, le sommeil et la lucidité. Et je fus le premier à m'étonner de ce changement; jamais je n'avais espéré obtenir, par le calcium que j'essayais en dernier ressort, un arrêt aussi soudain dans l'évolution de la maladie. Même, si j'admettais

l'efficience thérapeutique du calcium auprès de cette malade, je ne pourrais me prononcer sur le mécanisme intime de son action.

On connaît bien la propriété sédative du calcium, et j'ai constaté que certains malades avaient une période de sommeil après l'injection intraveineuse d'un gramme de calcium.

S'est-il agi d'une action purement sédative et symptomatique? Ou bien le calcium a-t-il corrigé certain déséquilibre du métabolisme minéral qui contribuait à entretenir la manie de ma malade? Je ne puis, encore une fois, me prononcer.

Ce travail n'a que ce but: *faire connaître l'évolution du syndrome maniaque d'une malade traitée par le gluconate de calcium en injection intraveineuse.*

Je demanderais aux confrères qui ont l'occasion de traiter fréquemment des malades semblables d'essayer cette médication, afin de pouvoir en apprécier la valeur curative réelle dans la manie.

S'agit-il d'un résultat isolé, dû au hasard ou à un autre facteur plus défini, mais non identifié?

S'agit-il d'une thérapeutique vraiment efficace? Il serait utile de le savoir, car, dans la dernière alternative, le calcium pourrait, dans la manie, rendre des services appréciables.

Ce traitement est complètement inoffensif. Nous avons une certaine expérience du calcium administré par voie veineuse. Jamais nous n'avons observé la moindre réaction dangereuse.

Il arrive, parfois, que l'injection soit accompagnée d'une céphalée qui régresse, par ailleurs, assez rapidement.

Presque toujours, elle est marquée par une sensation de chaleur qui parcourt tout l'organisme, mais est particulièrement forte à la tête, par une saveur de craie perçue dans la bouche.

Bien faite dans la veine, l'injection n'est pas douloureuse.

Quoi qu'il en soit, je puis assurer que le calcium intraveineux est un sédatif appréciable qui peut rendre des services; auprès d'insomniques, par exemple, qu'on ne désire pas soumettre à un traitement barbiturique; aux petits anxieux et peut-être aux grands, qu'il peut calmer sans abattre ni intoxiquer. Il reste à prouver si les maniaques et hypomaniaques peuvent retirer un bénéfice aussi rapide et intégral que chez ma malade.

Avant de terminer ces considérations, je veux attirer l'attention sur l'hyperthermie de ma malade, qui eut une durée d'une dizaine de jours. Cette hyperthermie n'était pas causée par une infection. Elle était plutôt la conséquence de l'intoxication produite par l'agita-

tion constante, la veille prolongée, et peut-être aussi par la rétention intestinale et rénale. Une glycosurie abondante, au début de sa maladie, démontra la viciation de son métabolisme. Par ailleurs, ne doit-on pas lui attribuer la cure rapide du syndrome maniaque? Car la pyrétothérapie possède sûrement une action heureuse sur la manie, au moins de moyenne intensité; beaucoup plus que sur l'accès mélancolique. Et à ce propos j'ai le souvenir d'une guérison rapide d'une hypomaniaque qui avait été soumise à un traitement gardénalique. Elle présenta de l'intolérance à ce médicament, eut un rash scarlatiniforme généralisé avec une hyperthermie suivie de la disparition instantanée de son agitation.

Il est possible que ma malade ait été influencée heureusement par son hyperthermie. Il est peu probable qu'elle ait été guérie par elle. Cette impression est basée sur la coïncidence, encore une fois, trop chronologiquement étroite entre l'administration du calcium et l'amélioration impressionnante de son état psycho-moteur.

PETITE CLINIQUE

L'ÉRYTHÈME DU 9e JOUR

Par Albéric MARIN
Chef du Service de Dermato-Syphiligraphie à l'hôpital Notre-Dame.

Voici un homme, âgé de 38 ans, qui se présente avec une rougeur vive et généralisée à presque tout le tégument.

Cet érythème, rouge vif, recouvre avec plus d'intensité le tronc, la partie supérieure des membres, la face. Il se compose de taches nummulaires ou plus petites qui en certains endroits, par coalescence, forment des placards. Entre ces éléments se montrent des espaces de peau saine.

La face et les paupières sont œdématiées. Il y a une conjonctivite légère. La muqueuse buccale est rouge.

La température s'élève à 100°.

Au sillon balano-préputial, il existe une petite exulcération arrondie, à bords bien délimités et non décollés, à fond plat et lisse, de couleur chair musculaire. Aux aines, l'on note la présence de petits ganglions mobiles, non douloureux, non empatés.

* * *

Son histoire est la suivante:

Il y a environ trois semaines ce malade s'aperçoit de l'existence d'une petite érosion indolore sous son prépuce qu'il se contente de nettoyer quelque peu avec de l'eau oxygénée. Au bout d'une dizaine de jours il consulta un médecin qui après avoir fait faire une recherche à l'ultra-microscope lui révéla qu'il s'agissait d'un chancre syphilitique. Il reçoit alors une injection intraveineuse de novarsénobenzol, suivie d'une seconde cinq jours plus tard. Ces deux injections donnèrent lieu à aucun incident immédiat. Mais le lendemain de la deuxième piqûre, cet homme éprouva quelques malaises généraux, un peu de céphalée, de vagues douleurs articulaires, eut des nausées, avec une fièvre qui monta à 103°. Cet état fébrile dura trois jours et après une dernière nuit plus agitée que les précédentes, il vit apparaître hier matin cette rougeur qui s'accentua en se généralisant et qui aujourd'hui a une apparence morbiliforme.

En somme voici un individu qui dix jours après l'apparition d'un chancre syphilitique reçoit une injection de 914 et qui 9 jours après celle-ci fait une éruption érythémateuse morbilliforme, avec état général fébrile.

* * *

De quoi s'agit-il?

En dépit de son aspect, on ne peut croire à de la rougeole, vu l'absence du catarrhe oculo-nasal et du signe de Koplick.

Il ne peut non plus s'agir de la roséole syphilitique qui se présente sous forme de petites taches rosées lenticulaires, siégeant aux flancs, au tronc, mais épargnant la face. De plus, l'explosion secondaire se montre environ 6 semaines après le début du chancre.

Nous n'envisageons l'érythrodermie œdémato-vésiculeuse post-arsénobenzolique que pour l'exclure. Celle-ci survient d'ordinaire vers la fin de la première série d'injections et s'accompagne d'un suintement intense. Elle dure de quatre à six mois.

Nous assistons ici à l'explosion d'un érythème du 9e jour, incident survenant parfois chez des malades recevant de l'arsénobenzol, du bismuth, du mercure, de l'or (plus fréquemment avec le 914 qu'avec les autres médicaments).

* * *

Cet érythème du 9e jour (que par abréviation nous désignerons désormais par le signe: E.9 est une réaction biotropique.

Le Biotropisme peut se définir: le réveil de microbisme latent dans un organisme vivant. (Milian).

Le biotropisme est direct lorsque le médicament administré augmente ou multiplie les lésions contre lesquelles il est dirigé. La virulence du micro-organisme causal en est exaltée. La réaction d'Herxheimer en est le meilleur exemple. Celle-ci s'observe bien chez un syphilitique porteur d'accidents secondaires qui reçoit une injection de 914. S'il existe aux flancs une roséole discrète, composée de quelques éléments on verra 12 - 24 heures après la piqûre non pas une atténuation mais une dissémination de cette éruption. De nouveaux éléments apparaissent brusquement çà et là en nombre très considérable. S'il existe de la céphalée, celle-ci s'aggrave. S'il y a des vestiges de chancre, celui-ci devient plus turgescent.

Bref, le médicament n'a pas atténué la virulence de l'agent morbide mais il en a momentanément exalté les efforts.

Le biotropisme est indirect quand les virus latents dont nous sommes porteurs et qui nous habitent sans donner de signes de leur présence sont stimulés par l'administration d'un médicament « donné pour une autre maladie », (arsénobenzol ou autres).

Ainsi un malade recevant du 914 pourra à la suite d'une piqûre faire un zona, de l'herpès, du pityriasis rosé (que plusieurs croient être d'origine microbienne) ou encore de l'E.9. Il est bien entendu qu'il n'est pas nécessaire que le malade soit syphilitique pour présenter ces relations biotropiques. Ainsi nous avons observé dernièrement un cas typique d'E. 9. chez un malade non syphilitique souffrant d'angine de Vincent et qu'on avait traité par du 914.

Nous avons déjà vu un grave zona intercostal apparaître à la suite d'une piqûre de Crisalbine dans un cas de lupus érythémateux.

De multiples observations ont relaté des faits analogues par l'administration de bismuth ou de mercure.

Pour en revenir à l'E.9 celui-ci peut être morbilliforme, ou scarlatiniforme ou rubéoliforme ou encore simuler l'érythème polymorphe.

Les choses se passent d'habitude de la façon suivante: environ 6 jours après la première piqûre de 914, le sujet éprouve du malaise, des courbatures, de la céphalée, des nausées; une fièvre s'installe qui donne des montées vespérales de 101° et 103°. Puis brusquement après 2 - 3 jours de cet état général, c'est-à-dire vers le 9e jour après l'injection éclate une éruption érythémateuse (morbilliforme — scarlatiniforme — rubéoliforme — polymorphe) qui se généralise rapidement.

Les signes généraux disparaissent en 3 - 4 jours. L'éruption dure environ 8 - 10 jours et la desquamation consécutive environ en trois semaines, sans laisser de séquelles.

L'E.9 n'est pas un accident d'intoxication. Il survient, en effet, d'emblée chez un sujet neuf, dès la première administration du médicament, si minime soit-elle.

L'E.9 ne peut non plus, être assimilé aux autres réactions d'intolérance comme la crise nitritoïde. Celle-ci survient chez un individu avec parfois de petites doses il est vrai, mais se répète à chaque dose nouvelle, s'aggrave même, peut devenir mortelle.

L'E.9, réaction biotropique, est dû à un autre mécanisme. Le novarsénobenzol n'en est pas la cause, il n'en est que *l'occasion*.

En dépit de la tyrannie des apparences, l'E.9 qui nous le répétons n'a rien à voir avec l'intoxication ou l'intolérance *ne constitue pas une contre-indication à l'arsénothérapie*.

Rien ne s'oppose à poursuivre le traitement par le même médicament à la posologie habituelle. Cette réaction biotropique étant passée, l'on voit ces malades recevoir par la suite des doses multiples et fortes sans aucun inconvénient.

Et cette notion est de la plus haute importance puisqu'elle permet de pouvoir continuer l'utilisation d'un puissant anti-luétique alors que par pusillanimité on serait tenté de l'abandonner.

MOUVEMENT MÉDICAL

DIAGNOSTIC DE LA TYPHOÏDE ET DES PARA-TYPHOÏDES PAR LA MÉTHODE DE WELCH ET STUART

Par Albert BERTRAND,
Professeur agrégé à l'Université de Montréal,
Chef-adjoint au laboratoire de l'hôpital Notre-Dame.

Le diagnostic sérologique de la typhoïde est demeuré longtemps, à peu de modifications près, tel que Widal l'avait établi. Ainsi conçue, la méthode a rendu des services indiscutables bien qu'il soit également admis qu'elle n'a pas toujours correspondu à la réalité des faits cliniques. Maints « séros », en effet, sont demeurés négatifs alors qu'il s'agissait de typhoïde authentique.

L'explication de cette dissociation nous est fournie par les travaux de Smith et Reagh, ceux de Weil et Félix et ceux d'Arkwright.

En étudiant l'agglutinabilité du bacille du choléra des porcs, Smith et Reagh ont constaté que la forme bacillaire normale, mobile, flagellée n'agglutinait pas de la même manière que la variété immobile du même micro-organisme. Après de multiples recherches, Smith et Reagh ont conclu que le bacille normal, mobile, possédait deux types d'antigènes, l'un contenu dans les flagelles, l'autre fixé sur le corps bacillaire.

D'autre part, Weil et Félix, partant d'une variété de proteus isolé d'un patient souffrant de typhus, ont noté que le bacille normal, flagellé, poussait rapidement sur gélose et donnait naissance à une culture en couche mince couvrant tout le milieu. Ils ont désigné cette forme bacillaire par la lettre « H ». La variété immobile de ce proteus donnait au contraire, sur le même milieu, des colonies isolées. Weil et Félix ont identifié cette dernière variété par la lettre « O ».

Enfin Arkwright a constaté dans le groupe typhique, para-typhique, dysentérique, des modifications marquées dans l'aspect et la forme des colonies microbiennes: des colonies lisses, dites « smooth » ou « S »; et des colonies rugueuses, appelées, « rough » ou « R ». Arkwright a remarqué en plus que ces modifications de la forme des colonies sont souvent accompagnées d'une variation de la virulence du microbe et d'un changement dans sa structure antigénique. Ainsi les formes normales, « S », sont agglutinées spécifiquement par leur sérum anti « S », alors que les formes modifiées, « R », sont agglutinées, non seulement par leur propre anti-sérum, mais en plus par d'autres sérums préparés pour diverses espèces microbiennes à l'état « R » et de parenté éloignée, au sens bactériologique.

Il découle de toutes ces recherches que les bacilles du groupe typhique para-typhique possèdent au moins deux antigènes. L'un, appelé antigène « O », est stable et fixé sur le corps microbien; il caractérise le groupe. L'autre, nommé antigène « H », est instable et porté par les flagelles; il détermine l'espèce.

L'expérience montre en plus qu'un individu inoculé avec des bacilles typhiques « mobiles » développe dans son organisme des agglutinines « H » et « O », alors que celui qui reçoit des bacilles « immobiles » de même espèce ne produit que des agglutinines « O ».

Ces faits ont permis à Félix de préciser les points suivants: [1]

1. La réaction de Widal résultant d'une vaccination se différencie de celle consécutive à une infection intestinale par le caractère de l'agglutination observée.

2. La présence d'agglutinines « H » permet d'établir qu'il s'agit d'une typhoïde s'il est possible d'exclure une infection intestinale antérieure ou une vaccination prophylactique.

3. La présence d'agglutinines « H » pour la typhoïde et les paratyphoïdes, et l'absence totale d'agglutinines « O » chez les personnes inoculées permet d'écarter le diagnostic de typhoïde.

4. La présence d'agglutinines « H » et « O » chez une personne inoculée indique une infection intestinale d'origine indéterminée. (diagnostic basé sur la présence d'agglutinines « O ».)

S'appuyant sur ces données, Welch et Stuart ont mis au point une technique qui mérite, croyons-nous, d'être connue à cause de sa grande simplicité et de sa rapidité [2].

---

1 Value of H and O agglutination technic in routine Widal examinations: Rosemary Bole, Jour. of Lab. and Med. Clin. March 1935 p. 638.

2. A rapid slide test for the serologic diagnostic of typhoid and paratyphoid fevers. H. Welch and C. A. Stuart. J. Lab. and Med. Cl. Jan. 1936 p. 411.

METHODE DE WHIPPLE

HEPATHEMO

DESCHIENS



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

SYNDROMES ANÉMIQUES

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

PULMO-BAILLY

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

PHOSPHO-GAÏACOLATE DE CODEÏNE



LES TOUX, RHUMES ET CATARRHES SAISONNIERS relèvent d'une réaction et d'une infection des voies respiratoires qu'il faut localiser et supprimer.

LES TOUX PERSISTANTES DE LA BELLE SAISON, témoignent de lésions chroniques broncho-pulmonaires qu'il faut cicatriser.

LE PULMO-BAILLY

PAR L'IMPRÉGNATION ANTISEPTIQUE DES VOIES RESPIRATOIRES :

S'OPPOSE à l'extension et **COMBAT** l'infection, **DECONGESTIONNE** la muqueuse, **MODIFIE** les secrétions, **SUPPRIME** la toux et l'expectoration.

PAR SON PHOSPHORE ORGANIQUE DIRECTEMENT ASSIMILABLE :

EXALTE les réactions de défense de l'organisme et les fonctions de nutrition.

LE PULMO-BAILLY

EST LA MÉDICATION COMPLÈTE DE BASE DES AFFECTIONS DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE ET DES INFECTIONS GRIPPALES.

1 CUILLER A CAFÉ AU MILIEU DES REPAS

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

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

Cette technique comporte quatre antigènes différents: 1. un antigène typhique « O »; 2. un antigène typhique « H »; 3. un antigène para-typhique A; 4. un antigène para-typhique B. Sérum et antigènes sont disposés sur une large lame de verre de manière à donner pour chaque antigène les dilutions suivantes: 1/20, 1/40, 1/80, 1/160, 1/320 et 1/640. Après mélange et agitation des réactifs pendant quelques secondes, lecture est faite par transparence. Les réactions positives, nettement visibles à l'œil nu, sont caractérisées par l'apparition de granulations plus ou moins marquées selon le degré de dilution des sérums. Les réactions négatives ne présentent aucune granulation.

Nous avons pratiqué cette technique concurremment avec la réaction microscopique de Widal sur un certain nombre de sérums, et voici les résultats obtenus.

	Widal.	*Welch et Stuart.*	*Remarques.*
1	Eberth neg. Para A " Para B "	Eberth "O" pos. 1/80 Eberth "H" neg. Para A " Para B "	Urémie. Typhoïde il y a 20 ans.
2	Eberth neg. Para A " Para B "	Eberth "O" pos. 1/80 Eberth "H" neg. Para A " Para B "	Infection intestinale banale. Aucun passé typhique.
3	Eberth pos. 1/100 Para A " " Para B " "	Eberth "O" pos. 1/80 Eberth "H" " 1/40 Para A " 1/40 Para B " 1/40	Vacciné par T.A.B. 1936.
4	Eberth pos. 1/100 Para A neg. Para B "	Eberth "O" pos. 1/320 Eberth "H" " 1/320 Para A neg. Para B "	Typhoïde typique.
5	Eberth pos. 1/100 Para A neg Para B "	Eberth "O" pos. 1/320 Eberth "H" " 1/320 Para A " 1/160 Para B " 1/160	Typhoïde typique. Complication: nécrose de la vésicule biliaire.
	(Nouvelle réaction de No 5 pratiquée 7 jours après avec du sérum dilué au 1/5).	Eberth "O" pos. 1/1600 Eberth "H" " 1/800 Para A " faible Para B " 1/100	

Bien que le nombre de cas observés soit insuffisant pour permettre de porter un jugement précis sur la valeur de la technique de Welch et Stuart, il nous permet cependant de constater que les résultats obtenus concordent parfaitement avec ceux fournis par la méthode microscopique de Widal.

Le cas No 5 nécessite toutefois quelques mots d'explication. Il s'agit d'une jeune fille présentant une typhoïde typique compliquée d'une nécrose de la vésicule biliaire. Le séro-diagnostic de Widal pratiqué en août 1936 est franchement positif à l'Eberth. Une première réaction de Welch-Stuart faite le 21 novembre 1936 est positive non seulement avec les antigènes « O » et « H » au 1/320, mais aussi avec les Para A et B au 1/160. Comme la jeune fille ne présentait dans son histoire aucune manifestation de para-typhoïde A ou B et que le traitement en cours ne comporte aucun vaccin pouvant expliquer l'apparition du taux des agglutinines. « A » et « B », nous décidons de pousser plus loin la recherche du taux des agglutinines. Nous obtenons finalement les résultats suivants: Eberth « O » positif au 1/1600; Eberth « H » positif au 1/800; Para A, positif faiblement, Para B, positif au 1/100.

Cette nouvelle épreuve nous démontre qu'il s'agit bien d'une typhoïde vu le taux élevé des agglutinines « O » et « H ». Nous croyons par ailleurs que les agglutinines « A » et « B » présentes doivent être interprétées comme des agglutinines dites normales.

En résumé, la séro-réaction de Welch et Stuart semble fidèle. Elle offre, en outre, l'avantage d'être très rapide; elle ne requiert que quelques minutes pour son exécution.

MÉDECINE PRATIQUE

INFARCTUS DU MYOCARDE [1]

Traitement par le chlorure de sodium

La thérapeutique des infarctus du myocarde reste extrêmement décevante et, dans la plupart des cas, l'évolution de la maladie est rapidement fatale. Toutefois, quelques progrès se réalisent et de nouvelles méthodes thérapeutiques se font jour. A. Tamches vient ainsi de préconiser l'action des injections de sérum salé hypertonique dans les infarctus graves (*Revue de Médecine du Caire*, février 1936). Son attention avait été attirée sur ce traitement par le cas d'un malade qui présentait le tableau classique de l'état de mal cardio-gastro-angineux. L'intensité des vomissements était surtout considérable. Leur analogie avec les vomissements rencontrés dans certains cas d'urémie avec chloropénie amena l'auteur à faire doser le chlore sanguin. Celui-ci se montra tellement diminué que Tamches injecta immédiatement 30 cc. de sérum chloruré hypertonique par voie intraveineuse. Le résultat fut surprenant; le malade qui paraissait agonisant vit sa douleur disparaître et l'état général s'améliora considérablement en moins d'une heure.

Dans le second cas il s'agissait d'un homme de 60 ans atteint d'athérome avancé et chez lequel apparut un tableau clinique analogue à celui du malade précédent. Ni les tonicardiaques, ni la morphine, ni l'emploi d'une préparation à base de choline ne donnèrent de résultats. Tamches ne pouvant se procurer rapidement du sérum salé hypertonique essaya l'action de petits lavements d'eau salée qui furent bien tolérés et firent disparaître les douleurs et les vomissements.

On ne peut évidemment se prononcer d'une manière définitive sur la valeur d'une thérapeutique qui n'a été appliquée que dans un très petit nombre de cas. Toutefois, il est à remarquer que les injections intraveineuses de chlorure de sodium à 5% donnent de bons résultats dans les thrombo-angéites oblitérantes. Enfin, S. C. Feinberg, impressionné par les succès obtenus avec cette méthode dans le traitement des artérites des membres, a préconisé également l'emploi des injections intraveineuses de solutions salines hypertoniques dans l'artériosclérose coronarienne (*The American Journal of the Medical Sciences*, mars 1936). Cet auteur injecte trois fois par semaine 250 cc. de solution chlorurée à 5% en commençant par 100 cc. et en augmentant progressivement de 50 cc. à chaque injection. Une amélioration frappante et continue se

---

1 Extrait de la dernière édition d'un opuscule intitulé « L'année Thérapeutique » publiée par le Dr Rasina agrgé médecin des Hôpitaux de Paris, édité par Masson & Cie 1937, 120 boulevard St-Germain à Paris. On peut se le procurer en s'adressant à la Maison Edde & Cie, New Birks building à Montréal. Facile à transporter pratique.

manifesta chez tous ses malades, qui purent marcher assez longtemps sans douleur précordiale et reprendre une vie plus active.

Feinberg conseille de ne pas pratiquer ce traitement chez les malades, atteints de néphrite chronique, de décompensation cardiaque, d'hypertension dépassant 18 et d'arythmie, exception faite des arythmies extra-systoliques.

Tamches pense, de son côté, que le traitement chloruré a une action manifeste sur l'élément douleur, mais qu'il en a une autre sur l'évolution même des lésions anatomiques en diminuant la zone de l'infarctus. Le chlorure de sodium agirait surtout sur le spasme coronarien surajouté à la lésion, spasme qui déborderait largement la région coronienne oblitérée. Une fois ce spasme vaincu, l'infarctus se limite à une partie infiniment moins étendue du myocarde.

Cette thérapeutique n'a encore été appliquée qu'à un petit nombre de cas. Elle n'en a pas moins donné quelques résultats très favorables. Il semble donc y avoir intérêt à la mettre en œuvre, d'autant qu'elle est facile à pratiquer et tout à fait inoffensive.

RAVINA.

REVUE DES LIVRES

Interprétation du fonctionnement du système nerveux par la notion de subordination, subordination et posture, par Pierre MOLLARET, médecin des Hôpitaux de Paris, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Chef de Laboratoire à l'Instutut Pasteur, Docteur ès sciences, Préface du Professeur L. LAPICQUE, Membre de l'Institut. Un volume de 442 pages, 60 fr. Masson & Cie, éditeurs, 120 boul. Saint-Germain, Paris VI[e].

Depuis le fin du XIXe siècle, notre connaissance du système nerveux a progressé par quelques étapes véritablement révolutionnaires: théorie neuronale de Cajal, action intégrative de Sherrington, mesure de l'excitabilité par la chronaxie de Lapicque et enfin, dernières venues, notion de subordination interneuronale et notion de médiateurs chimiques dans la transmission de l'excitation.

La subordination, « c'est-à-dire au sens le plus large du terme, la modification de l'aptitude fonctionnelle d'un neurone par l'action d'un autre neurone », permet, pour la première fois, d'aborder la compréhension intime du fonctionnement du système nerveux. C'est l'essai d'une telle synthèse qui constitue ce livre.

Après une première partie consacrée à la notion fondamentale de chronaxie et destinée à préciser cette dernière dans l'esprit des lecteurs non familiarisés, l'auteur établit dans une seconde partie, la genèse et la généralisation progressive de la notion de subordination.

Dans la troisième partie qui, représente plus de la moitié du volume, apparaît la réalisation synthétique annoncée, d'abord en ce qui concerne le système nerveux cérébro-spinal, puis dans le domaine du système nerveux végétatif et de ces dépendances endocriniennes et humorales. Parallèlement, se dévoile le mécanisme physico-chimique de la subordination et s'intègrent en cette dernière les acquisitions récentes sur les intermédiaires humoraux de la transmission nerveuse.

A cette mise au point de la documentation actuelle, s'ajoute, dans une quatrième partie, l'étude d'un problème spécial d'expériences et de mesures personnelles: celui des modifications liées aux phénomènes de posture.

L'esprit de l'ouvrage est ainsi jugé, à la fin de la longue préface du Professeur Lapicque: « Ce livre n'est nullement une simple compilation; l'auteur, doublement compétent en neurologie, à la fois clinicien et expérimentateur, s'est spécialisé depuis une dizaine d'années dans le sujet; il a relevé pour sa propre édification et sérieusement lu les très nombreux travaux dont il nous parle avec son appréciation motivée. Bien plus, il apporte à la question toute une série de contributions originales, les unes cliniques, notamment l'analyse du signe de Babinski inversé par la posture; d'autres en pathologie expérimentale sur le singe; enfin et surtout, des expériences physiologi-

ques très fines et très suggestives sur les variations de chronaxie en fonction à la posture chez le chien. Dans ces expériences on voit, bon gré mal gré, intervenir la pensée de l'animal. Il y a là des faits précis et bien déterminés qui, avec les expériences de Drabovitch et Chauchard sur la chronaxie dans les réflexes conditionnés, nous amènent aux confins de la psychologie.

« La théorie est encore bien incertaine; il faudra encore beaucoup de travail avant d'y voir clair. L'ouvrage de M. Mollaret nous présente l'état actuel de la question; il sera consulté avec profit par les chercheurs qui voudraient aller plus loin, comme par tout lecteur désireux de faire, sans plus attendre, connaissance avec ce nouveau et curieux chapitre de la physiologie nerveuse. »

Maladies infectieuses, (deuxième série), **leçons cliniques professées à l'hôpital Claude-Bernard,** par A. LEMIERRE, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie de Médecine. Un vol. de 310 pages, 55 fr. Masson & Cie, éditeurs, 120, boul. Saint-Germain, Paris VI[e].

Le Professeur Lemierre a déjà publié un premier recueil où il a groupé des études cliniques très complètes sur les affections d'origine infectieuse les plus fréquentes et les plus redoutables.

On trouvera dans ce nouveau volume qui le complète 17 études nouvelles portant principalement sur des cas de septicémie, de spirochétose, d'érysipèle, de pharyngo-stomatite, de kala-azar, de paludisme.

DIVISION DE L'OUVRAGE

I. Sur deux cas de septicémie primitive à bacille de Pfeiffer. — II. Sur un cas de septicémie à proteus vulgaris. — III. Sur un cas de septicémie post abortum à bacillus perfringens. — IV. Sur un cas de phlegmon gazeux du cou à bacillus funduliformis consécutif à un abcès péri-amygdalien. Quelques notions nouvelles sur les septico-pyohémies à bacillus funduliformis. — V. Sur un cas de spirochétose anictérique. — VI. Sur quelques cas d'érysipèle suppuré et d'érysipèle gangreneux. — VII. Sur deux cas de maladie de Hodgkin ayant évolué sous l'aspect d'une fièvre ondulante. — VIII. Sur un cas d'anurie scarlatineuse. — IX. Sur un cas d'exanthème hémorragique fébrile postarsénobenzolique. — X. Sur quelques cas de pharyngo-stomatite ulcéro-nécrotique. Pharyngo-stomatites mercurielles et bismuthiques. — XI. Sur quelques cas de pharyngo-stomatite ulcéro-nécrotique. Pharyngo-stomatite d'origine dentaire. Traitement des pharyngo-stomatites ulcéro-nécrotiques. — XII. Sur deux cas de pharyngite ulcéro-nécrotique symptomatique d'une leucémie aiguë. — XIII. Sur un cas de pharyngo-stomatite azotémique. — XIV. Sur un cas de kala-azar méditerranéen. — XV. Traitement du kala-azar. — XVI. Sur quelques cas de paludisme primaire observés à Paris. — XVII. Sur quelques cas de paludisme observés à Paris.



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, Dr en Phie, 9, Rue Paul-Baudry, Paris (8e)

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

POMMADE MIDY

SUPPOSITOIRES MIDY

EPINEPHRINE
STOVAINE
ANESTHÉSINE
EXt DE MARRONS
D'INDE FRAIS STABILISÉ

MIDY
LABORATOIRES MIDY
PARIS-FRANCE
MARQUE DÉPOSÉE

4
PRINCIPES ACTIFS

HÉMORROÏDES

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

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

infections à streptocoques hémolytiques

TRAITEMENT "PER OS" EFFICACE

SULPHANILAMIDE

(para-amino-benzène-sulfamide)

Ayerst

La valeur de la para-amino-benzène-sulfamide dans la prévention et le traitement des infections streptococciques a été démontrée dans de nombreuses observations dans lesquelles les chercheurs employèrent des streptocoques hémolytiques de différentes souches.

Les résultats encourageants de travaux cliniques et de laboratoire * rendent possible la présentation de ce produit au corps médical. "Quoique l'on doive encore poursuivre des recherches pour découvrir toutes les propriétés et les limites de ces médicaments, il est du devoir du médecin de les employer non seulement dans le traitement de l'infection puerpérale, mais aussi dans d'autres cas graves d'infections streptococciques."
("Lancet", 5 déc. 1936).

Sous le nom de "Sulphanilamide", nous présentons au corps médical des comprimés de para-amino-benzène-sulfamide dosés à 5 grains (0 gramme 325) et à 7½ grains (0 gramme 5).

En bouteilles de 25 et 100.

* Bibliographie partielle —
Colebrook, L. & Kenny, M., "Lancet", **1**: 1279 (6 juin) 1936.
Colebrook, L., Buttle, G. A. H. & O'Meara, R. A. Q., "Lancet", **2**: 1323 (5 déc.) 1936.
"Lancet" **2**: 1339 (5 déc.) 1936.
Trefouel, J., Nitti, F. & Bovet D., "C. R. Soc. Biol. Paris", **120**: 756, 1935.

o

AYERST, McKENNA & HARRISON, Limitée
Biologistes et Pharmaciens

MONTRÉAL **CANADA**

Chirurgie des glandes parathyroïdes, par J. BRAINE, Chirurgien des hôpitaux de Paris, Membre de l'Académie de chirurgie, et R. RIVOIRE, Ancien interne des hôpitaux de Paris, Ancien chef de clinique à la Faculté. Un vol. de 174 pages, avec 14 figures et une planche en couleurs, 45 fr. Masson &Cie, éditeurs, 120, boul. Saint-Germain, Paris VI[e].

La chirurgie physiologique est à l'ordre du jour. Le chirurgien doit être aujourd'hui doublé d'un biologiste. Guidées par les précisions acquises récemment sur les fonctions, sur le rôle bio-chimique des glandes endocrines, des entreprises chirurgicales à visées physiologiques ont été dirigées vers ces glandes à sécrétion interne, afin d'en modifier l'activité hormonale.

A ce point de vue, il n'est pas d'exemple plus probant que celui de la chirurgie des parathyroïdes; il n'est point d'autre champ d'action de l'endocrino-chirurgie qui nous ait valu d'aussi heureux résultats. Ces glandes président à la régulation du métabolisme phospho-calcique et à la répartition dans l'organisme des sels de chaux. Des données physiologiques précises ont été établies, dont la clinique s'est emparée: ainsi, des indications chirurgicales ont pu être posées, qui se précisent chaque jour davantage.

Depuis l'opération princeps de Mandl, qui date de 1925, les adénomectomies parathyroïdiennes pour ostéite fibro-géodique se sont multipliées et le nombre des interventions pratiquées sur les parathyroïdes non adénomateuses s'est accru considérablement au cours de ces dernières années. Des parathyroïdectomies ont été pratiquées dans certaines formes d'ostéodystrophies, de polyarthrites rhumatismales, de sclérodermie, de calculose urinaire et dans toute une série d'affections diverses où l'hyperparathyroïdisme paraissait devoir être incriminé.

Des résultats incontestables ont été obtenus. A côté de succès magnifiques, principalement obtenus dans les cas d'ostéite fibro-géodique opérés au début de leur évolution, des résultats temporaires et des échecs ont été enregistrés.

Il importait de codifier, de canaliser, parfois même de réfreiner cette chirurgie jeune et chargée d'espoirs, en en examinant les données et les résultats avec une objectivité et une impartialité absolues. Tel est le but du livre de Braine et Rivoire; on y trouvera exposées les bases actuelles de la chirurgie parathyroïdienne: biologie, expérimentation, clinique et technique opératoire.

Les auteurs ont insisté spécialement sur les tests les plus récents qui permettent d'évaluer pratiquement le fonctionnement des parathyroïdes, ainsi que sur les résultats opératoires obtenus. Ils précisent les moyens de recherche et d'identification des glandules normales et adénomateuses.

De nombreuses figures et planches originales, dont une en couleurs, dessinées d'après nature, illustrent leur exposé. Une disposition typographique particulière du livre en rend aisée la lecture et facile la mnémotechnie: chaque chapitre est suivi d'un résumé synthétique clair et concis, qui met en vedette sous forme de « conclusions pratiques » les notions essentielles et précises qui viennent d'être plus longuement analysées.

Le chirurgien devant l'état puerpéral, par M. METZGER, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Accoucheur à l'hôpital Bichat. Préface du Professeur HARTMANN. Un volume de 335 pages, avec 40 figures, 52 fr. Masson & Cie, éditeurs, 120, boul. Saint-Germain, Paris VI[e].

Le Chirurgien devant l'Etat Puerpéral...

Le chirurgien de chirurgie générale est assez souvent appelé à donner ses soins à une femme enceinte; dans certaines circonstances plus rares on le demande au cours du travail ou dans les suites de couches. Il lui est difficile et parfois impossible de se récuser et de s'effacer devant l'accoucheur. Or bien des particularités de l'état puerpéral lui échappent; il ne peut trouver les renseignements dont il aurait besoin qu'en feuilletant les livres d'Obstétrique. Ces derniers traitent souvent très rapidement certaines questions chirurgicales obstétricales.

Dans cet ouvrage le Dr Metzger met au point les différentes questions qui peuvent embarrasser un chirurgien appelé auprès d'une malade en état puerpéral.

Dans les premiers chapitres il montre comment il faut reconnaître la grossesse dès le début: y penser toujours et d'abord chez toute femme qui a une absence de règles ou seulement un trouble menstruel. L'auteur étudie les grossesses utérines anormales peu connues et souvent méconnues. Le chapitre sur la grossesse extra-utérine prend une allure spéciale « du point de vue accoucheur » en particulier quand la grossesse ectopique se poursuit jusqu'au voisinage du terme.

Un long chapitre est consacré à l'avortement et à son traitement, toujours d'actualité. L'étude de l'œuf abortif et du mécanisme de l'avortement conduit à un traitement rationnel qui offre le maximum de chances de guérison pour la malade et que l'auteur a mis au point.

Le traumatisme puerpéral et obstétrical est traité longuement, organe par organe. A l'occasion de la *rupture utérine* l'auteur montre que le chirurgien peut avoir à intervenir pour un accident strictement obstétrical, même s'il ne fait jamais d'accouchements et pourtant de sa décision et de sa compétence dépend la vie de la femme en danger de mort.

Les lésions de l'appareil génital, en particulier de l'utérus et des ovaires, les affections des seins au cours de la puerpéralité forment des chapitres que le chirurgien lira avec intérêt, car ils constituent une mise au point actuelle de ces diverses questions.

La conduite à tenir dans l'*infection puerpérale* du « post partum » est exposée selon les idées les plus récentes qui diffèrent considérablement de celles qui étaient admises il y a seulement vingt ans.

Après avoir envisagé les conséquences possibles des opérations ayant porté sur l'appareil génital, l'auteur donne des précisions sur la technique détaillée des interventions que le chirurgien doit savoir exécuter correctement (les césariennes en particulier) car dans bien des cas on s'adresse à lui comme « au plus compétent ». Si la technique chirurgicale pure peut lui sembler assez facile, la partie obstétricale concernant l'extraction du fœtus et du placenta lui est moins familière; l'auteur y insiste donc.

Le dernier chapitre, concernant les affections chirurgicales du nouveau-né dès la naissance ou dans les premiers jours, complète heureusement ce livre d'obstétrique pour le chirurgien.

Les hémorragies utérines avant et après la ménopause, par Claude BECLERE. Préface du Dr Jean QUENU. Un volume de 210 pages, avec 68 figures, 50 fr. Masson & Cie, éditeurs, 120, boul. Saint-Germain, Paris VI[e].

Médecins, chirurgiens et radiologistes ne sont pas d'accord sur les causes réelles ni sur le traitement des hémorragies qui surviennent à l'époque de la ménopause. L'ouvrage de M. Claude Béclère, basé sur l'étude minutieuse de plus de 150 observations établit sur une base solide des faits nouveaux longuement vérifiés.

« Avant la ménopause », 70 p. 100 des hémorragies sont d'origine fonctionnelle et dues à un trouble hormonal de l'ovaire. Il est inutile d'opérer ces femmes, le traitement médical a jusqu'ici peu d'action, c'est le triomphe de la roentgenthérapie. Mais 30 p. 100 des malades présentent « des lésions cachées » utérines ou salpingiennes, qu'il est indispensable de dépister précocement pour leur appliquer immédiatement le traitement chirurgical. L'Autur montre en particulier que le « cancer du corps de l'utérus » est à cette période nettement plus fréquent qu'il n'était jusqu'ici classique de le dire.

Par contre, « après la ménopause » ce même cancer du corps de l'utérus ne s'observe pas dans 95 p. 100 des cas comme certains l'affirmaient: en réalité il n'existe que chez « la moitié des malades ». Les autres présentent de simples « lésions bénignes » justiciables d'un traitement médical ou diathermique.

L'Auteur décrit en détail les méthodes qui permettent de diagnostiquer ainsi les diverses causes des hémorragies utérines. Un interrogatoire minutieux en est la base, un syndrome clinique très fréquent et jusqu'ici méconnu est un guide précieux. Mais « l'hystérosalpingographie » et le « curettage biopsique » sont indispensables pour établir avec certitude le diagnostic que la simple clinique ne permet même pas toujours de soupçonner.

En somme le métrorragie, si elle n'est pas due au cancer, peut être due à une lésion bénigne du corps utérin: métrite, polype, fibrome. Elle peut même se produire sans que la cavité utérine soit le siège d'une lésion quelconque. Si bien qu'aux métrorragies lésionnelles, le Dr Claude Béclère oppose les métrorragies fonctionnelles, imputables à un trouble de la fonction ovarienne. C'est le nouveau côté de la question. Son intérêt n'est pas seulement spéculatif, il est aussi d'ordre pratique car il oriente la thérapeutique vers des voies nouvelles.

L'année Médicale Pratique, XVI[e] année, édition 1937, publiée sous la direction de C. LIAN, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, préface du Professeur E. SERGENT. Un volume in-16 couronne 680 pages, 23 figures. Edit. Lépine. Prix: 28 fr.

Comment ne pas être submergé par le flot envahissant des publications médicales? Comment y séparer le bon grain de l'ivraie? Comment arriver à

retenir ou à retrouver au moment opportun les notions à la fois nouvelles et utiles?

Il suffit d'avoir à portée de la main sur son bureau le dernier volume de l'Année Médicale Pratique, et dans sa bibliothèque la collection de l'Année Médicale Pratique.

En effet, chaque année, ce petit volume de 700 pages donne en 300 articles courts, classés par ordre alphabétique, toutes les notions nouvelles et pratiques de l'année. Enfin, chaque volume est terminé par une table alphabétique des articles des 5 dernières années.

Les rares médecins qui n'ont pas l'Année Médicale Pratique se privent d'un auxiliaire précieux.

Traité de chirurgie orthopédique (en 5 volumes), publié sous la direction de MM. les Professeurs L. OMBREDANNE et P. MATHIEU. Secrétaires de la rédaction: M. Lance, G. Huc et Padovani. Vient de paraître: Tome I. — **Physiologie, Pathologie et Thérapeutique générale,** 902 pages, 433 figures, relié, 300 fr. Prix du volume broché, 270 fr. Conditions de vente spéciales en souscrivant avant le 31 mars 1937 et en payant l'ouvrage complet, les 5 volumes reliés, 1250 fr; Brochés, 1100 fr. Masson & Cie, éditeurs, 120, boul. Saint-Germain, Paris VI^{e}.

Dans le tome I du traité de Chirurgie Orthopédique se trouvent réunies les généralités, au point de vue de la physiologie, de la pathologie et de la thérapeurique.

Les auteurs envisagent successivement les malformations congénitales des membres, les affections osseuses et articulaires ainsi que certaines interventions comme les ostéotomies, les ostéosynthèses, les arthrorises; puis les affections des muscles, tendons et aponévroses.

Dans un premier chapitre, le Professeur Ombrédanne définit le domaine de la Chirurgie Orthopédique. Il précise les origines, l'évolution de celle-ci et en indique les tendances actuelles.

M. Fèvre étudie ensuite certaines malformations congénitales des membres (allongements et hypertrophies), tandis que le Professeur Ombrédanne s'est réservé la description de la maladie amniotique (amputations, sillons et stigmates) et des aplasies des grands segments de membres.

C'est aux Professeurs Leriche et Policard qu'a été confié le soin d'étudier le système osseux au point de vue physiopathologique. Envisageant la substance osseuse ils en indiquent les caractères histologiques, puis les modes de sa formation et de sa destruction. Traitant ensuite des organes osseux ils décrivent la croissance et l'ossification normales; puis les ossifications réparatrices, c'est-à-dire la formation du cal. Ils exposent après la question des greffes osseuses, envisagée du point de vue biologique (le côté technique étant réservé au chapitre ayant trait aux pseudarthroses). Ils montrent enfin l'intérêt et toute la portée de l'étude des ossifications hétérotopiques au point de vue de la compréhension du mécanisme de l'ostéogénèse.

P. Gérard Marchant passe en revue les fractures fermées et les fractures ouvertes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

PRIX ORFILA
1872



PRIX DESPORTES
1904

DIGITALINE NATIVELLE

CRISTALLISÉE

Agit plus sûrement que toutes les autres préparations de Digitale

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

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

Draeger

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



ARMAND MERCIER E.-E. DION

FOURRURES DE HAUTE QUALITÉ

Spécialité :
Fourrures exclusives pour le médecin et sa famille.

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

MERCIER & DION

2117 est, Ave Mont-Royal près Delorimier

Tél.: FR. 2711

Les

ENTORSES, FOULURES et LUXATIONS

des sports modernes, créent un besoin et un usage constants d'

Antiphlogistine

Sa chaleur prolongée et douce, sa propriété de stimuler la circulation dans les tissus, assurent plus de confort et abrègent la convalescence du patient, toujours impatient.

●

Echantillon et littérature.

●

THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY

153, Lagauchetière ouest,

MONTRÉAL

L'Antiphlogistine est fabriquée au Canada.

Le Professeur Mathieu consacre une importante étude à la question des pseudarthroses. Il s'attache surtout à l'étude de leur traitement chirurgical et décrit avec détails la technique, les indications et les résultats des diverses greffes osseuses.

M. Aurousseau a groupé les caractères généraux des décollements traumatiques et épiphysaires et leur retentissement sur l'ostéogénèse.

M. Leveuf décrit l'ostéomyélite des adolescents. Il expose, à côté des données classiques, le problème actuel du traitement de l'ostéomyélité aiguë, en particulier la question des résections diaphysaires. Puis il envisage l'ostéomyélite des nourrissons ainsi que les ostéites au cours des maladies infectieuses.

M. Sorrel résume les données générales ayant trait à l'évolution anatomique et clinique des ostéites tuberculeuses, des ostéites syphilitiques héréditaires et acquises et des ostéites chimiques.

Le Professeur Lombard, d'Alger, expose les ostéites parasitaires: mycoses osseuses, échinococcose osseuse.

Une importante étude de M. Sorrel et de Mme Sorrel-Dejerine est consacrée aux dystrophies osseuses. Le rachitisme y occupe la première place. Les principales déformations (genu valgum, incurvations tibiales) font l'objet d'une description complète y compris les techniques chirurgicales propres à y remédier (ostéotomies simples, cunéiformes, modelantes). La seconde partie est consacrée à l'examen des déformations osseuses de croissance. Sont successivement passées en revue les diverses épiphysites vertébrales, l'ostéochondrite déformante de l'extrémité supérieure du fémur et la coxa vara. Il s'agit là d'une vue d'ensemble de ces diverses affections qui seront étudiées isolément en détails dans les autres tomes du traité.

M. Fève étudie dans le chapitre suivant la maladie ostéogénique. Il englobe sous cette dénomination d'une part les exostoses et hyperostoses ostéogéniques, d'autre part les chondromes ostéogéniques. Il envisage ensuite les chondrodystrophies sous deux formes, l'achondroplasie et la dyschondroplasie. Il insiste sur les relations étroites entre ces diverses affections du tissu chondral.

Après avoir traité de la fragilité essentielle des os, M. Fèvre étudie l'ostéomalacie. Il aborde ensuite le problème des ostéites fibreuses. Ce syndrome anatomo-pathologique groupe les kystes des os, l'ostéite fibreuse localisée, l'ostéite fibro-kystique généralisée ou maladie de Recklinghausen. La question du rôle des glandes endocrines et en particulier des parathyroïdes est particulièrement mise en lumière.

La tumeur à myéloplaxes qui pourrait s'intégrer au cadre des dystrophies osseuses a été décrite par M. Moulonguet. Celui-ci envisage ensuite les néoplasmes bénins du squelette, puis les néoplasmes malins (ostéosarcomes, tumeurs de la série hématopoïétique, tumeurs épithéliales).

Ch. Lasserre, qui avait en 1931 écrit un rapport important sur cette question, a rédigé le chapitre des hypertrophies acquises du squelette où se trouvent associées la maladie de Paget et l'acromégalie pour lesquelles une étude anatomo-radiographique très complète se trouve réalisée.

Le chapitre consacré aux affections articulaires débute par une très utile mise au point de la physiopathologie des maladies et des réparations articulaires écrite par MM. : Leriche et Policard.

Viennent ensuite les raideurs articulaires congénitales décrites par F.-D. Cuilleret et les articulations ballantes congénitales étudiées par L. Aurousseau.

Le Professeur Paitre a rédigé le chapitre des traumatismes articulaires. Il envisage successivement les luxations traumatiques en général, dans leurs variétés récentes, anciennes et récidivantes; les entorses avec la conception moderne de leur physiopathologie et les traitements qui découlent de celle-ci; les hémarthroses traumatiques et hémophiliques; enfin les plaies articulaires.

P. Huet aborde le chapitre des infections articulaires par l'étude des arthrites suppurées non traumatiques suivie de celle des arthrites gonococciques et des arthrites mycosiques. Aboutissant fréquent des infections articulaires, les raideurs et ankyloses font l'objet des pages suivantes.

E. Sorrel et P. Mozer envisagent ensuite l'étiologie, l'évolution anatomoclinique et les principes généraux du traitement des arthrites tuberculeuses.

La question du rhumatisme a été réservée à F. Coste qui considère successivement le rhumatisme déformant en général, en particulier dans les rapports avec la chirurgie orthopédique, le rhumathisme métatraumatique, le rhumatisme ankylosant infantile et le syndrome de Chauffard-Still.

P. Moulonguet a signé les chapitres des arthrites déformantes et des corps étrangers articulaires. Une place importante est, dans ce dernier, réservée à l'ostéochondrite disséquante.

C. Rœderer poursuit ensuite l'étude des arthropathies nerveuses tabétiques ou syringomyliques et insiste sur les possibilités thérapeutiques qu'elles offrent.

Dans un court chapitre P. Moulonguet résume les connaissances acquises concernant les rares tumeurs des articulations.

F.-M. Cadenat décrit les techniques modernes d'ostéotomie permettant de réaliser celles-ci avec toute la précision et la sécurité désirable.

P. Fredet donne toutes précisions touchant, tant chez l'adulte que chez l'enfant, les divers modes d'ostéosynthèses à matériel perdu ou par prothèse externe.

P. Bertrand indique les possibilités et la technique des arthrorises en général.

Dans un dernier chapitre, P. Huet envisage les plaies ruptures et hernies musculaires, tandis que M. Boppe étudie les dystrophies musculaires généralisées et les myosites ossifiantes.

Après une introduction des Professeurs Leriche et Policard sur la physiopathologie des tendons, M. Iselin poursuit l'étude des plaies et sections tendineuses, de la biologie de leur réparation et des moyens d'obtenir celle-ci chirurgicalement.

La description des cicatrices vicieuses des membres et les principes de leurs corrections autoplastiques, rédigée par le Professeur Ombrédanne, termine ce premier tome.

Traité de thérapeutique clinique, par Paul SAVY, professeur de Clinique Médicale à l'Université de Lyon. Ouvrage complet en 3 volumes, formant 2716 pages. Brochés: 300 fr. — Cartonnés toile: 360 fr. Masson & Cie, éditeurs, 120, boul. Saint-Germain Paris VI[e].

Il n'était pas paru en France, depuis de nombreuses années, de Traité de Thérapeutique, original, écrit d'une seule main, et présentant avec l'ampleur nécessaire, à la fois l'exposé de nos connaissances sur nos moyens techniques d'action — et sur l'emploi que nous pouvons et devons faire de nos méthodes de guérir.

Le Traité du Professeur Savy vient prendre une place qui a été brillamment occupée par des œuvres magistrales.

Mais tout ouvrage apporte avec lui une idée ou une méthode nouvelle, quitte à bénéficier, pour l'ensemble, des progrès réalisés par les œuvres antérieures. Ce qui caractérise avant tout le Traité actuel est que, loin d'être un ouvrage de cabinet, une compilation écrite à coup de bibliographies, c'est l'œuvre vécue d'un homme, d'un seul homme, d'un clinicien occupé au soin des malades. Sans doute l'expérience d'autrui n'est-elle ni méconnue, ni oubliée, mais elle est incorporée dans une œuvre vivante, bien équilibrée et avant tout personnelle.

Le résultat en est que le Traité du Professeur Savy, à l'inverse de bien d'autres gros volumes, peut « se lire ». Le public jugera, mais nous serions très surpris si le caractère entraînant de l'exposé ne suscitait pas chez les acquéreurs un désir de *lecture* plus encore que de simple consultation. Peut-être la méthode originale, que le Professeur Savy s'est imposée pour écrire, est-elle pour beaucoup dans ce résultat. Peu pouvaient tenter d'opérer ainsi: l'auteur a, pour l'ensemble, fermé sa porte, fermé les livres, fermé les yeux et, concentré sur son expérience, a dicté *ce que lui-même savait.* Il a — et c'est ce qui fait l'originalité de fond du livre — se supposant un lecteur difficile ou ignorant, essayé de justifier les méthodes qu'il préconisait par tout ce que sa clinique personnelle, ses souvenirs directs, ses lectures, les remarques de ses élèves, ses contrôles de laboratoire, lui avaient appris sur la valeur des actes thérapeutiques. Ainsi, sans professer un cours d'étiologie et de pronostic des maladies, le Professeur Savy a, partout où il était utile, appuyé l'exposé du traitement sur des indications pathogéniques, conservant à ces indications l'accent de la pratique, fuyant les données livresques ou seulement hypothétiques.

Ses chapitres écrits, il a confronté la rédaction faite avec ses notes, ses fiches, les livres de sa bibliothèque, bref avec tout ce que, dans sa carrière, il avait amassé de « matériel »; il a tenu compte, largement, de ce que son premier mouvement avait négligé. Grâce à cette méthode, l'accent est resté sur ce qui est vivant, sur ce que vraiment il faut savoir pour appliquer un traitement. L'exceptionnel, le rare sont relatés, mais exposés à leur place comme rare et exceptionnel. La lecture de ce gros ouvrage paraîtra aisée, facilitée par le mouvement qui le parcourt comme une circulation bien réglée.

Thérapeutique implique formulaire.

Celui-ci se trouve dans l'ouvrage à chaque chapitre. Une disposition typographique heureuse le distingue du texte et permet une *consultation*

d'autant plus rapide que des tables analytiques et alphabétiques font trouver le détail cherché d'une façon instantanée. Mais, là encore, on retrouvera la méthode constante de l'auteur: de même que la thérapeutique est associée à une description vivante de la pathogénie, — de même avant d'arriver au formulaire, le Professeur Savy a insisté sur les caractères *essentiels* et profonds de l'arsenal dont nous disposons.

Le mot « pharmacodynamie » est à la mode. Cette mode est heureuse, mais ce n'est pas pour sacrifier à un goût du public médical que l'action pharmacodynamique des médicaments a été ici largement traitée et que jamais une formule n'a été donnée sans que son mécanisme d'action n'ait été antérieurement expliqué. C'est pour obéir à une nécessité interne que le Professeur Savy a satisfait à cette exigence et lui a réservé sa large place dans l'exposé des faits thérapeutiques et de leur enchaînement.

Ajoutons que les formules retenues ont toujours été prises parmi les plus simples, les plus élémentaires, les plus éloignées de la polypharmacie.

Une importance toute particulière a été accordée au traitement chirurgical. C'est le médecin qui, le premier, est appelé à diagnostiquer un cancer du rectum, une occlusion intestinale, une péritonite par perforation, une appendicite, une cholécystite, un ulcère ou un cancer du tube digestif, une maladie de Banti, une pleurésie purulente, etc. Sa responsabilité est formellement engagée lorsque, de l'intervention chirurgicale, dépend la vie du malade. Encore faut-il qu'il sache à quel moment précis doit être pratiquée l'opération pour être curative plutôt que palliative. C'est près du médecin que le malade et l'entourage se renseigneront sur la nature de l'intervention, sa gravité, ses inconvénients immédiats, ses résultats éloignés; et, de toutes ces particularités, il doit être instruit plus que superficiellement, comme il doit pouvoir, avec le chirurgien, discuter, en toute connaissance de cause, les avantages respectifs, dans tel cas particulier, de la cholécystostomie ou de la cholécystectomie, de la gastro-entérostomose, ou de la résection gastrique, etc.

Ce livre est donc bien un « Traité », une œuvre complète, embrassant la thérapeutique sous tous ses aspects, avec le souci de *toutes* ses applications.

Les révélations du visage, par Jean des VIGNES ROUGES. Méthode pour apprécier la valeur physique intellectuelle et morale de l'être humain. Editions Oliven, 65, avenue de La Bourdonnais, Paris VII[e].

Dès que nous abordons un inconnu, nous souhaitons connaître son caractère. Faut-il avoir confiance en lui ou se défier? Va-t-il nous attaquer en ennemi ou nous aider en ami. Peut-être avons-nous à lui demander un service, sa protection, sa bienveillance à moins que nous ne désirions tout bonnement lui vendre ou lui acheter quelque chose.

Combien il nous serait précieux dans ces occasions — et cent autres que nous offre la vie sociale — d'avoir, au premier coup d'œil, une opinion sur le caractère des gens que nous rencontrons dans la rue, au restaurant, en voyage; ce qui nous permettrait d'ébaucher une tactique appropriée à nos intérêts, notre amusement ou notre désir de séduire.

Jean des Vignes Rouges nous apprend à déchiffrer les figures. Son ouvrage, *Les Révélations du Visage*, renouvelle la question. Conçu d'une manière moderne, il réconcilie et fond harmonieusement les renseignements

SEDOL

remplace la Morphine

Scopolamine
Morphine

plus Actif
à dose moindre

98, rue de SEVRES, Paris (VIIe).

Distributeurs: ROUGIER FRÈRES MONTRÉAL

OPOTHÉRAPIE SÉRIQUE

DÉCHÉANCES ORGANIQUES,
CONVALESCENCES,
ANÉMIES.



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

2 à 4 cuillerées à potage par jour.
LANCOSME, 19, rue Alain Chartier, PARIS (XVe)

Littérature et Echantillons: ROUGIER & FRERES, 350, rue Le Moyne, Montréal.



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.

fournis par la vieille physiognomonie qui date d'Aristote, et les données les plus modernes sur les théories morphologiques et endocriniennes.

Plusieurs chapitres, notamment, sont consacrés à l'exposé des procédés scientifiques par lesquels on reconnaît d'après l'étude du visage, les prédispositions aux maladies, les symptômes qui annoncent leur apparition imminente, et les signes qui, au contraire, promettent une grande longévité. D'autres chapitres seront d'un précieux secours pour l'homme d'affaires qui apprendra d'abord à connaître ses aptitudes et ensuite à déceler, au premier coup d'œil les clients « faciles » et les clients « rétifs ».

Le tout présenté avec une clarté éblouissante, sans « tape à l'œil » pseudo scientifique, avec un sens aigu des besoins pratiques du lecteur en écartant les explications périmées. On connaît, d'ailleurs, le style alerte, précis, concret, subtil — et charmant — de l'auteur de *La Gymnastique de la Volonté* et de *Deviens un Chef.*

Le grand psychologue nous apporte ici le résultat de très nombreuses lectures et de vingt années d'observations. Son œuvre présente un effort de synthèse originale qui met à la portée de tous les connaissances fort utiles, restées jusqu'alors enfouies dans le domaine mystérieux de l'occulte ou défendue par le vocabulaire hermétique des livres de médecine et de psychologie.

Educateurs, chefs de toutes catégories, commerçants, psychologues, romanciers, artistes, sans oublier la foule innombrable des simples curieux intrigués par l'énigme de l'âme d'autrui, trouveront dans ce livre un enseignement qui décuplera leur perspicacité naturelle.

Un volume illustré de nombreux croquis et de 16 pages hors texte en lithographie: 30 francs.

Physiologie générale des articulations à l'état normal et pathologique, par A. POLICARD, Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon. Un volume de 214 pages, avec 25 figures, 36 fr. Masson & Cie, éditeurs, 120, boul. Saint-Germain, Paris VI[e].

Le médecin et le chirurgien ont constamment affaire aux articulations. Une part importante de la souffrance humaine est liée au mauvais fonctionnement de ces organes. Tous ceux qui s'occupent des articulations, d'une façon ou d'une autre; les médecins et les chirurgiens, comme leurs auxiliaires, les physiothérapeutes, les masseurs, etc., trouveront intérêt à voir rassemblé en ces pages ce que nous savons de la structure et du fonctionnement articulaire.

Cet ouvrage, dont l'auteur a publié déjà d'importants travaux sur la physiopathologie de l'os, envisage surtout l'articulation proprement dite, la diarthrose, à l'état normal. Cependant, entre la vie normale et la vie pathologique d'un tissu, aucune limite précise n'existe. Aussi divers problèmes de pathologie générale articulaire sont-ils évoqués ici, spécialement en ce qui concerne les mécanismes de production des troubles locaux, générateurs des symptômes accusés par les malades.

De plus en plus, en pathologie, on se trouve ramené au tissu. C'est dans le plan du tissu que se déroulent les processus pathologiques élémentaires qui déclenchent des perturbations dans le plan de l'organe. Cet ouvrage sur la

construction intime des articulations et sur leur histophysiologie deviendra donc indispensable aux cliniciens qui veulent éclaircir tous ces chapitres encore si troubles de la pathologie.

Dans le nombre immense des travaux consacrés aux articulations, l'auteur a fait un choix de références et donné celles qui correspondent aux travaux cités dans chaque chapitre.

PLAN DE L'OUVRAGE

I. — Le cartilage articulaire.
II. — Les appareils fibro-cartilagineux annexés aux surfaces articulaires, c'est-à-dire les bourrelets marginaux et les ménisques.
III. — La membrane synoviale, revêtement interne de la cavité articulaire.
IV — La cavité articulaire et la synovie qui l'humecte.
V. — Les dispositifs fibreux de l'articulation, c'est-à-dire la capsule et les ligaments.
VI. — L'innervation de l'articulation.
VII. — Les tissu conjonctif péri-articulaire.

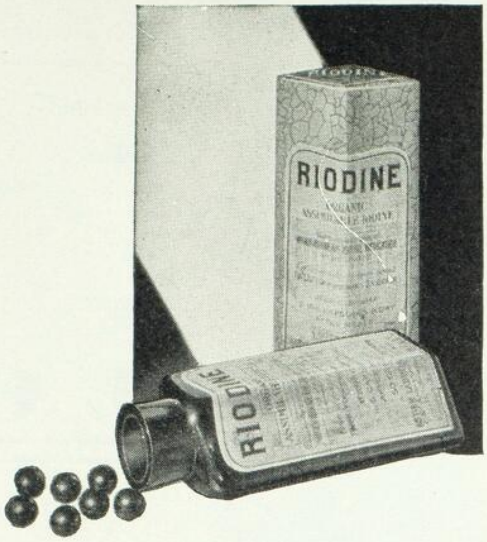
LA SOCIÉTÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE DE MONTRÉAL CHOISIT SON COMITÉ EXÉCUTIF POUR 1937-1938

A une réunion tenue au Cercle Universitaire le 25 mai 1937, la Société de Gastro-Entérologie a élu ses officiers pour l'année académique 1937-1938.

Présidents d'honneur:	Prof. J.-E. Dubé
	Prof. A. LeSage
Président actif:	Prof. Agrégé J.-A. Mousseau
Vice-Président:	Docteur Mercier Fauteux
Secrétaire:	Docteur Albert Jutras
Trésorier:	Docteur Ant. Cantero

Nous prions les nouveaux officiers d'agréer nos félicitations et nos vœux de succès.

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



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

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

RIODINE (Astier)

Iode organique assimilable

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

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

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

LABORATOIRES DU Dr P. ASTIER

350, rue Le Moyne
Montréal.

36-48 Caledonia Road
Toronto.

SEDLITZ CHANTEAUD

Granulé et Déshydraté

Laxatif — Purgatif

FOIE — INTESTIN

Sulfate de Magnésie pur.
Tartrate de Soude.

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

STÉNOL CHANTEAUD

Tonique — Diurétique

FAIBLESSE — SURMENAGE — NEURASTHÉNIE

	Par cuillerée à café
Caféine	*0 gr. 10*
Théobromine	*0 gr. 10*

Dose: 1 à 2 cuillerées à café par jour.

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

TOUTES LES TOUX
SIROP ET GOUTTES
RAMI
au bromoforme

Dépôt : ROUGIER FRERES. Montréal

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

LIVRES NOUVEAUX

LIVRES REÇUS EN MAI

Dictionnaire des bactéries pathogènes, pour l'homme, les animaux et les plantes. Par Dr Paul HAUDUROY et Dr Ché. EHRINGER, pour la bactériologie humaine. Prof. Ach. URBAIN et Dr GUILLOT, pour la bactériologie animale. Dr J. MAGROU pour la bactériologie végétale. Un volume de 598 pages. Broché: 120 frs. Relié toile: 140 frs. En vente chez Masson, éditeurs, Paris.

Chirurgie des glandes parathyroïdes. Par J. BRAINE et R. RIVOIRE. Volume de 174 pages avec 14 figures et une planche en couleurs. 45 francs. Chez Masson & Cie., Paris.

Les révélations du visage. Par Jean des VIGNES ROUGES. Un volume de 400 pages avec 300 illustrations — 36 francs. En vente aux Editions Oliven, 65 avenue de la Bourdonnais, Paris.

La Radiokymographie du coeur et des vaisseaux. Par Emile BORDET et H. FISCHGOLD. Volume de 134 pages, 66 figures. En xente chez Masson & Cie., éditeurs, Paris. Prix: 30 frs.

Interprétaton du fonctionnement du système nerveux par la notion de subordination. Par Pierre MOLLARET. Volume de 440 pages. En vente chez Masson & Cie., éditeurs, Paris. Prix: 60 francs.

Maladies Infectieuses. Par A. LEMIERRE. Volume de 307 pages. En vente chez Masson & Cie., éditeurs, Paris. Prix: 55 francs.

Traité de Chirurgie Orthopédique (Tome 2). Par L. OMBREDANNE et P. MATHIEU. Volume de 1,918 pages. En vente chez Masson & Cie., éditeurs, Paris.

ANALYSES

PHTISIOLOGIE

A. LAMARCHE et M. DUBREY. — **Les cracheurs valides de bacilles tuberculeux.** « Paris Médical », 24 avril 1937, p. 357.

Il y a deux sortes de porteurs de bacilles: les porteurs sains et les cracheurs de bacilles. Les porteurs sains sont des sujets sains hébergeant des bacilles dans leurs rhinopharynx, pour un temps plus ou moins court. Ce sont des sujets immunisés ne contractant que rarement la tuberculose-maladie. On les trouve dans les services d'hôpitaux antituberculeux parmi les infirmières, les infirmiers, bref chez tous les préposés au service des patients de ces institutions.

Si dans la majorité des cas, le bacille n'est pas nocif pour ces porteurs, il n'en résulte pas moins qu'ils peuvent devenir une source d'infection pour d'autres sujets dans leur entourage immédiat, d'après la théorie de l'infection par inhalation.

Les cracheurs de bacilles diffèrent des premiers parce qu'ils toussent. Ils n'offrent pas de lésions décélables radiologiquement. Cependant l'auscultation peut révéler quelques piaulements, quelques ronchus. Si leur état général est bon, le questionnaire indique que ces symptômes font suite à des infections bénignes: grippes, bronchites, petites poussées pleurales antérieures.

Sur 4,000 examens faits aux militaires, les A. ont trouvé trois cas de ces cracheurs valides avec les signes cliniques mentionnés plus haut, alors que la radiologie ne mettait aucune lésion en évidence.

Les cracheurs sains de bacilles ne sont donc pas nombreux. Ils sont dangereux, puisque leurs sécrétions respiratoires injectées au cobaye, font naître le type Villemain de la tuberculose chez cet animal.

Il faut donc isoler ces cas, les traiter comme lésions minimes. Il est important de les garder sous traitement jusqu'à négativité.

Jean-Philippe PAQUETTE

R. BENDA, H. MOLLARD et C. DEBRAY. — **Examen radiologique des poumons en position couchée.** « La Presse Médicale », 24 avril 1937.

Afin d'apporter une plus grande certitude aux techniques radiologiques, l'esprit critique comme dans tous les domaines, est devenu un esprit novateur. La radiologie, loin de ne pas être indispensable, précise certaines affirmations de la clinique tout en apportant une lumière définitive à un diagnostic encore hésitant; elle permet même de découvrir une lésion jusque-là ignorée. Il est par conséquent impossible de se jouer de la radiologie, même si parfois elle

est impuissante à nous fournir des éclaircissements supplémentaires. Avec certains dangers, il est défendu d'être présomptueux avec cette méthode.

Jusqu'à maintenant il existe plusieurs techniques servant à donner à la radiologie plus de relief. Avec les méthodes communes, l'image à radiographier ne subit pas de modifications au point de vue de la statique ou du jeu des organes thoraciques. Mais il existe d'autres méthodes malheureusement trop peu souvent employées qui s'efforcent de procurer divers changements dans les rapports réciproques de certains de ces organes et de favoriser en même temps, les variations possibles de la mécanique respiratoire ou de la circulation pulmonaire. Ainsi on peut constater certaines images impossibles à déceler par les moyens ordinaires, ou les exagérant pour ainsi dire. Ce procédé permet de mieux constater leur réelle signification si un mauvais examen antérieur imparfait a été pratiqué. C'est Sergent qui a été le premier à démontrer la valeur du « décubitus latéral » dans l'étude des mouvements du diaphragme. Béclère a mentionné la « position renversée » (pieds au plafond) pour préciser les caractères volumétriques et topographiques des épanchements. Enfin nos A. insistent sur la méthode peu employée de la « position couchée » sans inclinaison particulière du sujet afin de modifier les conditions anatomiques ou physiologiques de l'image à explorer et ainsi préciser le diagnostic et orienter la thérapeutique. On ne cherche pas ainsi à obtenir des renseignements sur les mouvements respiratoires, mais on voit mieux l'aspect des brides ou des cavités pleurales, on obtient plus de précisions sur l'état du parenchyme et une appréciation de la circulation pulmonaire. Ainsi peut-on établir une comparaison entre deux films, l'un pris en position horizontale et l'autre pris en position verticale. On préfère cependant le décubitus ventral parce que l'image obtenue est plus comparable à l'image prise en position debout.

Les troubles circulatoires grossissent par ses ombres exagérées l'image pulmonaire et en semant des grains épars, au cours d'une stase passive, l'hémithorax d'un cardiaque; c'est la position horizontale qui révèlera cette stase.

Cette position présente un inconvénient: les sommets cachés par les clavicules, les bases, bien que plus claires (opacité du foie) sont plus difficiles à observer surtout dans la région postéro-inférieure.

Comme les deux positions ne présentent ni l'une ni l'autre à elle seule de valeur absolue, il faut donc se servir de tout ce qui est à notre portée pour porter un diagnostic adéquat. Chez les cas douteux, ce procédé est d'une grande utilité.

Paul-René ARCHAMBAULT.

NUTRITION

JACOB SCHWARTZ. — **Signes et symptômes du diabète sucré.** «Medical Record », 20 janvier 1937.

L'auteur fait part à ses lecteurs des signes et symptômes qu'il a observés chez 150 diabétiques durant une période de dix ans.

Chez les diabétiques, le métabolisme troublé des hydrates de carbone se manifeste toujours par l'hyperglycémie constante et une glycosurie qui,

elle, n'est pas toujours constante. Mais le plus grand nombre des diabétiques selon l'auteur, ne se présentent pas chez le médecin, parce qu'ils souffrent ou sont ennuyés par les symtômes classiques de polyurie, polydipsie, polyphagie et prurit vulvaire. Ce sont plutôt les complications qui les amènent à consulter ou bien leur maladie est découverte d'une façon fortuite par un examen d'assurance, analyse d'urine, etc.

Dans 23,4% des 150 diabétiques observés par l'auteur, les symptômes classiques étaient absents, tandis que 45,2% en présentaient un ou deux, rarement les trois ou plutôt les quatre si on y adjoint le prurit vulvaire. La perte de poids constitue un symptôme assez important, puisque 30,7% des malades observés, vinrent consulter pour cette raison. Les douleurs et les engourdissements des membres inférieurs, les troubles génito-urinaires en dehors de la polyurie et les troubles gastro-intestinaux doivent être considérés comme concomitants et non des signes de diabète.

Les troubles cardio-vasculaires observés chez les diabétiques au dessus de quarante ans, dans la proportion de 50%, doivent être attribués à l'artériosclérose qui commence d'habitude à se manifester à ce temps de la vie où précisément le diabète est plus commun. Dyspnée, douleur précordiale, vertiges, troubles de la vue qui sont ordinairement considérés comme résultant directement du diabète chez les gens d'âge moyen, n'en dérivent pas en réalité, puisque 44% des non-diabétiques du même âge, en souffrent aussi. L'artériosclérose et la fréquente association du diabète avec l'hypertension et l'obésité doivent plutôt être reconnus comme les vrais responsables des troubles cardio-vasculaires observés chez les diabétiques.

Gabriel LAFRESNIERE

NEURO-PSYCHIATRIE

Philip PIKER et Jess V. COHN. — **Traitement rationnel du delirium tremens.** « Journal Am. Med. Ass. », 108, 5; p. 345, 30 janvier 1937.

Vers 1910, si on parcourt la littérature médicale de l'époque, la mortalité par delirium tremens était d'environ 30%. Depuis une dizaine d'années, elle est de 10 à 12%. Sur 300 cas traités par les auteurs, la mortalité a été de 5.3%. Le traitement mis en œuvre par eux mérite donc considération. Il ne contient aucune nouveauté. Il découle des cinq postulats suivants:

1) La sauvegarde du malade contre des blessures infligées à lui-même ou aux autres.

2) La prévention de l'épuisement du malade.

3) La mise en œuvre des moyens d'élimination gastro-intestinale et urinaire.

4) La diminution de la pression et de l'œdème intracraniens.

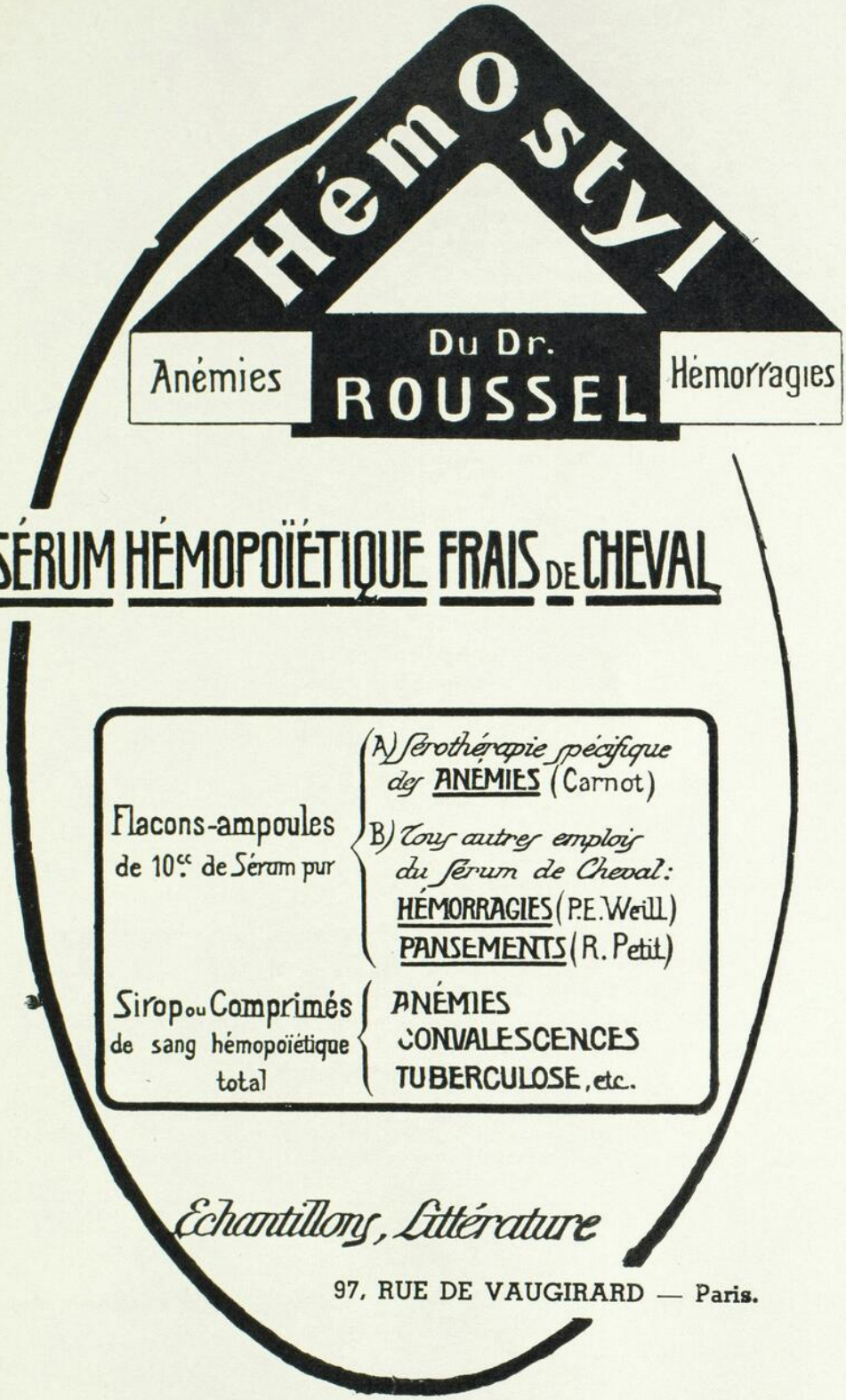
5) L'administration d'une alimentation raisonnable et surtout bien équilibrée.

La réalisation de ces postulats est faite par l'application des moyens suivants:

1) Pas d'administration d'alcool.

2) Repos absolu au lit.

3) Observation constante et attentive du malade.



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



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

ANGLAIS
ESPAGNOL
ITALIEN
ALLEMAND

ou toute autre langue

SANS EFFORT
CHEZ VOUS
QUAND VOUS VOULEZ!

PAR LA NOUVELLE ET FACILE MÉTHODE

LINGUAPHONE

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

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

DEMANDEZ
AUJOURD'HUI
NOTRE BROCHURE
GRATUITE

→

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

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

Nom.....

Adresse .....

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

Quelle langue vous intéresse?.....

4) A l'entrée du malade, on lui fait prendre 0.60 centigrammes d'extrait de cascara et 30 grammes de sulfate de magnésie, 2 heures plus tard.

5) Chaque jour, pendant 3 jours, on donne 30 grammes de sulfate de magnésie, à jeun le matin.

6) On fait ingérer des boissons alcalines.

7) Ponction lombaire est faite aussitôt que possible après l'admission du malade, et répétée, si nécessaire.

8) Injection intraveineuse de 50 cc. d'une sol. à 50 % de glucose, de 2 à 4 fois par jour.

9) Dix cc. d'un sol. à 50% de sulfate de magnésie sont injectés dans les muscles, une fois ou deux par jour pendant 2 jours.

10) Injection sous-cutanée de caféine (0.50 centig.) avec benzoate de soude toutes les 4 heures, six fois. Répéter, si nécessaire.

11) Digitale à doses assez fortes durant 36 à 48 heures, puis à dose d'entretien.

12) Paraldéhyde à la dose de 10 à 15 cc. une fois ou 3 fois par jour, comme sédatif. Au besoin, injection intraveineuse d'amytal sodium. Si possible, hydrothérapie.

13) Alimentation liquide ou semi liquide, mais riche en calories et en vitamine B. Lavage d'estomac avec eau bi-carbonatée, si intolérance gastrique.

14) Boissons en abondance.

15) Si le malade s'endort ne pas l'éveiller pour aucune considération.

Les malades traités de cette façon par les auteurs ont eu une moyenne d'hospitalisation de 4.8 jours.

Il va sans dire que ce traitement est assez compliqué et exige un service médical et infirmier de tous les instants. Il nécessite l'hospitalisation. D'autre part, si véritablement il peut diminuer le taux de mortalité par delirium tremens, il vaut la peine à laquelle il impose. Parmi tous les éléments qu'il comprend, il y en a qui sont plus importants que les autres et, si on ne peut le réaliser intégralement, on devra au moins en remplir les conditions qui découlent de l'étiologie et de la pathogénie du delirium tremens.

Roma AMYOT.

Madelaine B. BROWN. — **Le traitement médical du syndrome de Ménière.** « Journal Amer. Med. Ass. » 108, 14, p. 1158, 3 avril 1937.

Rappelons que le syndrome de Ménière possède des caractères cliniques définis: crise de vertige objectif accompagnée de bourdonnement d'oreille, de surdité, de nystagmus et de vomissements. On semble faire un usage abusif de cette dénomination et intégrer dans les cadres du syndrome tout vertige à manifestations paroxystiques. C'est une erreur qui conduit à la confusion et à l'application intempestive autant qu'inadéquate des traitements. Le syndrome de Ménière comprend bien l'accès vertigineux, encore que cet accès doit s'y revêtir de certains caractères; il contient, en plus, d'autres phénomènes importants. Cette distinction ne vaut pas que pour la doctrine; elle incombe une application pratique de physio-pathologie, le syndrome de Ménière impliquant une atteinte fonctionnelle subite de l'oreille interne. Furstenberg, postulant que les crises vertigineuses étaient dues au chlorure de sodium, expé-

rimenta le chlorure d'ammonium dans le but de prévenir la rétention du chlorure de sodium néfaste. Il y associa régime alimentaire hypo-chloruré.

En collaboration avec Lashmet et Lathrop, il traita 14 malades et obtint 14 résultats heureux. Le succès se maintint à condition que le traitement fut poursuivi. Chez ses malades, le chlorure de sodium ingéré librement provoquait une crise vertigineuse typique.

Voici le traitement de Furstenberg

1° *Médication*: Chlorure d'ammonium, 3 grammes à chaque repas (six capsules contenant 0.50 centig.) et pris durant le repas durant des périodes de 3 jours à intervalles de 2 jours.

2° Eau à satiété.

3° *Régime alimentaire*:

a) *Permis tous les jours*: œufs, viande, poisson et volaille. Pain. Une de ces céréales: farine de blé, gruau, riz ou blé soufflés.

Pommes de terre et un ou plusieurs plats de macaroni, spaghetti, maïs, airelles, prunes, pruneaux.

Lait. Fruits et légumes sauf ceux contenus dans catégories b) et c).

Beurre, crème, miel, gelées, confitures, sucre et bonbons. Thé et café.

b) *A éviter*: Toutes les viandes et tous les poissons salés, biscuits et beurre salés. Carottes, moules, lait condensé, raisins, caviar, pois en conserve, olives, épinards, fromage, endives, huîtres.

c) *Pas plus que 2 fois par semaine*:
Betteraves, lait de beurre, cantaloupes, choux-fleur, céleri, noix de coco séchée, raisins secs, dattes, figues, kohlrabi, raifort, melon muscat, cacahuètes, moutarde, citrouille, radis, cresson, framboises, navets, fèves « lima ».

L'auteur a traité 12 malades présentant des attaques de vertige avec vomissement. Cette cure de Furstenberg fut heureuse pour les 12 malades.

Roma AMYOT.

Cl. VINCENT. — **Sur le diagnostic et le traitement des traumatismes cérébraux.** « Mém. de l'Acad. de Chirurgie de Paris », 63: 10 (17 mars) 1937.

Le mois dernier nous analysions le premier article de V. sur le diagnostic des traumatismes cérébraux; nous ferons aujourd'hui l'analyse de sa seconde communication sur le traitement de ces traumatismes. V. s'élève contre les traitements faits au hasard. Il faut, dit-il, un traitement approprié à une lésion déterminée, dans une région particulière du crâne et du cerveau. La ponction lombaire, les injections intraveineuses de sérums hyper et hypotoniques doivent avoir leurs indications bien précises. La ponction lombaire doit être utilisées dans des conditions en grande partie connues et non avec tous les inconnus qui accompagnent un traumatisme cérébral. Elle constitue un bon traitement des hémorragies méningées extraarachnoïdiennes peu abon-

dantes ayant fusé vers la base du cerveau, lorsqu'on l'utilise après quelques jours. Elle réussit bien dans la méningite diffuse post-traumatique et elle n'est pas un traitement rationnel des hématômes, de la méningite séreuse enkystée, ni du collapsus ventriculaire. Elle est insuffisante à elle seule contre l'œdème du cerveau. Mêmes remarques pour les injections de sérum. Il faut savoir ce que l'on fait. Dans ces conditions, les solutions hypertoniques conviendront à l'œdème cérébral, les hypotoniques au collapsus ventriculaire.

Il faut, de l'avis de V., commencer par voir les lésions, soit par les trous de trépan, soit après avoir largement ouvert.

Un hématôme qui comprime doit être évacué, qu'il soit extradural, sous-dural ou intracérébral. Le volet rabattu, l'hématôme sera aspiré et l'hémostase sera faite à l'électrocoagulation. La surface de section osseuse est obturée à la cire. On ne draine pas. Sutures en deux plans. Les hématômes assez anciens sont enlevés d'une seule pièce à la façon d'une tumeur.

On évitera l'hématôme secondaire en remplissant les ventricules affaissés du côté de l'hématôme avec la solution de Ringer.

Pendant l'intervention, la tête sera tournée et couchée sur le côté sain pour éviter les tractions. Elle gardera cette position une fois le malade remis dans son lit.

L'œdème cérébral qui se développe lentement est traité par les injections intraveineuses de solution hypertonique de sulfate de magnésie. L'œdème post-opératoire est trop rapide pour ces procédés trop lents: il faut ouvrir de nouveau, et largement. V. décrit une technique qui lui a donné de bons résultats. A cette trépanation on associera les injections intraveineuses de sulfate de magnésie à 15%; 4 c.c. toutes les 3 ou 4 heures et les injections de sulfate de strychnine, — la moitié en injections intraveineuses, — 12 milligrammes par jour, 2 milligrammes à la fois.

Pour traiter le collapsus ventriculaire, il faut être certain de son existence, l'avoir vu. On injecte alors du liquide de Ringer à 37 degrés C. directement dans les ventricules, suffisamment pour obtenir les chiffres de tension normale. On injecte quand on ne sent pas résistance sur le piston de la seringue. On associe les injections intraveineuses de sérum hypotonique et les injections sous-cutanées massives de sérum.

En résumé, on doit surveiller un traumatisé cranio-cérébral conscient. S'il est inconscient, ne pas l'opérer si le coma a été immédiat et si les grandes fonctions sont profondément perturbées. On opérera, quelle que soit la gravité, s'il y a eu un intervalle de conscience. On différera l'opération, le sujet étant inconscient, si les grandes fonctions ne sont pas perturbées. Quand ces grandes fonctions commencent à se troubler, il faut opérer, après avoir utilisé les moyens de diagnostic de localisation déjà énumérés.

De l'avis de V. ces traitements doivent et peuvent être faits par les chirurgiens généraux.

Jean SAUCIER

HYGIÈNE

L'anémie des femmes dans la classe pauvre. « La Presse Médicale » No 12, 1937.

Fullerton a fait une vaste enquête parmi la population pauvre d'Aberdeen pour rechercher l'étiologie de l'anémie des femmes. Elle porte sur plus de 1,500 cas dont la moitié était des femmes en état de grossesse.

Cette anémie, due à un manque de fer, est conditionnée par le régime de cette population d'une part et d'autre part par les pertes en fer produites par les menstruations, la grossesse et l'allaitement.

On a calculé que la perte de sang à chaque menstruation correspondait à une perte de 70 milligr. de fer environ. Il faut donc que chaque jour la femme emmagasine au moins 2 milligr. ½ de fer, qu'elle trouve dans son régime quotidien au moins 4 à 5 milligr., sans tenir compte de l'hypochlorydrie ou de l'anachlorhydrie dont sont atteintes ces femmes et qui diminuent dans de notables proportions l'absorption du fer.

En cas de grossesse, les besoins en fer sont les suivants: l'utérus et son contenu (foetus) demandent 550 milligr. de fer, la perte de sang correspond à 175 milligr. et l'allaitement, pendant 6 mois correspond à 180 milligr., soit au total 905 milligr. pour 460 jours, ce qui fait également une demande journalière de 2 milligr. de fer, chiffre équivalent à celui obtenu chez la femme non enceinte.

Or, le régime des femmes de la classe pauvre n'est pas suffisamment riche en fer pour réparer les pertes quotidiennes.

S. ROCH.

E. W. SCHULTZ et L. B. GEDHARDT (Standard University, Californie). — **Chimioprophylaxie de la poliomyélite.** « Off. Int. d'Hyg. Pub. » XXLX, No 1, p. 161, 1937.

Schultz et Gedhardt ont essayé en 1935 la chimioprophylaxie de la poliomyélite au moyen d'instillations dans les narines d'acide tannique; les résultats obtenus étaient irréguliers. En 1936, ils ont signalé l'effet prophylactique de l'acide picrique, du p-nitrophénol, du trinitrocrésol et du mercurochrome, instillés dans les narines. Sur 16 singes traités par les irrigations d'acide picrique à 1 p. 100 pendant 3 jours successifs, 3 seulement ont succombé à l'instillation intranasale du virus de la poliomyélite (émulsion à 10 p. 100 instillée trois fois pendant la même journée), administré 1 à 8 jours après le traitement prophylactique. Sur les survivants à la deuxième inoculation, 8 furent réinoculés après 40 à 68 jours et 5 résistèrent pour la troisième fois. Enfin, sur les 3 survivants examinés, un seul résista à la quatrième inoculation du virus.

Sur les 6 singes instillés dans le nez avec l'acide picrique neutralisé au pH. 9.0, 3 seulement ont résisté à l'inoculation. Par contre la pulvérisation intranasale de l'acide picrique pendant 3 jours consécutifs et ensuite 3 fois à des intervalles d'une semaine, suivie immédiatement

NUTRITION APPROUVÉE POUR CONVALESCENTS



L'Ovaltine fut, à l'origine, composée pour servir comme aliment-tonique-liquide nutritif destiné à aider les convalescents, dans un sanatorium de Suisse. L'usage s'en est ensuite étendu à l'Angleterre et à tous les pays civilisés. On la fabrique maintenant au Canada d'après la formule originale et suivant le même haut *standard* de qualité.

OVALTINE

Aliment - Tonique - Liquide

Aide les Convalescents à Recouvrer Santé et Vigueur.

L'ELIXIR DUCRO

ANTIANOREXIQUE • EUPEPTIQUE

- soutient et augmente les forces du malade, stimule l'énergie musculaire.
- produit chez les malades une sensation de défatigue, de réfection, de bien-être général, d'exaltation des forces physiques.
- réveille l'appétit, soutient l'organisme, même à défaut de nourriture.
- est d'un goût agréable et d'une tolérance parfaite.

ASTHÉNIE • ANOREXIE • CONVALESCENCE • GRIPPE • FAIBLESSE
LANGUEUR PHYSIOLOGIQUE • ASTHÉNIE POST-GRIPPALE

DURIEZ, successeur de DUCRO & Cie — Paris, 20, Place des Vosges

Dépôt Général pour le Canada: ROUGIER FRÈRES — Montréal, P. Q.

Nouvelle Médication du Salicylate de Soude.

SODIOSAL

Granulé effervescent à base de Salicylate de Sodium naissant et d'Iode organique.

LABORATOIRE NADEAU LIMITÉE

100 ouest, rue SAINT-PAUL 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.

d'inoculations quotidiennes du virus, a protégé 6 singes sur 20, tandis que, sur 10 témoins, 9 ont contracté la poliomyélite.

Sur 13 singes traités par trois irrigations nasales quotidiennes avec une solution du mercurochrome à 2 p. 100 et inoculés après 2 à 6 jours avec le virus, un seul a contracté la poliomyélite. Onze survivants ont ensuite tous résisté à la réinoculation; puis 8 sur 9 ont résisté à la troisième inoculation, et 4 sur 6 à la quatrième. Sur 12 singes ayant subi les irrigations nasales avec une solution de mercurochrome à 1 p. 100 pendant 3 jours successifs, 12 ont résisté à l'inoculation effectuée 11 jours après le traitement, et, parmi ceux-ci un seul a succombé à la troisième inoculation. Dans une autre expérience, les 7 singes par le mercurochrome dans le nez ont résisté après 10 jours à l'inoculation du virus.

Des résultats prophylactiques furent obtenus également au moyen de l'instillation intranasale des solutions de paranitrophénol à 0.5 p. 100, de trinitrocrésol à 1 p. 100, de nitrate d'argent à 1 p. 100, d'argyrol à 10 p. 100, d'acriflavine à 1 p. 100, de sulfate de zinc à 1 p. 100, de thionone, à 0.5 p. 100. Sur 112 animaux témoins inoculés au cours de ces recherches, 84.2 p. 100 ont contracté la poliomyélite.

Les auteurs soulignent que l'efficacité, dans la prophylaxie de la poliomyélite, de plusieurs substances chimiques administrées par voie nasale ne prouve pas encore la possibilité de les utiliser dans la thérapeutique humaine. La solution d'acide picrique présente les meilleurs avantages pour la prophylaxie humaine, et cela non seulement parce que son efficacité est nettement démontrée, mais aussi en raison de son innocuité et de son faible effet irritant. Les auteurs recommandent d'appliquer cette substance chez l'homme au moyen d'un pulvérisateur pendant 3 jours successifs, et ensuite à des intervalles de 7 à 10 jours pendant l'épidémie de poliomyélite. La solution appliquée doit entrer en contact étroit avec la muqueuse nasale, et il est préférable que ce traitement prophylactique soit effectué par un spécialiste en rhino-pharyngologie, qui pourrait dans chaque cas individuel tenir compte des conditions anatomiques pour l'instillation.

S. ROCH.

P. LEREBOULLET. — **Les besoins alimentaires dans la première année de la vie.** « La Presse Médicale », No 9, 1937.

M. P. Lereboullet communique à l'Académie les conclusions adoptées par la réunion tenue à l'organisation d'hygiène de la Société des Nations (Genève, 11 et 12 décembre 1936). Le nombre des calories nécessaires par jour et par kilogramme de poids corporel peut être fixé à 110 pour le premier trimestre de la vie, à 100 pour le deuxième trimestre de la vie, et à 90 pour les six derniers mois de la première année, avec des fluctuations possibles de 10 pour cent en plus ou en moins. Pour les enfants nourris par leur mère, le besoin quotidien en protéines est d'environ 2 gr. par kilogramme; pour les enfants au biberon, de 3 gr. avec des fluctuations entre 2 et 4 gr. Les besoins en hydrates de carbone, graisse et sels minéraux sont trop variables pour être chiffrés avec précision.

L'allaitement maternel, qui est toujours supérieur à l'allaitement artificiel, doit être continué au moins jusqu'à l'âge de six mois, même dans le cas d'un allaitement mixte; il est utile de continuer l'allaitement maternel partiel jusqu'à l'âge de neuf mois. Pour l'allaitement maternel artificiel, il ne faut pas dépasser la quantité totale de 750 à 800 gr. de lait par jour. Dans certains pays, il y a une tendance, en faisant intervenir une autre alimentation, à diminuer progressivement cette quantité à partir de l'âge de six mois sans toutefois la réduire à moins de 500 gr. DANS certains pays, on maintient la même quantité de lait jusqu'à l'âge d'un an, ou on augmente, tout en commençant l'alimentation mixte dès l'âge de six mois, ou même plus tôt.

La vitamine C doit être donnée à partir de l'âge de 3 mois ou à partir de la deuxième semaine, si la mère a eu une alimentation déficiente à cet égard; la quantité donnée doit correspondre à une dose d'au moins 5 miligr. d'acide ascorbique par jour (une dizaine de centimètres cubes de jus d'orange ou de tomate).

La vitamine D doit être donnée à la dose de 500 unités internationales aux enfants qui vivent dans les pays peu ensoleillés et qui ne sont pas traités efficacement par les rayons ultra-violets. Il faut commencer à traiter les enfants dès l'âge de trois mois; il est bon de donner de la vitamine D à la femme enceinte dès le début de la grossesse. Il n'est nécessaire de donner une dose supplémentaire de vitamine A qu'aux enfants nourris au lait écrémé ou au babeurre.

Un traitement préventif de l'anémie par l'administration de fer n'est indispensable que chez les prématurés et les jumeaux.

Il est à conseiller de donner une assez grande quantité de céréales à l'âge de six mois à tous les enfants, aussi bien à ceux qui sont alimentés au sein qu'à ceux qui reçoivent l'alimentation artificielle (par exemple 15 à 25 gr. par jour). Avant l'âge de six mois, des quantités inférieures sont admises (par exemple 5 à 10 gr. par jour). Il faut donner des légumes un mois environ après les céréales. Les épinards, les carottes et les pommes de terre sont les légumes à donner de préférence. La quantité recommandée est d'une ou deux cuillerées à soupe de légumes cuits. Les œufs peuvent être donnés au cours du deuxième semestre de la première année, et de préférence vers la fin, sous réserve de leur tolérance par l'enfant. Le bouillon de viande peut servir à préparer les bouillies de céréales; il peut être remplacé par le bouillon de légumes. A titre d'exception, on peut donner de petites quantités de viande et de poisson maigres, finement divisés, avant la fin de la première année.

Les conclusions portent ensuite sur les besoins alimentaires des prématurés (ils ont besoin de plus de calories que les enfants nés à terme, de plus de vitamine D et de fer), sur la qualité et la préparation des aliments, sur l'influence des maladies infectieuses, sur l'alimentation des femmes enceintes et allaitantes, sur la nécessité d'un contrôle anté et post-natal.

S. ROCH.

Une formule nouvelle

PHOSPHO-STRYCHNAL

groupe en un seul produit

La médication strychnique
La médication phosphorée
La médication polyphosphatée

Gouttes 20 à 40 par jour.

Asthénie - Anorexie - Convalescence

Laboratoires Longuet
Paris

J. Eddé Limitée, Agent Général
Montréal

Une Médication fidèle

OCREINE GREMY

Principe actif du Corps jaune de l'ovaire

Traitement des troubles menstruels par insuffisance ovarienne

2 à 5 Pilules

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

Laboratoires Gremy
Paris

J. Eddé Limitée, Agent Général
Montréal

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.



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.

E. SONNENBERG. — **Neuf ans de traitement préventif de la syphilis par le bismuth à Lodz** (Pologne). « La Presse Médicale », No 8, 1937.

Sonnenberg expose les résultats réalisés par le traitement préventif de la syphilis par l'émulsion de bismuth métallique. La nouvelle technique comporte une injection de 2 cmc 5 d'émulsion à 10 pour cent tous les quinze jours. Ce traitement peut être prolongé indéfiniment sans dommage pour la santé des personnes intéressées. Sonnenberg souligne cette tolérance à l'égard de la prévention métallo-bismuthique de la syphilis chez plusieurs prostituées qui subissent les injections de « saletrzan » depuis sept, huit ou neuf ans. Les quelques échecs rares ont été observés soit chez des sujets ayant reçu une quantité insuffisante de bismuth au début du traitement, soit chez des sujets qui recevaient les injections d'une façon irrégulière.

S. ROCH.

F.-J. TOURANGEAU et P. DRINKER. — **Le pouvoir filtrant du nez humain.** « Journal d'Hygiène industrielle et Tox. », Volume 19, No 1, p. 53.

L'auteur décrit les méthodes en usage pour déterminer le pouvoir filtrant du nez humain. Il a trouvé que les fosses nasales retenaient 30% des poussières inhalées, quoique d'autres expérimentateurs aient trouvé le chiffre de 70%. Il s'est servi d'une poussière fine de pierre à chaux.

S. ROCH.

CHIRURGIE

W. D. GATCH et J. E. OWEN. — **La technique de l'enfouissement de l'ulcère perforé du duodénum.** « Annals of Surgery », 1937, 105, 750.

L'ulcère du duodénum peut être enfoui aisément et avec sûreté en suturant par des points prenant la surface pré-pylorique gastrique et la paroi duodénale saine distale de la perforation. Cette technique n'entraîne pas d'obstruction pylorique ou duodénale et n'augmente pas non plus la sténose organique existante dans certains cas. Les examens radiologiques montrent une cure apparente de ces ulcères perforés traités de cette façon; il n'existe aucune stase gastrique pré-pylorique et le temps d'évacuation à travers le pylore et le duodénum se fait dans un délai normal. Cette méthode cependant ne doit pas être utilisée afin d'enfouir des perforations s'accompagnant d'abcès supra-duodénal.

Mercier FAUTEUX.

D. C. BALFOUR. — **Facteurs d'importance dans le pronostic du cancer de l'estomac.** « Annals of Surgery », 1937, 105, 733.

Toute discussion sur le cancer gastrique doit comprendre certaines références sur le diagnostic précoce. Le cancer de l'estomac dans sa phase

de début est situé de telle façon que dans probablement 90 p. 100 des cas la lésion devrait être réséquée avec succès bien qu'encore l'opérabilité ne soit que de 20 à 25 p. 100.

Les conclusions de ce rapport se basent sur l'étude d'une série de 4,793 cas opérés à la Clinique Mayo de 1906 à 1931. Chez 2,112 cas la tumeur a été réséquée soit dans un but palliatif soit dans l'espoir d'une guérison. Ceci est un taux d'opérabilité de 45 p. 100. Dans 17 p. 100 une gastro-entérostomie palliative fut pratiquée; dans 38 p. 100 ni la gastro-entérostomie ni la résection furent jugées indiquées. Chez les malades où il y eut résection, la mortalité opératoire fut de 13.9 p. 100. Plusieurs facteurs doivent être pris en considération dans le pronostic lorsque la tumeur peut être enlevée, ainsi l'âge du malade, la durée des troubles accusés, le degré d'acidité gastrique, l'étendue, la localisation et les caractères pathologiques de la lésion.

La survie est plus longue chez les malades dont l'histoire remonte à plus longtemps. Les malades présentant une acidité gastrique normale ont moins de bons résultats que ceux qui présentent une hypo-acidité. Les recherches basées sur le volume de la lésion ont montré que la survie est plus grande chez ceux qui ont une tumeur volumineuse. Par ailleurs plus la tumeur est située près du pylore, plus il est difficile d'espérer une guérison.

Mercier FAUTEUX.

Frederick W. WILLIAMS et Thomas J. O'KANE. — **Mortalité et diabète chirurgical.** « Surgery, Gynecology and Obstetrics », 956-963, mai 1937.

Il s'agit ici d'une étude de 496 cas répartis sur cinq années. Avant l'insuline, le diabétique n'avait qu'un avenir restreint, sujet aux moindres complications et incapable de résister à certaines interventions chirurgicales.

Il n'en est plus ainsi maintenant et le risque opératoire chez un diabétique, soumis à l'insuline, n'est pas plus grand que chez le non-diabétique.

Il y a une condition de succès qui s'impose, c'est la collaboration étroite entre médecin et chirurgien; ce dernier voit aux pansements, mais il est essentiel que le médecin suive de très près son malade.

Celui-ci a l'entière responsabilité du traitement médical: c'est lui qui, le plus souvent, fixe le moment de l'intervention et suggère le lieu de section, quand il s'agit d'amputations.

Les soins post-opératoires du diabétique sont clairement établis. Dès son retour de la salle d'opération, il reçoit un litre de sérum salé avec 25 ou 50 grammes de glucose; s'il y a indication, l'insuline est aussi donnée immédiatement.

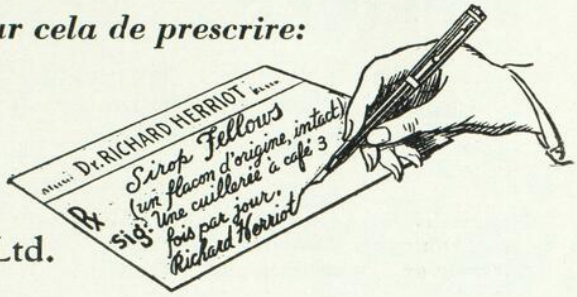
496 cas ont été colligés en cinq ans; de nombreux tableaux nous indiquent la mortalité par années, par lésions, avec ou sans traitement chirurgical.

Les résultats se sont grandement améliorés avec les années, la collaboration médico-chirurgicale est devenue plus intime et la procédure à suivre mieux connue.

Les lésions diabétiques des extrémités ont été classées par les auteurs en lésions purement vasculaires, purement infectieuses ou mixtes.

DANS LES CIRCONSTANCES SI
diverses où le
MÉTABOLISME des sels MINÉRAUX
joue un rôle décisif,
LE SIROP FELLOWS
AUX HYPOPHOSPHITES
qui est à même de parer au déséquilibre des ions
d'hydrogène, a un rôle particulier
et capital à remplir.

Il suffit pour cela de prescrire:



Echantillons sur demande

Fellows Medical Mfg. Co., Ltd.
286 Rue St. Paul, Ouest,
Montreal

Tout Déprimé
» Surmené

Tout Cérébral
» Intellectuel

Tout Convalescent
» Neurasthénique



est justiciable de la :

NEVROSTHENINE FREYSSINGE

6, Rue Abel
PARIS (12e)

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0,40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. - ***Ni sucre, ni alcool.***

CHLORAMINE FREYSSINGE
Pil. glut. titrées à 0,05 - 1 à 3 à chaq. repas - 6, R. Abel, Paris
DÉSINFECTION INTESTINALE PORTEURS DE GERMES

CAPSULES DARTOIS
0,05 Créosote titrée en Gaiacol. 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.

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.

La technique opératoire se borne à quatre modes d'intervention: 1) incision et drainage avec ostéotomie ou séquestrectomie; 2) amputation d'orteils; 3) amputation de la jambe au tiers inférieur et 4) amputation de la cuisse au niveau ou au-dessus des condyles fémoraux.

Trois points cardinaux à retenir: 1) éviter l'infection, 2) préserver la circulation et 3) éviter tout traumatisme.

La méthode recommandée veut qu'aucun lien ne soit placé afin d'éviter toute blessure aux vaisseaux sclérosés et pour ne pas nuire à la circulation collatérale: la section de la peau et du fascia doit être faite au bistouri électrique; la peau, le fascia et les muscles ne sont jamais séparés; les vaisseaux importants sont ligaturés le plus bas possible; les petits vaisseaux sont touchés à l'électro-coagulation; l'extrémité osseuse sectionnée est laissée telle qu'elle; les nerfs sont répérés, attachés, alcoolisés et coupés; la plaie est arrosée de sérum salé chaud; la fermeture de la peau est faite à la soie, sans tension; les muscles ne sont pas suturés.

Le premier pansement n'est fait dans les cas heureux que dix jours après l'opération; s'il y a infection, le drain est enlevé le troisième jour sans toucher au pansement.

L'organisation de ce service médico-chirurgical des diabétiques à forme chirurgicale a donné comme résultats: 1) une diminution de la mortalité de tous les cas de diabète chirurgical; 2) une diminution de la mortalité opératoire; 3) une diminution de la mortalité des cas opérés; 4) une diminution de la mortalité des cas de diabète chirurgical autres que la gangrène des membres; 5) une diminution de la mortalité des cas de lésions des extrémités inférieures non opérées.

La coopération médico-chirurgicale a donc fait baisser la mortalité du diabète chirurgical, elle a diminué le nombre des grandes amputations en faisant pratiquer à temps une intervention mineure et elle a abaissé la mortalité chez les grands amputés.

Edouard DESJARDINS.

UROLOGIE

Austin H. WOOD. — **Diagnostic et traitement des traumatismes du rein.** « The Journal of Urology », avril 1937, p. 437 à 465.

Les traumatismes rénaux de gravité variable peuvent accompagner les contusions générales; les symptômes ne sont pas toujours classiques et la concomitance de lésions d'autres appareils rend bien souvent le traitement difficile.

Les modifications du pouls, de la P.A., la défense musculaire et l'hématurie sont habituellement les symptômes les plus fréquents. La pyélographie intraveineuse rend de grands services et ne semble pas nuisible.

L'auteur rapporte une série de 225 cas où l'urographie intraveineuse fut employée dix-sept fois sans aucun inconvénient.

Le dommage causé au parenchyme rénal par le traumatisme amène une anurie complète ou temporaire produisant une diminution d'excrétion de la substance opaque. D'autre part, la portion qui n'est pas traumatisée excrète suffisamment pour donner un contour permettant de reconnaître la partie

rupturée. Cette méthode donne des renseignements précieux au point de vue diagnostic.

Afin de souligner la méthode de traitement employée l'auteur divise sa série de 25 cas en trois groupes:

1° 12 cas où le traitement conservateur amena la guérison.

2° 8 cas où la néphrectomie fut faite.

3° 5 cas où le traitement conservateur conduisit quand même à l'intervention.

Pour le premier groupe, le repos au lit jusqu'à la regression des symptômes dura de 18 à 20 jours. De petites doses de morphine, des lavements et de petites transfusions furent employés.

De ces 12 cas, un mourut de traumatisme cranien le lendemain de son entrée à l'hôpital malgré une trépanation décompressive faite par le neurochirurgien et un autre mourut de blessures du mésentère. Les 10 autres guérirent sans incident.

Dans le second groupe comprenant les malades présentant de grosses lésions du rein accompagnées de chute considérable de la P.A., d'une diminution formidable des globules rouges et de l'hémoglobine, une grosse masse lombaire et de l'hématurie, l'auteur se demande s'il n'y a pas intérêt, quand la gravité ne commande pas l'acte opératoire, à attendre deux ou trois jours afin de permettre à plusieurs vaisseaux de s'oblitérer par rétraction.

Dans ce groupe 7 néphrectomies guérirent sans incident; un autre cas où la suture du rein fut pratiquée présenta vers le 7e une ascension thermique et mourut le 15e jour de pneumonie lobaire.

Dans le troisième groupe, qui comprend 5 malades, l'auteur dut intervenir au cours de l'évolution malgré l'idée de traitement conservateur au début. Un cas fut suturé, trois néphrectomies furent faites, un autre fut simplement exploré. Deux de ces malades qui refusèrent l'intervention durent s'y soumettre un peu plus tard. Tous guérirent parfaitement.

Les 25 observations rapportées par l'auteur sont très intéressantes et contribuent par l'emploi de la pyélographie intraveineuse et les nombreuses planches radiographiques à faciliter le diagnostic et à instituer un traitement adéquat précoce.

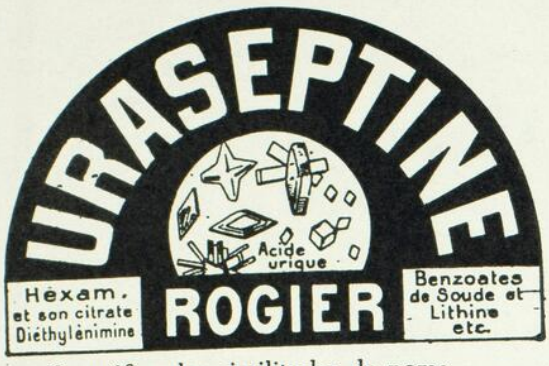
Paul BOURGEOIS.

PÉDIATRIE

R. TURQUETY (de Paris). — **L'hypertrophie cardiaque essentielle du nourrisson.** « Le Concours Médical », No 17, 25 avril 1937, p. 1253-1256.

Cette affection bien différenciée, signalée dès 1868 par Hénoch, en Allemagne, n'est connue en France que depuis une dizaine d'années. Elle est caractérisée par l'apparition subite — après un intervalle libre de plusieurs semaines ou de plusieurs mois — de troubles fonctionnels intenses (dypsnée, cyanose) et de signes physiques marqués (gros cœur, uniformément et globalement hypertrophié). Il n'y a pas de température. L'examen de la région précordiale ne permet de constater aucun bruit de souffle. Mais il existe de

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 — Urétrites — Pyuries — Blennorrhagies — Abcès urineux — Phosphaturie — Catarrhe de la Vessie — Goutte — Gravelle — Coliques hépatiques et néphrétiques — Rhumatismes — Calculs — Sables, etc., etc.

Echantillon et Littérature: **HENRY ROGIER, Pharmacien, Ancien interne des Hôpitaux de Paris.**
56, Boulevard PEREIRE, PARIS

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

MODÉRATEUR CARDIAQUE
SÉDATIF NERVEUX
ANTI-SPASMODIQUE

CARDIOSÉDINE

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

•

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

•

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE

•

Importations Européennes Ltée

637, rue Craig ouest MONTRÉAL

Tél. LA. 0315



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

A VOTRE DISPOSITION

Votre banque n'est pas seulement votre caissière et la dépositaire de vos capitaux d'épargne. Elle est en état de vous rendre d'autres services. Vos occupations et vos préoccupations d'ordre professionnel ne vous laissent guère le loisir de vous documenter au jour le jour sur les questions d'affaires. Vous n'en êtes pas moins tenu, à l'occasion, de résoudre certains problèmes financiers qui mettent en jeu vos intérêts. Recourez donc avec confiance au gérant de votre banque dont les avis désintéressés vous seront souvent utiles.

BANQUE CANADIENNE NATIONALE

Toutes opérations de banque et de placement

553 bureaux au Canada

Filiale à Paris

Banque Canadienne Nationale (France)

37, rue de Caumartin

la tachycardie et le cœur est gros. La radiographie montre un « cœur en boule », c'est-à-dire une augmentation considérable de l'ombre cardiaque, portant sur toutes les cavités; cette ombre est différente de l'image de la péricardite et s'en distingue par la mobilité de ses contours et la netteté des battements.

A l'autopsie, l'augmentation du volume du cœur est appréciable; le poids de cet organe peut être le double, le triple, voire même le quadruple de la normale. On constate à la fois une hypertrophie considérable des parois et une dilatation des cavités. Cette hypertrophie, qui est globale, prédomine toutefois sur les ventricules, le gauche principalement. Il n'y a aucune malformation: « C'est un très gros cœur normalement conformé ».

Telles sont les notions que nous possédons actuellement sur cette curieuse affection, dont nous ignorons encore l'étiologie et la pathogénie, mais que nous devons savoir reconnaître et différencier des autres maladies du cœur dans la première enfance.

Paul LETONDAL.

RADIOLOGIE

J. R. LINGLEY. — **Tumeurs malignes non obstruantes du petit intestin (Non Obstructing Malignant Tumors of the Small Bowel)**, « Amer. Journ. of Roentg. and Radiumth. », Vol. 36, 1936, p. 902.

En général les tumeurs malignes de l'intestin grêle déterminent sténose et obstruction. Néanmoins, un quart des vingt-cinq cas observés au Massachusetts General Hospital de Boston ne présentait pas encore d'obstruction. L'examen radiologique avait dans ces circonstances révélé une irrégularité des contours; la lumière intestinale s'était rétrécie et l'on constatait de la dilatation en amont.

En dépit du fait que la sténose n'était pas complète, la lésion s'accusait après même le passage du baryum à cause d'une imprégnation opaque de la muqueuse ulcérée.

A l'opération on a toujours pu palper une masse dont les caractères étaient prévus par l'examen radiologique.

Pour augmenter les chances de découvrir une néoplasie du grêle, il faut pratiquer la fluoroscopie et la radiographie à des intervalles réguliers après la prise du baryum.

Albert JUTRAS.

SOCIÉTÉS

RÉUNION SCIENTIFIQUE DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME

Le jeudi, 11 mars 1937.

Un cas dont le diagnostic est à préciser. — Jean SAUCIER.

A. P... 15 ans.

Renseignements anamnestiques : Le passé médical de la malade est sans intérêt. Une particularité familiale est plus intéressante: un frère de la malade est actuellement ataxique et présente un syndrome ayant débuté vers le même âge et offrant des caractéristiques évolutives à peu près identiques.

Maladie actuelle : Vers l'âge de douze ans et demi légère hésitation de la démarche et maladresse manuelles; rares céphalées et lombalgies. Dans la suite céphalées et lombalgies très fréquentes et progression constante des manifestations dysmétriques. Prédominance des manifestations pathologiques à gauche.

À l'examen: On retrouve la démarche hésitante déjà mentionnée. La station debout les pieds rapprochés au maximum est possible mais difficile à maintenir, les yeux ouverts ou fermés. Il n'existe pas d'atrophies musculaires. La force segmentaire est bonne. Les diverses épreuves de la sensibilité, superficielle et profonde, ne révèlent aucune perturbation des voies sensitives. Les réflexes tendineux paraissent abolis aux membres supérieurs; aux membres inférieurs, les achilléens sont abolis et il en est de même du rotulien gauche; le rotulien droit est présent, mais pour le mettre en évidence il faut recourir aux manœuvres de renforcement. Le massétérin est normal. Les réflexes cutanés sont normaux. Les diverses épreuves cérébelleuses mettent en évidence une dysmétrie nette du côté des membres gauches, beaucoup moins marquée à droite. Les nerfs crâniens sont normaux à l'exception de la sixième paire gauche qui est légèrement parésiée. Enfin, la percussion du rachis est un peu douloureuse au niveau des dernières dorsales. La ponction lombaire n'a rien ajouté aux renseignements. Le Wassermann du sang est négatif.

Eléments du diagnostic : Il s'agit, en résumé, d'une affection familiale, — un frère présente la même affection à un stade plus avancé, — d'une affection évoluant progressivement, sans à-coups, et se caractérisant essentiellement par des abolitions de plusieurs réflexes tendineux et par des signes de déficit cérébelleux, par une céphalée d'explication assez délicate et par des douleurs dorso-lombaires. Ce dernier signe est vraisemblablement attribuable à l'endolorissement des masses musculaires paravertébrales constamment sollicitées par les hésitations statiques et cinétiques de la malade;

SYMPTHYL

(Sympathyl français)

Extrait de cratægus 0,06 — Phénylmethylmalonylurée 0,01
Extrait de boldo 0,01
Hexaméthylènetetramine 0,06 — Peptone 0,03

RÉGULATEUR DU SYSTÈME NEURO-VÉGÉTATIF
(non toxique — **pas** de contre-indication)

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

LABORATOIRE DU SYMPATHYL
RENÉ & ROBERT CHANTEREAU
PARIS

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

THÉRAPEUTIQUE ANTALGIQUE
TRAITEMENT IODÉ
RADIODIAGNOSTIC

LIPIODOL LAFAY

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

AMPOULES
CAPSULES
EMULSION
COMPRIMÉS

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

TENEBRYL GUERBET

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

Moyen de contraste pour Urographie Intraveineuse

LABORATOIRES A. GUERBET & CIE - PARIS

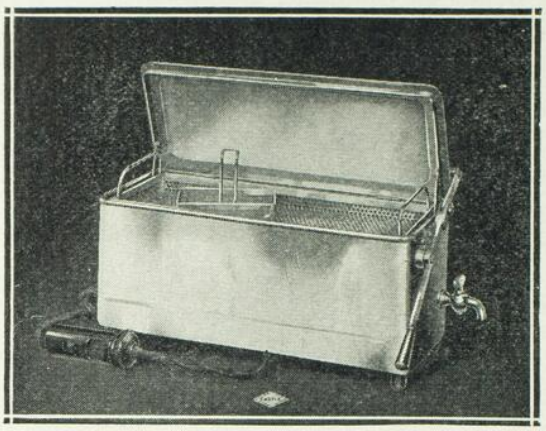
Agents pour le Canada: **VINANT Ltée,** 533, rue Bonsecours, **MONTRÉAL.**

STERILISATION

EFFICACE AUTOMATIQUE ECONOMIQUE

POUR

MEDECINS ET HOPITAUX



Les Stérilisateurs CASTLE vous assurent une stérilisation parfaite sans qu'il vous soit nécessaire de les surveiller constamment.

Installez un CASTLE "Full Automatic" entièrement automatique. Ils ne sont jamais en bas du point bouillant.

Ils maintiendront le degré de stérilisation sans qu'il soit nécessaire de tourner aucune clef.

Vous ne pouvez endommager le Stérilisateur par négligence.

La bouilloire est en bronze coulé d'un seul morceau.

WILMOT CASTLE COMPANY
Rochester, N. Y.

"CASTLE"

CASGRAIN & CHARBONNEAU LIMITÉE, MONTRÉAL

Représentants Exclusifs

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

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

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

Westinghouse X-Ray

Littérature descriptive gracieusement fournie

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée

Représentants Exclusifs

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

nous avons, du reste, éliminé par une radio de la colonne dorso-lombaire les éventualités de grosses lésions vertébrales: la malade présente une peu d'épiphysite. Elle n'a ni cyphose ni scoliose; c'est un élément négatif de diagnostic. Dans le même ordre de fait nous ne retrouvons pas de malformations au niveau des membres, notamment aux pieds. La voie pyramidale est indemne. La parésie de la sixième paire gauche est un épiphénomène qui remonte peut-être à la naissance. Il n'existe pas de nystagmus. Nous n'avons pas de diagnostic précis à offrir. Nous demandons à l'assemblée de nous aider à résoudre ce problème.

Discussion.

Dr AMYOT: Il est regrettable qu'une malade dont on communiquait l'observation ce matin n'ait pas été présente à la salle d'examen. D'autre part, je connais un peu la malade, parce que je l'ai vue dans le service.

Elle appartient à une famille dont un membre a présenté le même syndrome débutant à peu près à la même date et appartenant à la même famille; ce sont là des caractères qui individualisent la malade au point de vue pathologique de la maladie.

Il y a en neurologie, une grande classe de maladies familiales qui sont souvent héréditaires. Le syndrome de cette malade ne peut pas être classé dans les maladies typiques décrites à date, mais il se rapproche par certains signes de la maladie de Friedrich. Il lui manque cependant des symptômes caractéristiques comme la déformation du gros orteil, le signe de Babinski et la cyphose. Mais de cette maladie il possède une absence des réflexes tendineux et des signes cérébelleux. Doit-on la classer dans la maladie de Friedrich ou doit-on en faire tout simplement une maladie familiale atypique?

En Neurologie, les maladies familiales peuvent présenter des formes infiniment variées, selon que l'on étudie tel ou tel malade.

Il y a des cas qui se classent plus facilement comme la maladie de Friedrich. Il y en a un grand nombre qui ne peuvent pas être classées.

Celle-ci doit-être rapprochée de la maladie de Friedrich pour les raisons que je viens de donner.

Dr SAUCIER: Nous avons causé longtemps de cette malade, le Dr Amyot et moi.

Il ne sert à rien de compliquer les choses en donnant un nom nouveau à cette maladie. Le mieux que nous puissions faire est de la ranger dans les « *maladies familiales* ».

Je ne crois pas qu'il faille insister. Il s'agit, jusqu'à preuve du contraire, d'une maladie de Friedrich atypique.

Un cas de diabète infantile. — A. GUILBAULT et C.-E. GRIGNON.

L'enfant Claude L., âgé de 18 mois admis dans le service de pédiatrie pour diabète, le 2 décembre 1936.

Antécédents familiaux: Père et mère en bonne santé.

Les cinq frères ou sœurs jouissent également d'une bonne santé.

Antécédents personnels: Né à terme par un accouchement normal, avec un poids de naissance de 8 livres.

N'a pas reçu le B.C.G.

A fait une rougeole, il y a plusieurs mois qui a évolué normalement.

Conditions de vie à domicile: Foyer à l'aise. Parents soucieux de la santé de leurs enfants.

Maladie actuelle: Deux jours avant son admission l'enfant fut pris brusquement d'une soif très vive.

Tout ce qu'il rencontrait de liquide était aussitôt avidement bu. De plus, la mère note que l'enfant maigrit à vue d'œil et que ses mictions sont devenues d'une fréquence étonnante.

Enfin les selles sont décolorées.

L'enfant ne sort de sa torpeur que pour boire.

Hyperthermie à 103°.

Le Docteur François Archambault appelé au chevet de son neveu réalise d'après les symptômes la possibilité d'un diabète; l'analyse des urines, pratiquée immédiatement, montre une grande quantité de sucre et d'acétone; l'enfant est dirigé aussitôt vers l'hôpital Notre-Dame.

Examen à l'arrivée du patient: Poids 22 livres. Taille 32 pouces. L'enfant est très déshydraté. Le pli de la peau persiste; les globes oculaires sont mous.

Les membres sont tantôt flasques, tantôt rigides.

Les réflexes ostéo-tendineux sont presque abolis.

Pendant l'examen, l'enfant sort de son semi coma pour laisser échapper une plainte de temps à autres.

Poumons normaux.

Cœur: souffle systolique à la pointe.

Conformation du squelette: normal.

Aucun signe de rachitisme.

La radiographie du crâne ne révèle rien d'anormal.

Examen du sang: Urée, 0.50. Sucre, 1 gr .48. Formule normale.

Analyse des selles: Amidon non digéré. Graisse, mucus, pus: absence.

Analyse des urines: Sucre et acétone en grande abondance.

Le traitement de cet état de précoma diabétique fut aussitôt institué.

Dryco (lait sec écremé) 26 cuillerées à soupe rases et foulées à dissoudre dans 83 onces de sérum glucosé à 47%. Ce qui fournit 900 calories pour un enfant de 22 livres: 40 calories par livre de poids et par jour.

Le Dryco est un lait sec qui contient 12% de gras, 46% de sucre de lait, 32% de protéines.

26 cuillerées à soupe pèsent 100 grammes.

Le régime prescrit contenait donc: 12 grammes de graisse, 46 grammes d'hydrate de carbonne, 32 grammes de protéine et en plus 115 grammes de glucose provenant des 83 onces de sérum glucosé isotonique.

Donner 7 onces de ce mélange au biberon à toutes les 2 heures — 12 fois par jour.

Avant chaque boire analyser sucre et acétone des urines.

Donner 5 unités d'insuline avant chaque boire.

Traitement accessoire: Coramine, 15 gouttes per os à toutes les 6 heures.

Grand lavement évacuant chaud.

Tenir l'enfant chaudement.

Avec un tel régime quatre alternatives pouvaient se présenter:



QUAND les nerfs sont irrités, que le sommeil paraît impossible, calmez votre malade avec le sédatif proéminent, le tonique calmant, ELIXIR GABAIL. Ne contient pas de *barbital*. Son efficacité est due à l'extrait de Valériane et à l'acide valérianique combinés, auxquels on a enlevé l'odeur et la saveur répugnante sans en affaiblir les propriétés curatives.

ELIXIR GABAIL

VALÉRO-BROMURÉ

Littérature et échantillon de:

L'ANGLO-FRENCH DRUG CIE, 354 Sainte-Catherine Est, MONTRÉAL

MALTLEVOL

(MARQUE DÉPOSÉE)

Cette préparation contient de la Levure (Vitamine B), Extrait de Foie Frais concentré (Vitamines A et D), Lécithine (Vitamines A, B, C et D), Fer Organique, Moelle d'Os (Vitamine A), avec de l'Extrait de Malt (Vitamines B-1, B-2, et 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.

Évitez les substituts en spécifiant MALTLEVOL en flacons originaux cachetés de 12 onces.

POSOLOGIE

Adultes: Une cuillerée à soupe deux ou trois fois par jour, ou selon l'avis du médecin.
Enfants: Doses proportionnelles.

Manufacturée par

FRANK W. HORNER LIMITED

MONTRÉAL - Canada

À contenance élevée d'extrait de malt, l'INVALID STOUT exerce une étonnante action revitalisante, excite un appétit salutaire, apporte une joyeuse énergie.

L'avis du docteur:

« J'ai pu me rendre compte personnellement des propriétés toniques et stimulantes de votre PORTER », écrit un médecin, et il ajoute: « Je vous complimente d'avoir su allier en lui les propriétés fortifiantes à un goût excellent. »



INVALID STOUT

le **PORTER** *tonique*

1° Si sucre − + *a*) Si le malade va mieux ou se maintient: même traitement.

Si acétone + *b*) Si cas contraire: augmenter sucre et insuline.

2° Si sucre 0 } Aumenter sucre et augmenter ou non
Si acétone + } insuline.

3° Si sucre 0 } Continuer même ration de sucre et
Si acétone 0 } diminuer insuline.

4° Si sucre + } Augmenter l'insuline ou diminuer légèrement
Si acétone 0 } le sucre.

Le 5 décembre: L'acétone est disparu des urines, le sucre persiste.

Nous réduisons le sucre en prescrivant Dryco 42 cuillerées à soupe, eau pure, 50 onces.

Servir 8 onces du mélange à toutes les quatre heures.

Avant le boire, injecter trois unités d'insuline.

Le 7 décembre: Poids 23 livres 8 onces.

Servir dix onces du mélange cinq fois par jour.

Insuline deux unités avant chaque boire.

Le 14 décembre: Poids 23 livres 4 onces.

Régime normal.

Insuline 4 unités à toutes les 8 heures.

Depuis le 24 décembre, nous avons été forcés, par moments, d'augmenter de diminuer l'insuline, l'enfant ayant fait des infections.

Le 7 mars 1937, l'enfant pèse 27 livres ¼. Depuis 15 jours des troubles digestifs relevant d'un excès de putréfactions intestinales ont nécessité un régime riche en farine. Aussi nous avons élevé les doses d'insuline et la maladie reste sous contrôle.

Ce cas est intéressant, croyons-nous, parce qu'il nous a permis de prescrire avec succès un traitement de pré-coma diabétique chez un nourrisson âgé de 18 mois. Disons que la décoloration des matières fécales nous a posé le problème d'une pancréatite aiguë. La brusque apparition de la polydipsie, de la polyurie et enfin de tous les symptômes cadreront bien avec cette hypothèse.

Discussion:

M. L.-H. GARIEPY: Lorsqu'on a le malheur d'avoir affaire à un nourrisson diabétique, je pense qu'on en a plein les mains.

Dans le cas présent, le traitement a été un succès, ceci dit pour souligner l'importance de la spécialité et de la collaboration entre les différents services.

M. GUILBAULT: Le cas sera encore plus compliqué dans quelques années, quand l'enfant sera moins enfant que jamais et qu'il se croira aussi homme que toujours.

Ici, on a eu de bons résultats, mais le cas se trouvait compliqué par les troubles digestifs qu'a présentés l'enfant. Cependant le pronostic reste réservé.

Le problème deviendra encore plus difficile, quand, vers l'âge de 4 ou 5 ans, il faudra faire suivre un régime à cet enfant. Quand on réalise la diffi-

culté qu'il y a à en faire suivre par les adultes...

Nous sommes obligés de le mettre à dfiférents régimes et nous serions heureux d'accepter les suggestions de nos confrères.

M. GRIGNON: Cette observation est intéressante à cause du problème étiologique qui se posait quand le petit malade est arrivé dans le service, se plaignant de coliques très vives qui le faisaient se plier en deux. Il avait des selles très nombreuses et complètement décolorées. Le problème d'une *pancréatite aiguë* s'est posé à ce moment-là. La température la première journée était de 103°, et, au bout de 3 ou 4 jours tout est rentré dans l'ordre.

Nous n'avons pas pu faire les « tests », les rapports de laboratoire étant insuffisants pour le dosage de lipase et de diastase.

Je crois que ce malade serait très intéressant à surveiller dans l'avenir. S'il a fait une pancréatite aiguë, le pancréas pourrait se régénérer. Dans quelques années peut-être ne présentera-t-il aucun de ces troubles.

A quel moment de la journée faut-il administrer de l'insuline?
C.-E. GRIGNON.

Cette communication paraîtra ultérieurement comme article original dans l'*Union Médicale du Canada.*

Hallux valgus et orteil en marteau. — Jean TREMBLAY.

1) *Orteil en marteau.*

C'est une affection commune frappant avec prédilection le second orteil et quelquefois le troisième.

La première phalange est fortement redressée, la seconde phalange est fléchie à angle aigu sur la première et pointe vers le sol. Le sommet de l'angle est l'articulation interphalangienne. La peau s'épaissit à ce niveau, frotte sur la chaussure, il se développe un hygroma qui s'enflamme et provoque de la douleur et de l'infection.

La cause de cette affection serait la longueur anormale du deuxième orteil et les chaussures trop courtes. Pour d'autres, la cause serait une exostose ostéogénique développée à la base de la première phalange.

Traitement: Les appareils, bandages, ligatures sont inefficaces et douloureux. Seul le traitement chirurgical peut supprimer la déformation. Si le second orteil a assez de place pour se loger entre le premier et le troisième on fait une section des têtes des phalanges. Si l'orteil n'a pas le champ libre il vaut mieux l'amputer.

2) *Hallux Valgus.*

Maladie fréquente et souvent bilatérale. Chez l'adulte c'est une déformation due à l'arthrite sèche. Chez l'adolescent on admet que la cause est une exostose ostéogénique de la base du métatarsien. Cette affection l'accompagne aussi d'une bourse séreuse qui s'enflamme. Maladie très douloureuse.

Traitement: C'est un traitement chirurgical. Les attelles internes, les tractions sont douloureuses si inefficaces. Les opérations sont nombreuses. Résection de l'articulation métacarpophalangienne; résection de la base du premier métatarsien (Juvara) sont des opérations touchant le cartilage fertile et qu'on ne doit pas employer chez les adolescents.

Opérations sur la tête du métacarpien. — Résection cunéiforme de la tête. — Résection complète de la tête. — On préconise quelquefois la résection

HISTIDIN - IFAH

Au point de vue thérapeutique les propriétés caractéristiques sont:

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

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

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

Sous la désignation HISTIDIN - IFAH nous vendons une solution à 4% de chlorhydrate d'histidine en ampoules de 5 cm³ pour injections intramusculaires et intraveineuses.

INDICATIONS: **Ulcus ventriculi** et **duodeni**, notamment dans les **cas récents.** Dans le cas d'ulcères chroniques, récidivants, avec des adhésions périgastriques et périduodénales on constate une amélioration.

DOSES: 5 cm³ par jour par voie intramusculaire ou intraveineuse. En tout 18 à 25 injections.

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

PRESENTATION: 5 et 20 ampoules à 5 cm³.

" IFAH ", G.m.b.H. Hambourg 21 (Allemagne) 56 Humboldstrasse

Renseignements fournis sur demande:

" IFAH ", Pharm. Products — (W. E. Ranniger)
MArquette 9824

1231 ouest, rue Ste-Catherine, - - - Montréal, Qué.

Les Lithinés du Dr Gustin

Procurent économiquement une très bonne Eau de table et de régime

Alcaline - Lithinée - Pétillante - Digestive

Indications:

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

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

Magnésie du Dr Gustin

MAGNÉSIE LOURDE, ASSIMILABLE

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

PRODUITS FRANÇAIS

LA CIE CANADIENNE DES AGENCES MODERNES

6614, DeLORIMIER **DOllard 1355** **MONTRÉAL**

LAIT DE BEURRE

"SANTÉINE"

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

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

J. J. Joubert LIMITÉE

de l'exostose seule c'est une opération incomplète. La technique que nous pratiquons est la suivante: Nous faisons une résection complète de la tête du métatarsien avec conservation du cartilage d'encroûtement articulaire. La résection faite on coiffe l'extrémité inférieure du métatarsien avec la calotte cartilagineuse.

Comme voie d'abord nous nous servons d'une incision interdigitale dans le premier espace. Nous abordons notre articulation par le côté externe. Nous luxons notre phalange en dedans et nous avons un champ assez large pour réséquer la tête du métatarsien.

Cette opération donne de bons résultats, en général nos malades marchent quinze jours après l'opération.

Nous avons eu l'occasion de rencontrer une malade ayant des orteils en marteau et des hallux valgus et que nous avons opérée avec succès.

Discussion:

M. BLAGDON: Je veux ajouter une remarque.

La technique de l'incision inter-digitale préconisée par le Docteur Tremblay me paraît une grande amélioration sur les autres procédés opératoires.

1° J'aimerais savoir ce qu'il fait de la bourse séreuse au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne. L'enlève-t-il toujours?

2° Est-ce qu'il immobilise l'orteil avec une planchette après l'opération ou met-il simplement un pansement?

M. TREMBLAY: La bourse séreuse métacarpo-phalangienne s'enlève facilement par l'incision interne.

Comme pansement, je place un tampon entre le premier et le deuxième orteil et je fixe une planchette sur le côté interne du pied. Pas de plâtre.

Au bout de cinq (5) jours, j'enlève le drain et, au bout de treize (13) à 14 jours, le malade marche.

Cette malade a été opérée depuis plus d'un mois, marche depuis. Ce matin, elle est venue de la rue Garnier et Laurier à l'hôpital et n'était pas trop fatiguée.

Encéphalopathie saturnine. — Henri GELINAS.

Monsieur X., 36 ans, peintre de son métier depuis l'âge de 18 ans, entre à l'hôpital dans le service du Professeur Benoît, le 12 février.

Depuis deux ans, coliques saturnines. En septembre ces symptômes se sont aggravés au point d'empêcher le malade de travailler une grande partie du temps. Au début de février l'état du malade est devenu inquiétant. Etat comateux entrecoupé d'accidents convulsifs et de délire. Usage modéré d'alcool.

Examen: le malade est inconscient. Pas de signes méningés. Il est pâle. Accès convulsifs deux jours après son admission.

Bouche: liséré de Burton caractéristique.

Cœur, poumons, abdomen: *rien à noter.*

Système nerveux: réflexes normaux.

Examens de laboratoire: 1° *Urée du sang*: 1 gr .06, le 12 février; 0.65 centigr. le 19 février.

2° *Urines*: traces d'albumine.

3° Ponction lombaire: liquide normal.
4° B. W. négatif pour le sang et le liquide céphalo-rachidien.
5° Glycémie: 1 gr. 10, à jeun.
6° Numération globulaire: le 12 février,
Gl. R. 31,000,000; Hém. 55%; Gl. B. 7,000; P.N. 66%; Gr. Mono. 10%; Lymph. 22%; Réticulocytes 6%.
Le 22 février:
Gl. R. 2,650,000; Hém. 55%; Réticulocytes 3%, Hém. granuleuses 1.50%.
7° Recherche du plomb dans les urines 0.21 centig. au litre.

Diagnostic: Encéphalopathie saturnine.

Evolution: A l'état comateux a succédé un délire qui a duré jusqu'au 21 février. Depuis ce moment, il n'a plus de douleurs abdominales.

Traitement:
1° Sérum glucosé et salé les premiers jours.
2° Diète lactée puis lacto-végétarienne.
3° Gluconate de calcium intra-veineux jusqu'au 22 février, 4 ampoules de 10 cc. à 10% chaque jour — les premiers jours — puis 2 ampoules les jours suivants.
4° Capsules A.B.D. No. 4, du 20 février au 5 mars.
5° Pilules Bland contre l'anémie.

Commentaires: Les métabolismes du plomb et du calcium sont étroitement liés. Une diète pauvre en calcium, riche en phosphore, carnée acide, favorise l'élimination du plomb mais peut provoquer des accidents. Par contre, une diète riche en calcium, pauvre en phosphore, constituée de lait, de farineux et de légumes amène une fixation du plomb sur les os. Au cours d'une crise aiguë de saturnisme, il faut employer une diète lacto-végétarienne additionnée de gluconate de calcium intraveineux à hautes doses au début, et de calcium par la bouche, plus tard.

Un mois environ après les accidents aigus, on peut utiliser l'iodure de potasse pour favoriser l'élimination du plomb accumulé au niveau des os. Une diète hyper-acide, carnée avec acide phosphorique officinal et chlorure d'ammonium est efficace. Elle est délicate d'emploi et ne peut se faire qu'à l'hôpital, car elle peut amener l'apparition d'accidents aigus graves.

Mentionnons la grande importance de la recherche des réticulocytes, lesquels ne dépassent pas 1% dans le sang normal, et celle des hématies granuleuses qui sont en quelque sorte la signature du saturnisme mais plus difficiles à compter cependant que les réticulocytes.

Discussion:

M. AMYOT: Cette observation présente un intérêt clinique et médico-légal. Le saturnisme de ce malade doit être envisagé comme une maladie professionnelle. Il est évident qu'il a été intoxiqué par le plomb et à son travail. Les remarques que je veux faire ont un intérêt purement doctrinal. Le plomb crée des lésions variées dans l'organisme: lésions nerveuses, rénales, vasculo-sanguines. Ce qu'on classe sous la dénomination d'encéphalopathie saturnine comprend des troubles provoqués par des lésions multiples. Le plus souvent, il s'agit d'œdème cérébral, de ramollissement, d'hémorragie, d'angiospasme,

parfois d'urémie. Ces lésions ne sont pas causées strictement par le plomb. Elles dépendent plutôt d'une néphrite chronique avec ou sans hypertension artérielle, que le plomb a fait naître.

A mon avis, le malade du Docteur Gélinas offre un exemple de ce que j'avance. Une encéphalopathie avec coma et confusion mentale était l'effet d'une urémie par néphrite saturnine chronique.

Encore une fois le problème étiologique n'est pas changé, mais l'interprétation pathogénique de syndrome peut être envisagée comme je l'ai suggéré.

M. GELINAS: Je ne suis pas de l'avis du Docteur Amyot.

L'urée du sang était de 1.06 le 12 février.

D'habitude, une telle dose d'urée dans le sang ne donne pas de coma ni de délire. Elle était de 0.65 centigrammes, le 19 février. Dose insuffisante pour expliquer le délire qu'il présentait à cette date.

La présence de cet excès d'urée, dans le sang, ne s'explique pas, comme le dit le Docteur Amyot, par une « néphrite saturnine » mais bien par le fait que le patient en question avait été soumis à un jeûne absolu pour quelques jours, sans hydratation d'aucune sorte, soit par sérum physiologique ou glucosé.

Maladie de Paget sur cicatrice de mamectomie.

Ls. C. SIMARD.

Dans un travail paru en 1930, dans le Bulletin de l'Association française pour l'Etude du Cancer, j'apportais, en faveur de la nature cancéreuse épidermotrope de la maladie de Paget du mamelon, défendue depuis longtemps par Thin, Jacobeus, Ribbert, Pautrier, Masson et plusieurs autres, des arguments nouveaux tirés de l'observation clinique, de l'histologie et de l'expérimentation. J'affirmais que l'image histologique de la maladie de Paget ne différait pas de celle de certains épithéliomas du sein qui envahissent l'épiderme. Dans le premier cas, Paget — le cancer né de la glande ou des canaux galactophores envahit exclusivement et pendant longtemps les revêtements épithéliaux et surtout l'épiderme; dans le second, l'invasion épidermique est un accident à marche rapide dans l'évolution d'un cancer perçu cliniquement en profondeur. Mais dans les deux cas les cellules étrangères intraépidermiques sont de même aspect et de nature épithéliomateuse.

Voici une observation ajoutée à celles que je publiais en 1930 qui démontre, semble-t-il, que le cancer mammaire a précédé et déterminé une maladie de Paget authentique.

Observation: Madame A.D., 81 ans, se présente en mai 1934, dans le service du professeur agrégé A. Marin, pour une lésion cutanée thoracique à gauche.

La malade déclare avoir eu il y a 18 ans une tumeur du sein gauche, sans lésions cutanées. Opérée en 1917, on pratiqua une mamectomie avec curage de l'aisselle. Elle vit apparaître sur la cicatrice, un an après l'intervention, une petite lésion croûteuse qu'elle prit pour de l'eczéma. Depuis 1918, la lésion s'est étendue lentement et graduellement et a atteint les proportions actuelles.

La lésion consiste en une nappe érythémateuse bien délimitée à contours irréguliers et légèrement infiltrée, recouverte par endroits de squames

et de croûtes. Par endroits apparaissent des plages de peau atrophiée et blanchâtre. Cette nappe déborde la ligne médio-sternale à droite, s'étend jusqu'à la ligne axillaire gauche et va de la troisième côte en haut jusqu'au bord inférieur de la cinquième côte en bas.

La palpation révèle en profondeur, au milieu de la nappe erythémato-squameuse une masse étalée, non mobile sur les plans profonds, et adhérente à la peau.

La cicatrice de l'aisselle et de la racine du bras n'est pas modifiée.

Une large biopsie a été pratiquée en bordure de la lésion près de l'aisselle.

Point n'est besoin de fournir une longue description histologique de la biopsie. L'image histologique est celle de la maladie de Paget classique avec cellules claires, souvent en mitoses, disséminées dans l'épiderme.

Cette observation démontre qu'un cancer du sein enlevé il y a très longtemps peut récidiver et évoluer sous forme de maladie de Paget. C'est en quelque sorte la démonstration de la nature cancéreuse de la maladie de Paget, et à ce point de vue notre observation a la valeur d'une expérience. Elle appuie l'expérimentation que nous avions pratiquée sur le cancer mammaire de la souris, grâce à laquelle nous avions pu faire apparaître dans l'épiderme des cellules de Paget caractéristiques venant d'un cancer mammaire sous-jacent.

La maladie de Paget ne doit pas être considérée, ainsi que le fait Darier et son école, comme une lésion précancéreuse avec période de début, période d'état et période de cancer, mais comme un cancer dès le début, de son apparition et doit être traité comme tel maladie.

Discussion:

M. BLAGDON: Observation intéressante, instructive et concluante. Je remercie le Docteur Simard de nous l'avoir présentée.

M. SIMARD: Depuis la rédaction de l'observation qui apparaît au programme, j'ai obtenu des renseignements complémentaires. Cette femme a été opérée par feu le Docteur Ledoux de Sherbrooke, pour maladie de Paget du sein.

Ce détail ajoute de l'intérêt à l'observation. Celle-ci est, en effet, une véritable expérimentation sur la maladie de Paget. L'intervention, qui fut une mamectomie, a greffé dans les lèvres d'une peau saine des cellules de nature néoplasique qui ont réalisé un an après une nouvelle image de la maladie de Paget. La maladie de Paget, entité clinique, se comporte donc comme un cancer qui peut récidiver après ablation du sein.

M. BERNIER: Il me semble que si l'on a enlevé, il y a vingt (20) ans, un sein ne présentant pas de lésions cutanées et fait un évidement ganglionnaire et qu'aujourd'hui on retrouve une maladie de Paget dans la cicatrice, cette observation n'indique pas nécessairement une origine glandulaire de la maladie de Paget. Elle serait plutôt en faveur d'une origine épidermique de la maladie de Paget. *Sublata causa tollitur effectus.*

En effet, si réellement l'origine du Paget est un cancer glandulaire sous jacent, si on l'a enlevé totalement et qu'il n'existait pas de Paget, alors on comprend mal par la suite l'apparition du Paget, son *primum movens* étant disparu.



L'AGENT DE CHANGE

"Magnifique! Magnifique! Ça vaut une bonne Sweet Caporal."

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



CIGARETTES
SWEET CAPORAL

Bronchites

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

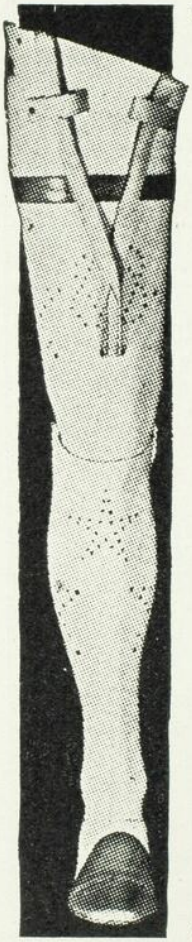
MATIN, MIDI et SOIR une cuillerée à soupe de

SIROP FAMEL

Echantillons gratuits sur simple demande adressée à

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

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



Dernière Création de la Prothèse

Prodige de la mécanique moderne.

Une jambe artificielle en métal, presque **"naturelle"** grâce à son articulation sur billes du genou et de la cheville. Plus solide et plus légère que les appareils de prothèse en bois, fibre ou cuir.

Cuissard et molletière parfaitement moulés — Pièces de rechange uniformes — Pas de rivets criards — Forme gracieuse; *fini spécial qui élimine la peinture et protège le métal.*

DUCKETT

La merveilleuse invention dont la jambe illustrée ci-contre est la résultante, a étonné des fabricants de membres artificiels du monde entier.

Cet appareil vaut d'être examiné par les chirurgiens qui s'intéressent au sort de leur patient après l'opération et désirent procurer à l'amputé tout le confort et la capacité possibles avec un appareil.

J. A. DUCKETT

Membres Artificiels, Appareils Orthopédiques, Bandes Herniaires, Ceintures Abdominales, etc.

2014, RUE BLEURY, angle Ontario
MONTREAL **Téléphone HArbour 0630**

M. SIMARD: Je viens de dire, comme détail complémentaire, que la maladie présenta, il y a 20 ans, une lésion de Paget et le point que j'ai soulevé n'était pas de savoir si le cancer avait débuté à l'épiderme ou dans la glande. L'ablation du sein, ablation large, a rencontré, certainement, des cellules néoplasiques dans la profondeur, puisqu'il y a eu ensemencement et récidive dans la cicatrice. Et l'intérêt de cette récidive réside en ceci qu'elle a déterminé une nouvelle maladie de Paget, démontrant, par là, la nature cancéreuse de celle-ci.

Arthrose poly-micro traumatique. — A. BELLEROSE et L. BERGERON.

Lit 362-16.

Monsieur J. L., âgé de 51 ans, admis à l'hôpital le 19 février 1937, présentant au coude droit un gonflement considérable et une immobilité presque complète de l'articulation. La veille, ce monsieur glissa et tomba sur le trottoir. A l'hôpital, le diagnostic de fracture est confirmé par la radiographie qui montre une fracture transversale complète de l'extrémité inférieure de la diaphyse humérale sans déplacement.

Voilà qui est banal, mais la radiographie démontre, en plus, quelque chose *d'intéressant*: soit des manifestations d'arthrite et de péri-arthrite chronique du coude (déformation de la tête radiale, très grosse calcification irrégulière, en avant de l'épiphyse humérale.

Examen du malade: Antécédents, rien à noter. *Personnel*, raideur du coude droit depuis quelques années. *Forgeron* depuis 20 ans. L'examen ne révèle rien d'intéressant, sauf la lésion du coude.

Considérations:

Nous croyons que ce cas est très intéressant, tant par sa rareté que par le problème qu'il soulève au point de vue réclamations futures. Il entre bien dans la maladie professionnelle, connue sous le nom d'arthrose poly-micro traumatique, décrite pour la première fois par P. Weil.

Cette maladie a fait l'objet d'un récent travail paru dans la Presse Médicale, où il y a 10 cas de rapportés.

On la rencontre exclusivement chez les ouvriers que leur travail expose à de petits traumatismes répétés du bras. Le principal groupe est celui des mineurs travaillant dans des foreuses à air comprimé. On la rencontre aussi chez les forgerons, les chaudronniers, les ferblantiers. Elle ne se manifeste que par raideurs articulaires dans le membre intéressé, ce que nous rencontrons chez notre sujet, depuis quelques années.

Il ne faut pas croire que beaucoup d'ouvriers, ayant les professions susmentionnées, en soient atteints. Au contraire, c'est une maladie assez rare. Les auteurs allemands prétendent que le nombre des ouvriers atteints ne dépasserait pas 2 pour 1000.

Quant au problème médico-légal, les Allemands en font une maladie professionnelle. En France, il semble que le problème soit discuté.

Pas de discussion.

Kératomes disséminés blennorragiques des plantes des pieds.
Drs MARIN et SABETTA.

Lit 106-7.

D. E., 28 ans, C. F., marié.

Examen clinique cutané: Aux plantes des pieds multiples élevures coniques, dures, jaunâtres, cornées, comparables à des clous de tapissier, entourées d'un liséré érythémateux presque jambonné; plusieurs sont confluentes et forment des petites plaques hyperkératosiques. Par endroits, sur la plante des pieds, on remarque aussi des taches érythémateuses de couleur rouge vif qui correspondent aux sièges des anciens kératomes disparus.

Examen clinique général: Dents cariées, constipation, hémorroïdes, tachycardie, douleurs à l'épaule droite, tuméfactions aux genoux, chevilles, douleurs aux épaules et au cou.

Examen des voies génito-urinaires: Filaments dans le premier verre. Prostate légèrement augmentée de volume.

Histoire personnelle: Blennorragie il y a 8 ans. Réapparition d'un écoulement il y a deux mois avant admission à l'hôpital, accompagné de douleurs à la région cervicale. Une semaine après, les douleurs se généralisèrent avec accentuation aux genoux Un médecin lui donna 4 injections de charbon et les douleurs disparurent, mais pas la tuméfaction des genoux.

Remarques: L'intérêt de ce cas réside dans la rareté de cette dermatose et dans le fait qu'elle nous amène à comprendre la nature du rhumatisme dont ce malade souffre.

Il présente la triade symptômatique caractéristique: foyer chronique de gonococcie, rhumatisme, kératodermie.

Pas de discussion:

Reticulo sarcome de la langue et de la loge amygdalienne.
A. BERNIER.

Lit No 46 *Annexe* « C »

1er stage à l'hôpital:

Mme B., 52 ans, se présente à l'hôpital le 25 février 1936, pour une tuméfaction de la grosseur d'une pêche sous le maxillaire inférieur droit à l'union de la branche montante et de la branche horizontale. Cette tumeur serait apparue deux mois plus tôt et se serait accrue progressivement. Quelquefois elle gêne la rotation du cou.

Examen clinique: Région cervicale droite. Tumeur indurée, saillante soulevant le sterno-cleido-mastoïdien.

A gauche: Petit noyau symétrique de la grosseur d'une prune.

Cœur: P. A. 115/70. Petit souffle d'insuffisance mitrale.

Seins: Pas d'adénopathie dans le creux axillaire, ni de l'aine.

Diagnostic: Hodgkin.

Examen de laboratoire: — *Formules sanguines*:

26-2-36 Gl. R. 4,200,000; Gl. B. 8,000; Hém. 68; V. Gl. 0.8; Poly. N. 55; G. Mon. 6; Eo. 2 Ly. 37.

27-3-36 Gl. R. 4,500,000; Gl. B. 12,000; H. 68; V. Gl. 0.7; Poly. N. 67; G. Mon. 6, Eo. 8 Ly. 22.

IODALOSE GALBRUN

IODE PHYSIOLOGIQUE, SOLUBLE, ASSIMILABLE

L'IODALOSE est la seule solution titrée du peptoniode
Combinaison directe et entièrement stable de l'*Iode* avec la *Peptone*
Découverte en 1896 par E. GALBRUN, Docteur en Pharmacie
Communication au XIIe Congrès international de Médecine, Paris 1900.

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

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

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

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

PROSTHÉNASE
GALBRUN

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

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

UROPRAZINE

ÉLIMINE L'ACIDE URIQUE

O

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

GRANULÉ EFFERVESCENT

BOUTEILLES DE 150 et 270 GRAMMES

LABORATOIRE SPARTOL
PARIS, FRANCE

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

A VENDRE
INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

Madame Docteur O.-A. Gagnon offre, à de très bonnes conditions, des instruments de chirurgie, bibliothèque à rayons, etc. S'adresser à 1324 ouest, rue Saint-Viateur, CRescent 3454.

A VENDRE

Toge de professeur de médecine

Conditions avantageuses.

S'adresser à l'Union Médicale du Canada, MArquette 7334.

AIDES-MALADES

Sont qualifiées par l'Association des Aides-malades (enregistrée), pour soins à donner dans les convalescences, dans tout cas de maladies bénignes ainsi que dans les accouchements. S'adresser à Mme G. St-Germain, 4027 Harvard Ave. N.-D.-G. Tél.: DExter 0433.

POSTE VACANT

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

POSITION DEMANDÉE

Femme et fille de médecin désirent prendre soin et entretien de bureau de médecins; peuvent fournir références de premier ordre. Elles pourront meubler deux chambres. Condition: leur logement. S'adresser à l'Union Médicale du Canada, 418 est, rue Sherbrooke, Montréal, Tél. MA 7334.

4-3-36 Réserve alcaline 39.3.
26-2-36 Azotémie 0.49; Glycémie 1.19.

Radioscopie: Légère grisaille des deux sommets, aux deux plages, traînée bien visible légèrement floue avec quelques éléments de sclérose. Hiles un peu denses.
28-2-36 Tentative de biopsie.
10-3-36 Biopsie de petites tumeurs satellites de la grosse tumeur.

Examen histologique: Le ganglion est complètement transformé en une prolifération de cellules conjonctives, tantôt isolées, tantôt réunies en syncytium, séparées les unes des autres par de fines fibrilles collagènes. Les mitoses sont nombreuses. Reticulo-sarcome.

La patiente a suivi des traitements de radiothérapie jusqu'en avril 1936.

2e stage à l'hôpital:

La patiente revient à l'hôpital à la fin de janvier de cette année, pour une tumeur qu'elle s'est découverte fortuitement sur le rebord gauche de la langue, à sa partie postérieure. Cette tumeur est de la grosseur d'un œuf de pigeon et adhère au rebord de la langue, elle semble aussi empiéter sur la loge amygdalienne correspondante. Cette tumeur n'a jamais causé de malaise à la patiente, peut-être parce qu'elle suivait tous les mouvements de la langue et basculait avec elle. Macroscopiquement cette tumeur ressemble à une amygdale par ses saillies et ses sillons, elle en a aussi la couleur.

Au niveau de l'ancienne cicatrice opératoire gauche, on constate un petit nodule induré. Légère hypertrophie ganglionnaire sus-claviculaire bilatérale.

Examen de laboratoire: — *Formules sanguines*:

29-1-37 Gl. R. 4,700,000; Gl. B. 8,000; H. 65; V. G. 0.6; Poly. N. 61; Ly. 26; Gr. M. 7, Eo. 6.
5-2-37 Gl. R. 4,175,000; Gl. B. 6,000; H. 65; V. G. 0.6; Poly. N. 67; Ly. 20; Gr. M. 7; Eo. 6.

Examen histologique: Une biopsie de la tumeur linguale a révélé un réticulo-sarcome en tout point semblable au précédent.

Un des renseignements de cette observation à retenir est celui de l'éosinophilie. Le taux des éosinophiles est en effet augmenté dans toutes les formules; aussi on a fait le diagnostic probable de Hodgkin, ce diagnostic nous le retrouvons sur les requêtes, peut-être cette éosinophilie a-t-elle influencé ce diagnostic. C'est la première fois que nous la rencontrons accompagnant un réticulo-sarcome, elle ne saurait donc être spécifique de la maladie de Hodgkin. En effet elle n'est spécifique d'aucune maladie, elle n'est qu'un symptôme.

Discussion:

M. SIMARD: Il y a un point que je voudrais signaler dans l'observation. C'est l'état général et local assez bien conservés. A l'endroit de la biopsie que j'ai examinée, il y a un an, il ya bien quelques ganglions augmentés de volume, mais pas de tuméfactions visibles à l'œil nu.

Il est probable que la Radiothérapie a retardé l'évolution de ce réticulo-sarcome.

Un cas pour diagnostic. (Tumeur du genou). — R. DECARIE.

Histoire de la malade: Depuis le début de janvier la malade remarque que son genou droit augmente de volume. Cependant elle n'accuse qu'une légère douleur, plutôt une gêne à la marche et à la flexion du genou. Début insidieux sans traumatisme ni aucune autre cause pouvant expliquer cette lésion. Depuis une ponction exploratrice pratiquée le 20-2-37, la malade se dit soulagée, son genou serait moins gros et les mouvements plus faciles et moins douloureux.

Histoire de famille: Antécédents héréditaires: rien à noter.

Antécédents personnels: hospitalisée en novembre 1936, dans le Service d'urologie où l'on ne trouve rien du côté appareil urinaire. Transférée en gynécologie pour métrorragie et ulcération du col — curettage — biopsie et cautérisation du col. Congé pour le service externe où elle est traitée pour bartholinite?

Examen: Le 20-2-37 nous voyons cette malade au dispensaire de chirurgie. Le genou droit, augmenté de volume, présente une tuméfaction fluctuente, non douloureuse, sans chaleur locale, circonscrivant la partie supérieure de la rotule. Le choc rotulien est facilement perçu. Les mouvements de flexion et d'extension sont conservés et non douloureux. Une ponction exploratrice donne un liquide louche, séro-purulent.

L'examen clinique des autres systèmes est négatif.

Laboratoire et Rayons X: Rayons X, le 20-2-37 — Aucune lésion osseuse ou articulaire.

Examen bactériologique du liquide: pus, pas de microbe; culture: négative.

Examen histologique du culot: négatif re néo. — B. W. — négatif.

Diagnostic: Bursite chronique de la bourse séreuse du quadriceps intéressant l'articulation du genou.

Considérations:

Nous présentons cette malade afin d'avoir l'opinion de l'Assemblée.

1° Sur l'étiologie de cette lésion.

2° Sur la conduite à tenir dans le traitement: ponctions répétées, exérèse, etc.

Discussion:

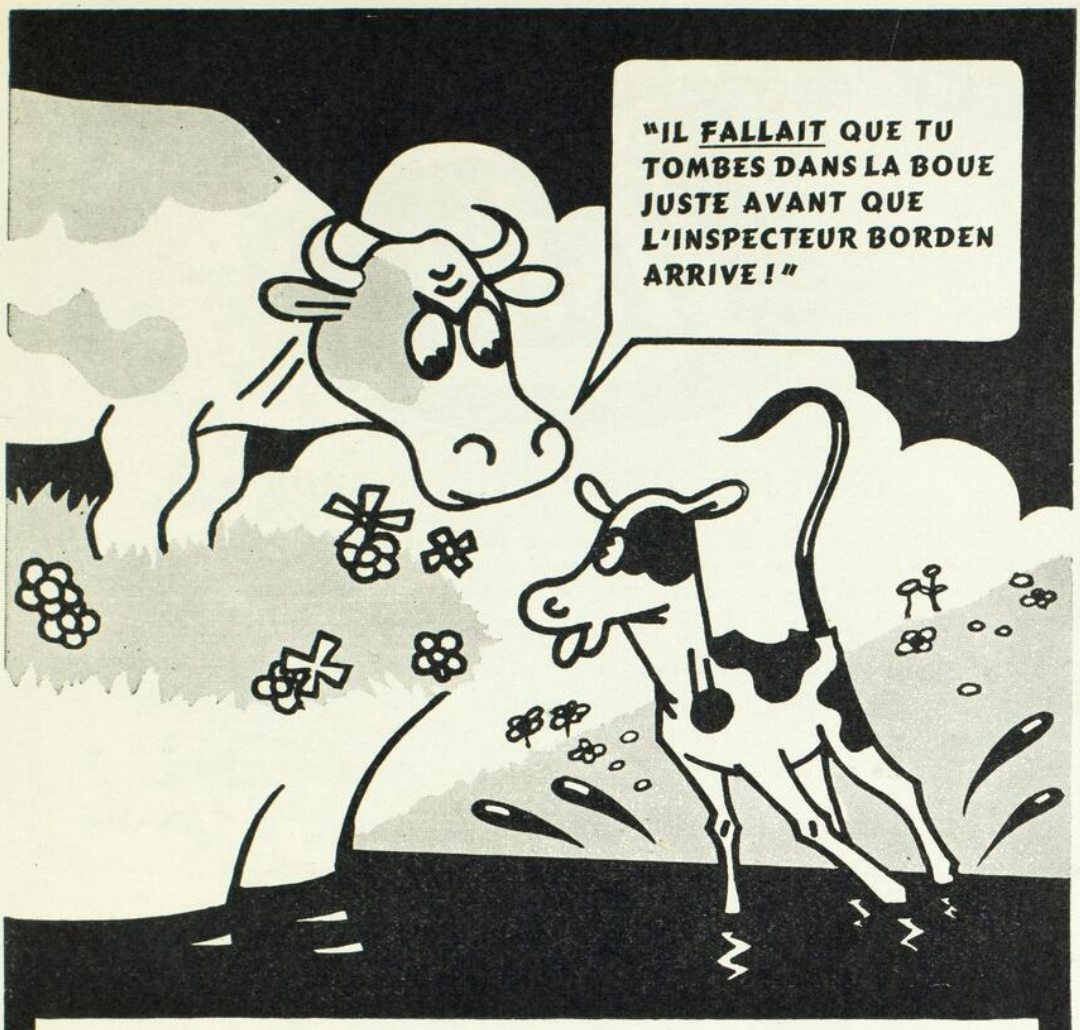
M. BLAGDON: Je suis sous l'impression qu'il s'agit d'une synovite à évolution chronique de cause indéterminée.

Quant au traitement, je crois qu'après avoir observé la malade pendant un certain temps, une synovectomie s'imposera, si les ponctions et l'immobilisation n'ont pas donné de résultat.

M. DECARIE: C'est bien mon intention de continuer à étudier cette malade. Si l'on trouve un foyer infectieux quelque part et qu'il n'y a pas d'amélioration nous ferons l'opération, soit une « synovectomie ».

Hémangio-endothéliome de l'orbite opéré. (Guérison apparente remontant à 22 mois.) — J. N. ROY.

Histoire du malade: Ce malade agé de 57 ans, raconte qu'il a remarqué, il y a 8 ans, de la rougeur et de l'œdème du cul-de-sac de la paupière

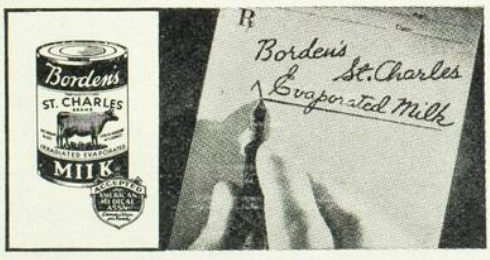


POUR EN ARRIVER AUX FAITS . . . les vaches de Borden mènent une vie si pure qu'elle n'offre absolument rien d'émouvant. Plus que cela — la santé de tous les fermiers et de tous les garçons de ferme est surveillée de près. C'est la règle dans toutes les fermes approuvées pour le Lait Evaporé Borden's — et il y en a des milliers!

Cela peu paraître beaucoup d'embarras — mais seul un soin comme celui-ci peut assurer un lait meilleur et plus sûr—le genre de lait que vous obtenez dans chaque boîte de Lait Borden's St. Charles Evaporé Irradié.

Le médecin qui écrit "BORDEN'S"... sur une formule demandant du lait évaporé irradié, s'assure que la marque de lait employée satisfait à toutes les exigences de la profession médicale.

Si vous ne connaissez pas le Lait Borden's St. Charles Evaporé Irradié, non sucré, écrivez à: The Borden Company Limited, Yardley House, Toronto, Ontario, pour recevoir des échantillons et de la documentation professionnelle.



La diète du Diabétique

Listers

ALIMENTS DEPOURVUS D'AMIDON

La farine caséinée de Listers est entièrement dépourvue d'amidon. Sa pâte lève bien et sert à la confection de plats agréables. Une liste de recettes est fournie avec chaque boîte.

Grande boîte pour 30 cuissons **$4.85**

Petite boîte pour 15 cuissons **$2.75**

En vente chez tous les pharmaciens ou directement chez

LISTERS Limited **Huntingdon, Quebec** **CANADA**

PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

COQUELUCHE

Le Pavéral est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux Coqueluchoïdes.

Ne cause ni intolérance, ni complication.

Littérature sur demande

Agents : CANADA DRUG COMPANY

Pharmaciens en Gros

857, rue Saint-Maurice, - - - MONTREAL

inférieure de l'œil gauche. Dans la suite l'infiltration s'est développée graduellement. Comme il existait une tumeur sur le plancher de l'orbite qui repoussait cette paupière inférieure, deux oculistes lui pratiquèrent chacun une biopsie. Le rapport anatomo-pathologique fut: « Nævo-carcinome pigmenté». En présence de ce néoplasme, le patient fut dirigé à l'Institut du Radium. En août 1930, il reçut un traitement par radium-surface, et en octobre de la même année, un autre par radium puncture. Ces deux applications firent diminuer la tumeur de moitié.

En mai 1932, augmentation du néoplasme. Autre radium puncture qui eut pour effet de le stabiliser pendant quelque temps.

En mai 1933, nouveau développement de la tumeur. Traitement: radium en surface. L'état stationnaire se maintint pendant près de deux ans.

En avril 1935, forte exophtalmie, ce qui engagea les médecins de l'Institut du Radium à nous adresser le malade pour un traitement chirurgical.

Histoire de famille: Dans la famille du patient il n'y a pas de tuberculose ni de cancer.

Examen: A l'examen nous constatons, à la paupière inférieure gauche, une tumeur pulsatile développée sur toute son étendue, et envahissant la région interne de l'os malaire et le plancher de l'orbite. A l'auscultation du néoplasme nous entendons des bruits de souffle isochrones aux pulsations cardiaques. Paupière inférieure rougeâtre avec vaisseaux télangiectasiques. Exophtalmie très prononcée. Le peau qui recouvre la tumeur n'est pas adhérente, excepté à l'endroit des biopsies. Infiltration considérable de la conjonctive bulbaire, lardacée sur les deux tiers inférieurs du globe oculaire. Infiltration de la cornée. Tension de l'œil normale. La vision est réduite à la perception des mouvements de la main.

Oeil droit normal.

A la diaphanoscopie les sinus maxillaires sont transparents.

Pas de métastase aux organes divers.

Radiographie: Rien d'intéressant à noter aux rayons X.

Diagnostic: Le diagnostic clinique ne peut être qu'hypothétique.

Traitement chirurgical: Sous chloroforme, exentération de l'orbite, en respectant la peau de la paupière inférieure. Nous prenons un soin particulier à enlever tout le tissu tumoral et le périoste du plancher de cette cavité. Comme les pulsations du néoplasme avaient usé la paroi intersinuso-orbitaire, nous ouvrons le sinus maxillaire qui n'est pas envahi. Suites opératoires absolument normales.

Laboratoire: L'examen anatomo-pathologique de la tumeur révèle un hémangio-endothéliome de l'orbite.

Considérations:

Cette variété de néoplasme, qui est particulièrement rare, récidive de temps à autre. Notre malade opéré maintenant depuis près de deux ans, semble être définitivement guéri, d'après l'apparence de sa cavité orbitaire.

Discussion:

M. A. LE SAGE: Je demanderai à M. J.-N. Roy quel est suivant lui, le traitement autoplastique le meilleur auquel il faut recourir dans son cas.

M. L.-C. SIMARD: Au début de l'observation de M. J.-N. Roy, il est mentionné qu'on a fait une première biopsie avec diagnostic anatomopathologique de nævo-carcinome pigmenté. Je tiens à dire que je suis l'auteur de ce premier rapport. La pièce avait été fortement traumatisée par l'oculiste qui avait pratiqué le prélèvement et, par le Fontana. J'avais cru voir un peu de pigment.

M. P. PANNETON: Est-ce que la paupière supérieure a été relevée? Il est fait mention d'un deuxième rapport anatomopathologique de la tumeur enlevée par le docteur Roy. Qui l'a signé?

M. L.-C. SIMARD: L'auteur de ce rapport est M. Pierre Masson.

M. J.-N. ROY: L'auteur dit qu'il a déjà présenté son malade apparemment guéri à l'Assemblée scientifique du Bureau Médical de l'Hôpital Notre-Dame le 13 décembre 1935, sept mois après l'ablation du néoplasme. A cette réunion un anatomopathologiste émit l'opinion qu'il y aurait récidive de la tumeur dans le courant de l'année suivante, puisque le microscope avait permis de diagnostiquer un endothéliome. M. Roy fut d'avis contraire se basant sur le fait qu'il avait non seulement enlevé le néoplasme en totalité, mais aussi tout le périoste qui était à son contact. Comme les pulsations tumorales avaient usé la paroi intersinuso-orbitaire, l'antre de Heigmore fut ouvert pour se renseigner sur son envahissement possible. Il était normal.

A M. Le Sage, l'auteur répond qu'il est en ce moment trop tôt pour faire une plastique orbitaire. Lorsque la nature aura fini son travail d'épidermisation spontanée, s'il reste encore un tissu granuleux, il recourra à la greffe de Thiersch. Il est peu probable qu'il soit possible de mobiliser les paupières dans le but de faire porter à son malade un œil artificiel dans l'avenir.

Et enfin M. Roy dit à M. Panneton que la paupière supérieure n'avait aucun contact avec la tumeur, tel qu'on a pu le voir sur ses photographies. En conséquence, elle n'a pas été touchée. Le néoplasme, développé d'abord sur le plancher de l'orbite, s'était ensuite infiltré seulement dans les parties profondes de la paupière inférieure et dans la région interne de l'os malaire.

Lymphosarcome du médiastin. — A. LeSAGE.

Histoire du malade: M. P... 33 ans, marié. Admission dans le service de médecine en mai 1935 pour des palpitations, de la dyspnée d'effort et des troubles de la circulation évidente, surtout à la région thoracique, où l'on aperçoit des arborisations veineuses dans toute l'étendue du thorax, à la région antérieure, accompagnées d'un œdème des deux membres supérieurs, plus accentué à droite qu'à gauche. La face est cyanosée, les lèvres bleuâtres, éversées. Le malade tousse, il expectore un liquide plutôt muqueux, sans caractère clinique précis. Il s'agit évidemment d'un trouble de compression, situé dans le thorax, vraisemblablement au niveau du médiastin.

Examen: Voies respiratoires: on note une matité croissante de haut en bas, avec abolition de la respiration, accompagnée de râles, surtout accusés à l'inspiration profonde. Au coté gauche, on trouve une respiration supplémentaire au deux tiers supérieur avec râles sous-crépitants à la base; vraisemblablement des râles d'œdème. Tous les autres signes thoraciques et abdominaux découlent des constatations que nous venons d'énumérer. Il y



L'Anniversaire des Petites Reines

Copyright-NEA

UN AUTRE anniversaire de naissance approche pour les fameuses Quintuplettes Dionne. Ces bébés, venus au monde avec bien peu de chance de vivre, sont maintenant des fillettes fortes et bien portantes. A l'âge de six mois, elles furent mises à une formule de Lait Carnation, et le Lait Carnation Irradié est le lait évaporé qu'elles prennent aujourd'hui.

ECRIVEZ pour demander le livret intitulé: «Alimentation Simplifiée pour Bébés» qui est publié tout particulièrement pour les médecins.

Carnation Company Limited,
57 Star Bldg., Toronto, Ont.

UN PRODUIT CANADIEN

CARNATION MILK
IRRADIÉ

«PROVENANT DE VACHES BIEN NOURRIES»

Bouffées de chaleur
Emotivité
Insomnie

Les symptômes généraux de la ménopause, naturelle ou artificielle, cèdent très promptement à un traitement adéquat contenant une substance estrogénique telle que l'Amniotin. Le premier rapport clinique publié en ce pays du traitement de la ménopause avec une préparation estrogénique physiologiquement standardisée fut basé sur l'emploi de l'Amniotin.

L'Amniotin est une préparation soigneusement purifiée, offrant diverses formes de dosage et pouvant s'administrer par voie hypodermique, buccale ou intravaginale. Elle est aussi en grand usage dans le traitement de la vaginite gonorrhéique chez les enfants.

SONT ÉGALEMENT OFFERTS:

FOLLUTEIN—extrait d'urine du temps de grossesse pour le traitement de la ménorragie et de l'ectopie testiculaire; paquets de 500, de 1,000 et de 5,000 unités.

EXTRAIT PITUITAIRE ANTERIEUR—contient des facteurs de croissance, thyrotropes et gonadotropes — en fioles de 20 c.c. — 200 unités de croissance.

Pour imprimés, écrire au
Professional Service Dept., 36 Caledonia Rd., Toronto, Ont.

E. R. SQUIBB & SONS, of Canada, Ltd.

Fabricants de Produits Chimiques pour le Corps Médical
depuis 1858.



a donc chez ce malade évidence d'un trouble circulatoire profond par compression, sans doute, avec circulation collatérale compensatrice.

L'auscultation du poumon droit a révélé quelques signes qui pouvaient nous faire croire à une certaine quantité de liquide accumulé dans la plèvre, mais une ponction exploratrice a révélé qu'il s'agissait moins d'un épanchement que d'une hépatisation complète du poumon, car nous n'avons retiré, en deux circonstances, qu'une très minime quantité de sang.

Etant donné la dyspnée, les troubles de circulation, la vascularisation intense de la cage thoracique et l'œdème des membres nous ont permis de conclure, en tenant compte des signes d'auscultation, à un trouble de compression d'origine médiastinale, et fort de l'expérience antérieure provenant de cas semblables, que nous avons observés dans notre service, nous avons conclu qu'il s'agissait d'un cas de lymphosarcome du médiastin.

Rayons X: En vue de préciser le diagnostic, nous avons demandé une radiographie. Le rapport indique que « la plage pulmonaire est très dense, accompagnée d'une forte réaction parenchymateuse à gauche. Il y a, à cet endroit, une masse empiétant sur le médiastin. Il paraît probable qu'il s'agit d'une néoplasie. »

Nous avons soumis ce malade à un traitement par la radiothérapie profonde Il a été suivi à cette époque, dans le service, par M Léger. Ce traitement a peu à peu fait rétrocéder les lésions. la masse primitive a diminué de volume et de densité. Les troubles de la circulation ont peu à peu disparu ou diminué d'intensité et le 23 août 1935, l'examen radiographique décelait ce qui suit: « La base droite s'est considérablement éclairée. Il reste vers le hile et entre le hile et la clavicule un voile, avec des marbrures, qui peut être formé aussi bien par des lésions non disparues que par de la sclérose. » Le 9 octobre 1935, une nouvelle radiographie révèle que l'état est stationnaire.

L'examen microscopique du liquide retiré de la ponction lombaire révèle la présence de lymphocytes et l'absence de cellules néoplasiques.

Le 18 novembre 1936, le malade demande de nouveau son admission dans le service. Nous nous trouvons en présence des mêmes signes notés l'année précédente, mais aggravés. Une ponction exploratrice démontre la présence dans le liquide retiré du sang dans lequel existent de grandes cellules vacuolaires non lymphoïdes et du pigment vraisemblablement ferrugineux. Nous ne trouvons pas de cellules à caractères néoplasiques.

Nous soumettons le malade au même traitement radiographique. Il se produit une amélioration légère sur les principaux symptômes notés à l'examen, mais bientôt la radiothérapie se montre impuissante, et nous sommes forcés de suspendre ce traitement. Le malade se calme, puis, bientôt des troubles de la circulation, de l'arythmie, de la gêne respiratoire intense, apparaissent successivement et le malade succombe à l'asphyxie progressive.

L'autopsie pratiquée par M. Bernier a révélé les faits suivants:

(A. 1758). Le poumon droit et le médiastin de même que le cœur sont intimement soudés ensemble et forment un bloc à peu près carré ayant 18 cms de long. Seuls les ventricules excèdent de 6 cms par 12 cms de largeur, et 10 d'épaisseur. Le lobe supérieur du poumon droit est recouvert par une épaisse membrane lardacée, blanchâtre, adhérente au parenchyme pulmonaire.

Une coupe longitudinale de tout le poumon droit laisse voir des dilatations bronchiques entourées d'un liséré blanchâtre d'aspect caséeux, mastic. Cette coupe permet aussi de voir des soudures intimes des différents lobes. Tout le reste du parenchyme présente un aspect marbré à fond grisâtre parsemé de nombreux îlots anthracosiques.

Il est absolument impossible de détacher le cœur et le médiastin du poumon tant par la face antérieure que par la face postérieure de la pièce. On a donc fait 9 tranches transversales incomplètes pour étudier cette masse solide et non dépressible. La plus haute, à environ 4 cms du sommet pulmonaire, laisse voir à la face postérieure une trachée béante et un œsophage à lumière virtuelle. Ces deux organes sont englobés tout entiers, à l'exception toutefois de la face postérieure de l'œsophage dans une masse blanchâtre, dure, qui contient un îlot anthracosique en son centre, cette masse renferme aussi les gros vaisseaux qui montent ou descendent du cou. On distingue la tumeur du poumon par l'aspect anthracosique de ce dernier. Toutefois cette masse blanchâtre néoplasique pousse les prolongements dans le tissu pulmonaire surtout vers sa face antérieure.

Les tranches suivantes présentent le même aspect blanchâtre et anthracosique et encerclent au fur et à mesure que nous descendons vers le pédicule cardiaque les gros vaisseaux qui le composent, et le masse néoplasique se dirige alors à droite et refoule l'aorte et l'artère pulmonaire à gauche. Au niveau des oreillettes la masse ne laisse plus qu'une fente de ½ cm au niveau de l'oreillette droit qui prend l'aspect d'un croissant. L'oreillette gauche est aussi réduite de calibre, par le massif cancéreux qui remplace maintenant la paroi interauriculaire, continue jusqu'au niveau des valvules mitrale et tricuspide, mais se termine bientôt par un nodule en coin, paroi interventriculaire, et par un autre nodule pédiculé sur la paroi droite.

A noter que depuis que le néoplasme envahit les oreillettes il ne dépasse pas le péricarde et n'infiltre pas le tissu pulmonaire environnant. Il se glisse vers le bas guidé par le myocarde.

L'examen histologique n'est pas encore terminé à cause des techniques spéciales.

Remarques: J'ajoute comme première remarque que ce malade travaille dans une fabrique où l'on manipule le goudron. Il en respire les vapeurs, et une première enquête sommaire révèle que plus de 21 ouvriers, employés dans la même fabrique ont dû quitter l'établissement, souffrants de troubles variés et auxquels plusieurs ont déjà succombé.

Nous nous proposons de pousser cette enquête plus loin, afin de savoir s'il ne serait pas opportun d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur les dangers auxquels sont exposés ces ouvriers, tous jeunes, dans de telles circonstances.

Cette première partie de l'observation est surtout clinique. Elle sera suivie ultérieurement d'une étude plus précise au point de vue anatomo-pathologique et au point de vue social où, sans doute, vous serez appelés à formuler des conclusions qui devront déborder le cadre de ces réunions scientifiques, et qui en démontreront l'utilité.

Discussion:

M. BERNIER: Le titre de l'observation « Lympho-sarcome » se rapporte sans doute, exclusivement au diagnostic clinique. Car le diagnostic histologique n'est pas encore fait.

Gelatinized Milk

LE LAIT GÉLATINÉ TIENT LA TÊTE
DANS LES
ÉPREUVES DE NOURRITURE POUR ENFANTS

Une première étude, dans le Département de Pédiatrie d'une importante Université de l'Est, fut faite sur trois groupes d'enfants (50 bébés par groupe). L'épreuve était destinée à reconnaître les cas types ordinaires, tels que rencontrés par le médecin praticien: vomissements, constipation et autres troubles du tube digestif.

Il s'agissait de déterminer la différence entre le lait de vache, le lait acidifié et le lait gélatiné. Les résultats, tels que rapportés dans « Archives of Pediatrics » janvier-février 1937, furent les suivants:

1. Les enfants nourris au lait gélatiné semblèrent être moins sensibles aux infections, surtout aux infections respiratoires supérieures, que ceux nourris au lait acidifié ou au lait de vache.
2. La diarrhée fut moins fréquente chez les groupes nourris au lait gélatiné et acidifié que chez le groupe nourri au lait ordinaire.
3. Le groupe d'enfants nourris au lait gélatiné eut un meilleur taux d'augmentation que les groupes nourris au lait acidifié ou au lait de vache ordinaire.
4. Les vomissements et l'inappétence, chez les enfants nourris au lait gélatiné, furent guéris ou améliorés, contrairement aux résultats obtenus chez les autres groupes où l'on remarqua bien peu de changement.
5. Les enfants du groupe du lait gélatiné eurent des résultats plus favorables que ceux des groupes du lait acidifié ou du lait de vache en ce qui concerne la constipation.

* Un ou deux pour cent de Gélatine Knox fut ajouté à la ration d'eau bouillie et refroidie. La gélatine fut détrempée pendant 10 minutes avant d'être ajoutée au lait de la formule.



GÉLATINE MOUSSEUSE DE KNOX

KNOX GELATINE LABORATORIES,
472 Knox Avenue, Johnstown, New York.
Veuillez m'envoyer une copie du rapport ci-dessus mentionné, ainsi qu'un échantillon d'essai de Gélatine Knox.

Nom .....

Rue .....

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

(I. O. G.)

DIA - TOSAN

LE MEILLEUR ET EFFICACE
TRAITEMENT DU DIABÈTE
PAR VOIE BUCCALE.

Ce produit n'a été mis à la disposition du Corps Médical Français qu'après **trois années de travaux de laboratoire de la Faculté de Médecine de Paris.**

9 à 12 comprimés par jour **en 3 fois,** au **début des repas.**

Agent général pour le Canada: L. BOUDOT, 8955, rue Routhier, Montréal, P. Q.

M. LeSAGE: Il est exact de dire que « Lympho-sarcome » est ici le résultat d'un examen clinique.

En voici la raison: nous avons eu antérieurement trois cas dont deux déjà publiés: lympho-sarcome confirmé par l'anatomie pathologique étant donné la radiographie et le diagnostic clinique. Nous ne pouvions pas faire autrement que de diagnostiquer « lympho-sarcome » à l'égard de ce nouveau cas.

L'examen pathologique de la pièce est encore à l'étude et il semble que ce soit une pièce assez rare puisque mon confrère Masson est encore hésitant sur la nature de cette tumeur.

L'autre aspect, à mon point de vue, le plus important est celui-ci:—

Cet ouvrier travaille dans une fabrique de goudron.

C'est un jeune homme.

Une première enquête démontre que près de vingt-et-un employés de la même fabrique l'ont quittée pour des accidents équivalents.

Il y aura là une enquête très sérieuse, et des enquêtes au Bureau de Santé, en vue de protéger ces ouvriers.

Il sera peut-être nécessaire de leur appliquer des masques pour le travail qu'ils font.

Un autre patient, actuellement dans mon service, manie les teintures avec ce qu'on appelle un « fusil ». Il présente des traces évidentes de bronchite. La radiographie a démontré une plage pulmonaire marquée de tramite chez un jeune homme.

Il y a là une question sociale en plus de la question médicale.

Dans la 2ième partie de cette observation que nous présenterons, nous pourrons ajouter quelques suggestions au point de vue social, en nous appuyant sur l'autorité.

M. PANNETON: L'enquête est-elle continuée?

M. LeSAGE: Après enquête faite, le chiffre de 12 est ensuite monté à 20.

M. BERNIER: C'est à propos de l'enquête. Si parmi ces 21 employés, il y a eu des nécropsies, il serait intéressant de retracer les pièces et de les étudier pour voir s'il n'y a pas d'analogies entre les lésions anatomo-pathologiques.

Mal perforant plantaire. — Drs MARIN et BOULAIS.

F. P... 45 ans, ouvrier italien.

A la face plantaire du gros orteil droit, ulcération profonde, cratériforme, arrondie, à fond grisâtre, non douloureuse, avec bourrelet périphérique hyperkératosique.

Le début remonte à 8 ou 10 mois.

Spécificité ancienne datant d'au moins douze ans, traitée irrégulièrement et insuffisamment.

L'examen clinique nous donne: ébauche de Romberg, Argyll Robertson, abolition des réflexes tendineux achilliens et rotuliens.

Il y a de plus, quelques douleurs intercostales droites et articulaires aux membres inférieurs.

Ce tabétique vu récemment n'a pas encore subi de ponction lombaire.

Discussion:

M. AMYOT: Il faut retenir cette observation que les maux perforants plantaires sont très souvent causés par le tabès.

En présence d'un mal perforant plantaire, il faut penser au tabès. Il faut aussi penser à la syringomyélite et au diabéte. Ce trouble trophique est la conséquence d'une mauvaise circulation sanguine et d'un défaut de nutrition locale des tissus.

Les lésions tabétiques peuvent atteindre les filets vaso-moteurs du sympathique tégumentaire et par là modifier considérablement la circulation périphérique. Je crois qu'une imprégnation novocaïnée du sympathique lombaire aiderait grandement la cicatrisation de l'ulcère, si elle tardait à se faire par le traitement anti-syphilitique.

M. BOULAIS: Le malade a été vu pour la première fois vendredi. Les examens ne sont pas tout à fait finis. Avec les quelques jours de repos, le mal perforant s'est un peu amélioré. Nous allons instituer un traitement et nous aurons recours au chirurgien. Nous envisagerons la nécessité d'une sympathectomie, si la lésion se montre réfractaire, tant au traitement spécifique qu'à la médication symptomatique externe.

M. RICARD: Nous avons opéré quelques cas et nous y avons trouvé ordinairement des lésions d'ostéite qui nécessitent le curettage, même l'exérèse de l'os. De sorte qu'un certain nombre de ces cas sont justifiables d'intervention chirurgicale.

RAPPORT DE LA PREMIÈRE SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

tenue à l'Hôtel-Dieu le 28 janvier 1937.

Travaux scientifiques

a) Pancréatité aiguë au cours d'un syndrome d'hypertension compliquée d'urémie. — M. R. PEPIN.

M. Pepin rapporte l'histoire d'un malade urémique, hypertendu à 248/126, qui fut pris subitement d'une douleur atroce dans l'abdomen, état de schock prononcé, vomissements fréquents et faciles, selles sanguinolentes, chute de la pression à 124/96, mort dans les 48 heures. Le diagnostic différentiel n'est pas à faire avec l'appendicite aiguë, ni avec la colique néphrétique, mais avec la trombose mésentérique. On doit se baser dans l'occurrence sur la douleur symptôme signal avec ses irradiations, et aussi sur la glycosurie en réponse à l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée. L'autopsie montra une pancréatite nécrosante avec stéato-nécrose et des signes nets de néphrite chronique.

Discussion: M. Prud'homme demande si des taches cyanotiques ont été répérées chez le malade. R. Non.

AGOCHOLINE

Médication rationnelle pour le drainage des voies biliaires.

Cholécystites chroniques, Congestion du Foie

Lithiase biliaire, Ictère et Cholémie

Forme: Granulé soluble agréablement aromatisé.

Présentation: Boîtes de 120 grammes.

" 250 "

LABORATOIRES du Dr ZIZINE, rue de Fécamp, PARIS

Agents généraux:

MILLET, ROUX & CIE, Limitée

1215, rue Saint-Denis - - MONTREAL

La Pharmacie d'Ordonnances

ARTHUR HIRBOUR

se spécialise depuis 35 ans dans l'exécution des ordonnances de MM. les Médecins et n'emploie que les produits chimiques supérieurs.

angle Saint-Denis et De Montigny

MONTRÉAL

Tél. LA. 7356

THALASSOL CHOMEDY

Nucléinate de soude
Glycerophosphate de soude
Cacodylate de soude
Sulphate de strychnine.

EAU DE MER ISOTONIQUE

Boîtes de 10 et 50 ampoules

NEURASTHENIE — DEFICIENCES CELLULAIRES — ATONIES

Distributeurs:

Herdt & Charton Inc., 2027, avenue McGill College
MONTREAL

b) Analyse des urines et acidose. — M. G. BARIL.

M. Baril débute en disant que dans bien des cas une analyse des urines bien faite et correctement interprétée, prélevée dans les 24 heures, est supérieure à une analyse du sang parce qu'elle donne une « moyenne », tandis que celle-ci donne un résultat qui peut ne représenter qu'un état passager. Tant qu'au diagnostic de l'acidose par les urines, il est déterminé par l'étude du PH, le dosage de l'urée, du sucre, de l'albumine, de l'acétone et de l'acide acétique, et surtout sur la détermination de l'acidité totale qui ne doit pas dépasser 900, le cœfficient de Maillard devant être de 5. L'intérêt de la recherche de l'acidité totale et de l'urée dans tous les deux dans les urines est de savoir s'il s'agit soit de l'exagération d'alimentation azotée, soit d'un véritable état pathologique acidosique.

En discussion: M. Doré demande si la recherche de l'acétone et de l'acide acétique est suffisante dans les cas d'acidose post-opératoire. M. Baril répond que non.

c) Cytologie sanguine et mastoïdites. — Par M. P. P. GAUTHIER.

Selon l'avis du rapporteur, le diagnostic des troubles auditifs et des cas de mastoidites aiguës et l'opportunité de l'intervention chirurgicale sont grandement aidés par la recherche de la leucocytose et de la polynucléose sanguine. Dans 5 cas de mastoidites, M. Gauthier remarque augmentation marquée de ces deux états, un fait qui doit commander l'intervention.

En discussion: M. F. Badeaux déclare que la cytologie lui a été aussi d'un grand secours dans un cas de thrombo-phlébite du sinus latéral.

d) Considérations cliniques. — Par M. A. BRUNET.

M. Brunet rapporte l'histoire de quatre sœurs qui ont été atteintes toutes les quatre de méningite tuberculeuse; l'une est morte et l'autre est mourante. Il remarque que ces malades offrent peu de résistance aux infections, et particulièrement aux maladies infectieuses de l'enfance, qu'elles sont exposées à toutes les contagions, et surtout aux atteintes bacillaires.

En discussion: M. Gérin-Lajoie demande s'il y avait aménorrhée. R: Dans un cas seulement. M. Chs. Bertrand est tout à fait d'accord avec M. Brunet et note l'influence de la rougeole sur le terrain tuberculeux.

e) Iridodialyse traumatique. — Par M. F. BADEAUX.

C'est la désinsertion de l'iris à la suite de traumatisme. M. Badeaux fait la description du traitement opératoire, qui consiste dans la fixation de l'iris en avant de la chambre antérieure. Résultats post-opératoires excellents.

M. St. J. Desrosiers rapporte un cas où M. Badeaux a intervenu avec succès chez un malade dont la vue avait été condamnée par des confrères américains éminents, et il l'en félicite.

f) Dermatologie: présentation de malades. — **Par M. P. Poirier.**

M. Poirier montre trois cas intéressants, le premier de corne cutané, le second d'urticaire pigmentaire et le troisième de cancer baso-cellulaire de la peau. Il fait les diagnostics différentiels et la thérapeutique à suivre dans chaque cas.

En discussion: MM. Marin, Jutras, sur les mérites respectifs et les inconvénients de la radiumthérapie et l'électro-coagulation.

g) Le problème de la radioscopie en salle éclairée. — Par M. L. PARISEAU.

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

Puis, il nous fait voir.

h) Un film inédit démontrant les derniers développements en radiocinématographie vraie.

C'est la reproduction sur un écran d'images radioscopiques animées, sur lequel il est permis de voir les différentes parties du squelette en mouvement, et les conditions physiologiques et pathologiques des organes du corps à l'état de fonctionnement. M. Pariseau remarque que de tels documents, vivants pour ainsi dire, constitueraient un adjuvant précieux à l'enseignement.

En discussion: M. Jutras félicite vivement M. Pariseau de ses travaux, et voit en lui l'une des gloires de l'Electro-Radiologie chez nous.

Albéric MARIN, M. D.
Président

G.-A. SEGUIN, M. D.
Secrétaire-trésorier général.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MONTRÉAL

Séance du 7 avril 1937

Sous la Présidence de M. Eugène St-Jacques, vice-président

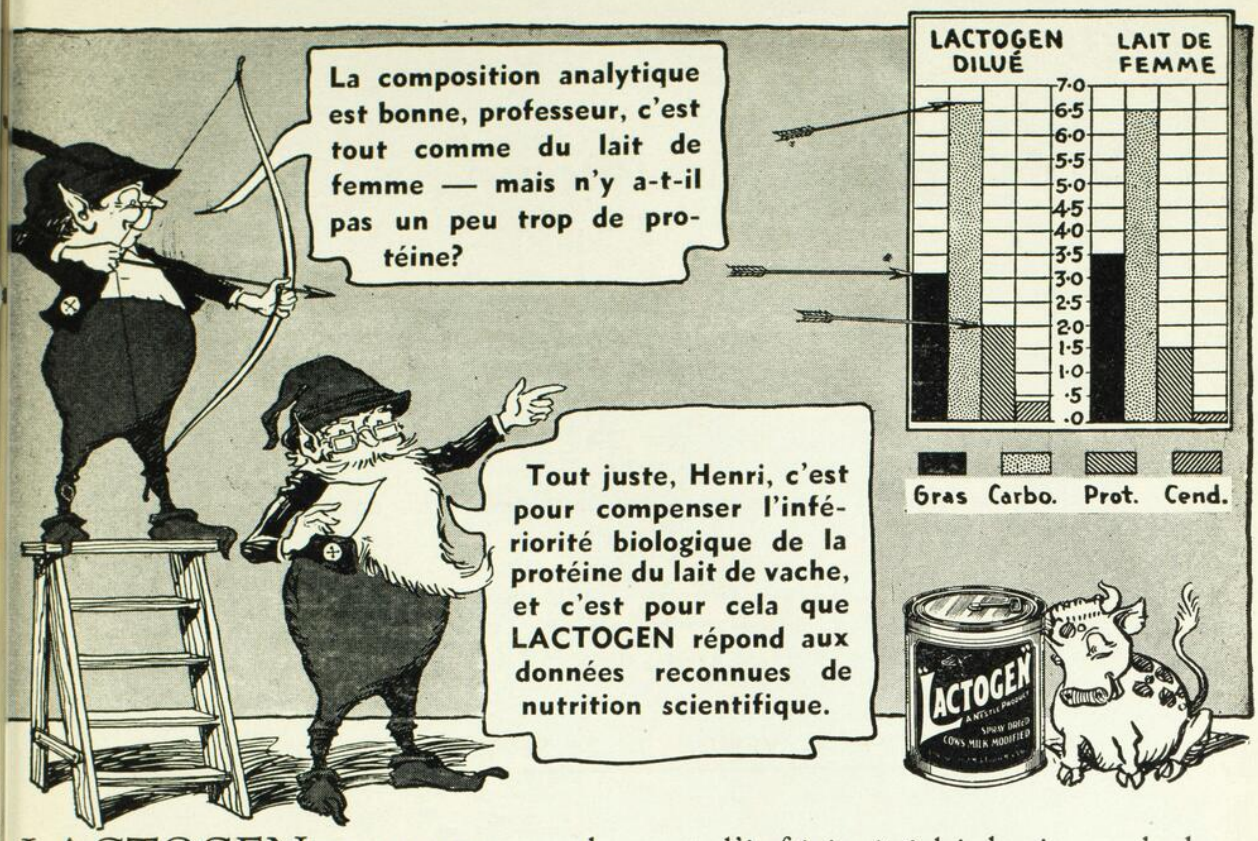
COMMUNICATION

Une méthode personnelle utilisée pour la réduction des fractures de la colonne vertébrale. — par M. A. COUTURIER.

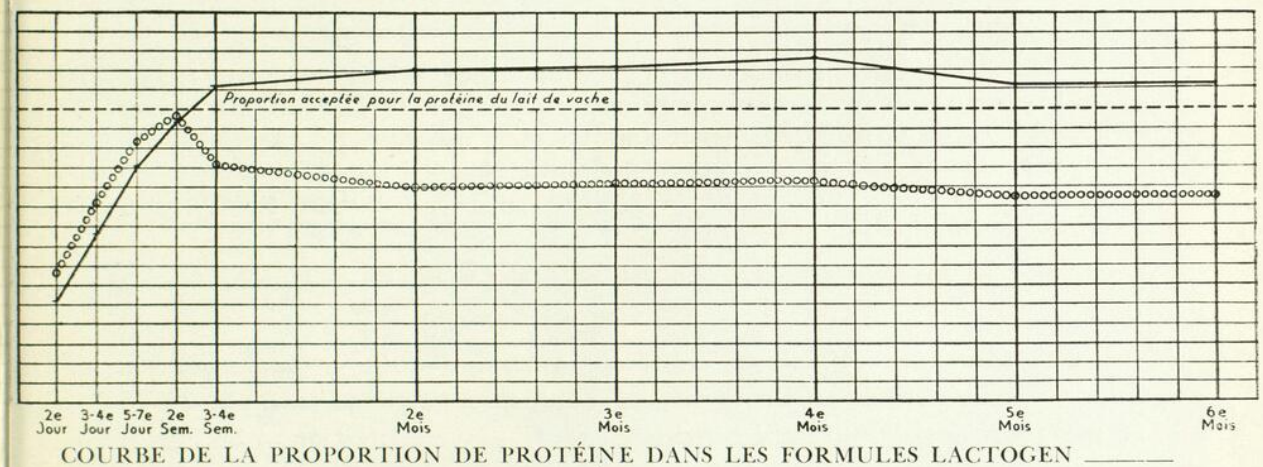
Le rapporteur présente une méthode personnelle de suspension utilisée dans le traitement des fractures de la colonne vertébrale. Cette méthode consiste à suspendre le patient avec des courroies fixées aux jambes et à la partie supérieure du thorax.

Les radiographies de plusieurs malades ont montré les qualités de la réduction obtenue et leur maintien jusqu'à consolidation.

Elle permet de donner au corps vertébral sa hauteur normale. Le nucleus pulposus reprend sa place et le poids du corps est reporté sur la partie



LACTOGEN compense amplement l'infériorité biologique de la PROTÉINE DU LAIT DE VACHE



COURBE DE LA PROPORTION DE PROTÉINE DANS LES FORMULES LACTOGEN ———

COURBE DE LA PROPORTION DE PROTÉINE DANS L'ALIMENTATION AU SEIN ooooo

(Illustrant la proportion de protéine par livre du poids du corps)

proportion de protéine dans l'alimentation Lactogen appropriée n'est jamais (sauf les cinq premiers jours de vie) aussi faible que la proportion de protéine dans le lait de femme. Durant la période de croissance rapide premier au cinquième mois), la proportion est de 1.6 à 1.75 gramme par livre du poids du corps. Le chiffre néralement accepté pour la proportion de protéine de lait de vache dont l'enfant a besoin est de 1.5 gramme par re. Lactogen satisfait amplement à cette exigence.

Pour matière descriptive et échantillons de LACTOGEN, veuillez adresser votre formule professionnelle à

CCEPTED AMERICAN MEDICAL ASSN. Committee on Foods

NESTLÉ'S MILK PRODUCTS (CANADA) LTD

TORONTO — METROPOLITAN BLDG. — CANADA

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

EXAMENS POUR LE DIPLÔME DE « FELLOW » (membre actif)

1937

Nous attirons l'attention sur le changement de dates, antérieurement annoncées comme suit:

Les examens écrits, sur tous les sujets des examens primaires et finals, auront lieu à Halifax, Québec, Montréal, Toronto, Winnipeg, Saskatoon, Edmonton et Vancouver (au choix du candidat) les

JEUDI, 23 SEPT. — VENDREDI, 24 SEPT. — SAMEDI, 25 SEPT.

Les examens oraux et cliniques, sur tous les sujets, auront lieu à Montréal, le lundi, 25 octobre et les jours suivants.

Les candidats, gradués en 1930, ou antérieurement, d'une École de Médecine ou d'une Université approuvées par le Conseil, ne seront pas obligés de passer l'examen primaire, mais devront, à l'examen final, faire preuve d'une connaissance générale et pratique de l'application clinique de l'anatomie et de la physiologie. Ce privilège prendra fin en décembre 1940.

Des cours de révision en anatomie et en physiologie seront donnés à l'Université McGill et à l'Université de Toronto, à partir de jeudi, le 26 août, au mercredi, le 22 septembre inclusivement. — Contribution: $25.00.

Pour renseignements, s'adresser à

Des renseignements supplémentaires apparaîtront dans chaque numéro de ce journal.

Warren S. Lyman, M.D., Secrétaire Honoraire, 292, rue Somerset, Ottawa, Canada.

postérieure de la colonne qui est formée de tissu compact et résistant.

La réduction peut être faite la journée même de l'accident et le patient peut marcher le lendemain de la réduction; il quitte l'hôpital le 5ième ou 6ième jour. Les avantages de la méthode sont: a) la suppression de la douleur pour le patient; b) la grande facilité pour l'anesthésiste de donner la narcose; c) la possibilité d'un contrôle radiologique avant la pose d'un appareil plâtré; d) l'exactitude de la réduction qu'il est possible d'obtenir; e) la grande facilité de poser un appareil plâtré, tel que nous le désirons.

Lorsque le patient a fait des exercices de gymnastique et de la marche tout le temps du traitement, à l'ablation du plâtre qu'il a gardé pendant trois mois, nous constatons que le malade a une bonne musculature et les radiographies prouvent que la réduction s'est bien maintenue et que les os ne sont pas décalcifiés. Le port d'un corset en cuir ou en celluloïd est une erreur.

Cette méthode ambulatoire pour les fractures de la colonne vertébrale est utilisée par M. Couturier avec succès depuis 1933; mais cette méthode de suspension pour obtenir la réduction, sous anesthésie générale est utilisée seulement depuis juillet 1936.

Les quatre observations de malades traités montrent la qualité de la réduction et les résultats que l'on peut obtenir.

Un cas de sciatique avec scoliose; opération; guérison apparente.

par M. L. BLAGDON.

Il s'agit d'un employé de Banque, âgé de 21 ans, qui fut admis dans le Service de Chirurgie de l'Hôpital Notre-Dame, le 27 février 1935, souffrant d'une sciatique droite avec scoliose concomitante et présentant des manifestations de la maladie de Buerger. Les premiers symptômes remontent à l'été de 1934. Ses douleurs ont toujours été plus prononcées à la hanche et dans le creux poplité et leur intensité progressive a provoqué une position vicieuse permanente, due à une scoliose symptomatique. Une sympathectomie lombaire fut pratiquée en mars 1935, dans le double but d'obtenir une amélioration du côté des troubles circulatoires et peut-être aussi au point de vue de la sciatique. Le patient quitta l'hôpital apparemment en voie de guérison mais il dût être réadmis six mois plus tard, accusant à peu près les mêmes symptômes douloureux avec en plus une tuméfaction dans le creux poplité. Une exploration de cette dernière région n'a rien révélé d'anormal. Des injections épidurales et un traitement radiothérapique intensif n'ont pu amélioré la condition de notre malade.

Durant son séjour à l'hôpital, diverses analyses des urines et du sang n'ont jamais rien révélé d'anormal. Des radiographies de la colonne vertébrale ont toujours été négatives, sauf pour la scoliose dorso-lombaire. Antécédents personnels: fièvre scarlatine et fièvre typhoïde dans l'enfance. Antécédents familiaux: rien à noter.

En février 1936, nous instituons un traitement de repos absolu et appliquons des corsets plâtrés de redressement de la colonne vertébrale jus-

qu'en novembre, soit pendant neuf mois. Pendant cette période d'immobilisation le malade ne souffre pas, mais dès que nous enlevons son appareil plâtré la marche devient aussitôt douloureuse et même impossible.

Après consultation avec un Neurologue, le Dr Roma Amyotè nous décidons de faire une greffe osseuse dans le but de maintenir le redressement de la colonne et un verrouillage lombo-sacré est pratiqué vers la mi-novembre, le malade étant opéré dans son plâtre.

Suites opératoires simples. L'immobilisation est maintenue encore trois mois, puis le malade marche avec un appareil métallique lombaire de soutien. Il marche très bien et sans douleur. Nous le présentons aux membres de la Société de Chirurgie pour leur faire constater le résultat opératoire immédiat et aussi parce que nous avons l'intention de le ramener de nouveau devant eux dans six ou huit mois de cette date.

Eventration diaphragmatique; thoraco-laparotomie; réfection du diaphragme; guérison. — par M. Mercier FAUTEUX.

Il s'agit d'une femme de 51 ans qui s'était présentée à l'hôpital avec un diagnostic probable d'ulcus duodénal. A la radio, cependant, la lésion observée était une éventration diaphragmatique importante: l'estomac, le côlon transverse, des anses grêles et la rate occupaient la cavité thoracique jusqu'au niveau de la deuxième côte. Le cœur était fortement dévié vers la droite et le poumon gauche très comprimé à la partie toute supérieure de la cavité pleurale. Etant donné les symptômes graves que présentait cette femme: dyspnée, syndrôme angineux et troubles gastriques une intervention chirurgicale est décidée. Dans un premier temps, une phrénicectomie gauche est faite sous anesthésie locale. Dans un second temps, par une thoraco-laparotomie, les organes abdominaux ectopiés sont remis en place et le diaphragme est fixé et plicaturé. Les résultats opératoires furent normaux et une radiographie prise ultérieurement a montré que le diaphragme était maintenant en position normale et que les organes abdominaux occupaient leur position normale. En terminant, le rapporteur présente une série de radiographies et montre à l'écran quelques clichés pour illustrer, la position à donner au malade lorsque l'on doit intervenir sur l'hémidiaphragme gauche, le champ opératoire obtenu par l'incision qui fut utilisée et enfin le genre de sutures que l'on peut faire sur le muscle dans le but de le plicaturer.

Le Secrétaire annuel,

Mercier FAUTEUX

NOUVELLES

A L'UNIVERSITE

BEAU GESTE DE LA MAISON CASGRAIN ET CHARBONNEAU

Elle pourvoit à la publication des travaux primés du concours qu'elle a institué.

[NOTE. Nous recevons de M. Labarre la note suivante que nous nous empressons de publier intégralement. Nous comptons que l'exemple de M. Charbonneau sera suivi par d'autres financiers qui auraient l'ambition d'encourager les travaux de recherches à l'Université de Montréal, où nous avons actuellement, un groupe important d'agrégés et d'anciens boursiers dans les laboratoires et hôpitaux qui travaillent en silence mais avec intérêt. Ils seraient heureux de pouvoir ainsi publier leurs travaux si l'Université pouvait les secourir. Mais elle ne saurait satisfaire de pareilles demandes malgré son vif désir. C'est regrettable. En voici une preuve tangible... Si d'autres voulaient, en attendant?... pour une race... tant aimée!... tant décriée!... mais quand même...]

M. Jules Labarre, professeur à l'École de Pharmacie et secrétaire du jury pour le concours Casgrain-Charbonneau, réunissait hier soir un groupe de journalistes au Cercle universitaire pour faire connaître de façon précise l'objet et le but du concours Casgrain-Charbonneau dont on a annoncé récemment les bénéficiaires. La maison Casgrain-Charbonneau a offert cette année pour $1,700 de prix aux diplômés de l'Université de Montréal qui poursuivent des recherches scientifiques et qui ont soumis au jury du concours des travaux d'intérêt. On ne saurait trop signaler, a déclaré M. Labarre, la portée du geste des directeurs de cette maison. De tels concours stimulent le zèle de nos chercheurs et permettent l'éclosion de travaux, qui sans aide financière, resteraient inédits ou incomplets. Il est souhaitable qu'un tel exemple soit suivi par nos mécènes et nos philanthropes au profit de la médecine comme de la science. M. Labarre ajouta que si les travaux primés sont de première valeur, la plupart des nombreux mémoires soumis témoignent par leur tenue d'une activité scientifique remarquable chez nos chercheurs, diplômés de l'Université de Montréal et d'un effort extrêmement sérieux et encourageant pour l'avenir des recherches médicales dans le Québec.

Le jury du concours comprend sept membres chargés d'examiner les travaux soumis à un point de vue. Cette année, ils ont dû en examiner près d'une trentaine. On a particulièrement étudié la sorte d'expérimentation, la présentation méthodique et l'aspect pratique des travaux, ainsi que la tenue générale du travail.

On sait que le prix annuel de $500. offert à l'Université de Montréal par M. Charbonneau, pour le meilleur travail scientifique se rapportant à la médecine ou aux sciences connexes, a été attribué cette année au mémoire soumis par MM. Armand Frappier et Victorien Fredette. Le premier, est médecin et Licencié ès Sciences, assistant en Bactériologie et directeur du Laboratoire du BCG à la Faculté de Médecine, chef de laboratoire à l'Hôpital St-Luc; le second, pharmacien et maître ès Sciences, chargé du cours spécial de bactériologie pour les élèves des Sciences et de Pharmacie, et collaborateur du Dr Frappier au département de bactériologie de la Faculté.

Dans un premier concours (prix $500), « le montant est attribué chaque année au meilleur travail, recherche ou amélioration scientifique, se rapportant à la médecine, à la pharmacie, à la dentisterie, à la chimie ou à la biochimie. Cela comprend toute découverte médicale ou pharmaceutique, toute amélioration importante de traitement, médical ou d'opération, toute découverte scientifique d'ordre médical. »

Les sujets de travaux sont libres

Les concurrents soumettent des travaux de leur choix, et il n'a jamais été question pour eux d'entreprendre des recherches sur un sujet imposé par le jury; mais, pour être considérés, ces mémoires doivent être inédits et porter sur le domaine médical. Le jury juge de leur importance, en se basant sur des considérations bien définies, de sorte que, dans l'élimination, justice est faite à chacun.

En plus de ces prix, la maison Casgrain et Charbonneau met à la disposition des chercheurs une somme de $1,000. Il s'agit d'encourager les travailleurs qui, dans les domaines scientifiques et médicaux ci-haut mentionnés, ont obtenu déjà des résultats probants, mais dont les ressources insuffisantes entravent les recherches. La distribution de ces allocations se fera sous peu.

Les lauréats ont d'ailleurs été proclamé officiellement par le recteur de l'Université le jour de la collation des grades, au théâtre St-Denis, le 28 mai.

Prix supplémentaires

Cette année, M. Charbonneau désireux d'encourager au maximum les concurrents les plus méritants, a offert un second prix de $100. Ce montant a été décerné à MM. J.-L. Riopelle et P. Martin, médecins et assistants du professeur Pierre Masson, au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de médecine et aux laboratoires de l'Hôtel-Dieu et de Ste-Justine.

Enfin, une somme supplémentaire de $100 a été ajoutée au prix de $500 afin de faciliter à MM. Frappier et Fredette la publication et la diffusion de leur mémoire.

Jules LABARRE

XVIe RÉUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE

8 - 14 JUILLET 1937

La XVIe Réunion Neurologique Internationale se tiendra à Paris du **jeudi 8 juillet au mercredi 13 juillet 1937 inclus.**

La séance d'ouverture aura lieu le jeudi 8 juillet à 14 h. 30, à l'Exposition Internationale. Les séances ultérieures se tiendront **à la Salpêtrière**, 47 Boulevard de l'Hôpital (Amphithéâtre de l'École des Infirmières).

Les séances auront lieu le matin de 9 h. à 12 h. et l'après-midi de 15 h. à 18 h.

La question suivante a été mise à l'étude:

LA DOULEUR EN NEUROLOGIE

CADEAU DU « COURONNEMENT »

Une semaine de salaire aux employés d'Ovaltine.

Les employés de A. Wander Limited, Elmwood Park, Peterborough, fabricants de l'Ovaltine, le fameux aliment tonique liquide, furent agréablemetn surpris aujourd'hui de recevoir la gratification d'une semaine de salaire, en souvenir du couronnement de Leurs Majestés, le Roi Georges VI et la Reine Elizabeth. Sir Harry Hague, Directeur-Gérant de la compagnie, dont le bureau-chef est à Londres, envoya un mot concernant la part prise en Angleterre par la compagnie en commémoration de cet événement historique. La fabrique d'Ovaltine, à Peterborough, Ont., est une des succursales mondiales qui encerclent l'univers, comprenant les principaux pays d'Europe, aussi bien que le Canada et les Etats-Unis.

SUPPLÉMENT

Mémento thérapeutique

Anémies. Hémostyl. Peptonate de fer. Pancrinol.

Constipation. Sal-Hépatica. Active le mouvement de la bile.

Voies urinaires. Pipérazine. Agréable à prendre, favorise l'élimination de l'acide urique. L'uroprazine agit de la même manière. Pyridium. Antiseptique.

Bronchite. Très actif à la période d'expectoration. Sirop Famel et gouttes Rami.

Maladies infectieuses. Injections intra-veineuses de Lantol et de Septicémine.

Ulcère d'estomac. Biskamoil et Bismol, deux préparations qui agissent comme pansement. Plus tard on les remplace par la Lavastidine et Histidin-Ifah. Une ampoule par jour, durant 21 jours.

Surmenage, insomnie. Elixir Gabail. A base de valériane sans odeur, la dose d'une cuillerée à thé ou plus.

Stérilisation. Tout médecin ici ou à la campagne peut stériliser ses instruments avec le stérilisateur Castle portatif.

Epilepsie. Alepsal à doses croissantes sans danger d'intoxication.

Arythmie. Cardiosédine. Combinaison de quinine et d'aubépine.

Nutrition. L'ovaltine, riche en phosphates, mélangée au lait stimule les fonctions glandulaires.

Cholécystites. Agocholine à la dose d'une cuillerée à thé dans un demi-verre d'eau tiède à jeun, 10 jours.

Colibacillurie. Sérum anti-colibacillaire à la dose de 80 à 100 cc. par jour.

Leucorrhée. Employez Lorate à la dose d'une ou deux cuillerées à thé dans un litre d'eau.

Insuffisance cardiaque. La digitaline Adrian.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES ANNONCES

Abbott Laboratories Ltd, (*Nembutal*) XII

Anglo-French Drug Cie, (*Elixir Gabail*) XLIX

Antiphlogistine, (*Circulation dans les capillaires*) XXII

Ayerst, McKenna & Harrison, Limited, (*Sulphanilamide*) XX

Banque Canadienne Nationale, (*À votre disposition*) . . XLVI

Borden Company Limited, The, (*Lait Borden's St. Charles, Evaporé*) LVII

Boudot, L., (*Dia-Tosan*) LXII

Bromo-Seltzer Ltd., (*Acetanilid*) LXVIII

Canada Drug Company, (*Paveral*) LVIII

Cardinaux, Paul, (*Diathermie, Rayons X, Electrologie*) XI

Carling Breweries Limited, (*Invalid Stout*) L

Carnation Company Limited, (*Lait Carnation Irradié*) . . LIX

Casgrain & Charbonneau, Ltée, (*Thyvacrine No 10 C & C*) XXXVI

Casgrain & Charbonneau, Ltée, (*Neuvocrine No 5 C & C*) XXXVI

Casgrain & Charbonneau, Ltée, (*Diacrine No 6 C & C*) XXXVI

Casgrain & Charbonneau, Ltée, (*Stérilisateur "Castle"*) XLVIII

Casgrain & Charbonneau, Ltée, (*Ray. X Westinghouse*) XLVIII

Ciba, Compagnie, Limitée, (*Trasentine "Ciba"*) III

Cloutier & Cloutier Cie Ltée, (*L'appareil "McIntosh"*) . X

Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, LXVI

Denver Chemical Manufacturing Co., (*Antiphlogistine*) XXII

Duckett J. A., (*Dernière Création de la Prothèse*) LIV

Eddé, J., Limitée, (*Taxol*) VI

Eddé, J., Limitée, (*Elixir complexe de Pancrinol*) . . VI

Eddé, J., Limitée, (*Pommade Midy*) XIX

Eddé, J., Limitée, (*Hémostyl*) XXVII

Eddé, J., Limitée, (*Nucléarsitol Robin*) XXX

Eddé, J., Limitée, (*Phospho-Strychnal*) XXXIII

BIBLIOTHÈQUE
SAINT-SULPICE

Eddé, J., Limitée, (*Ocréine Grémy*) XXXIII
Eddé, J., Limitée, (*Peptonate de Fer Robin*) XXXIII
Eddé, J., Limitée, (*Iodogénol Pépin*) XXXIV
Eddé, J., Limitée, (*Neurinase*) XLVI
Etablissements Byla, Les, (*Neurotrophol Byla*) IX
Etablissements Byla, Les, (*Splenarmone Byla*) IX
Fellows Medical Mfg. Co., Ltd., (*Sirop Fellows*) XXXV
Frosst, Charles E. & Co. (*Kondremul*) *Deuxième page intérieure de la couverture.*
Herdt & Charton, Inc., (*Uroprazine*) LV
Herdt & Charton, Inc., (*Thalassol Chomedy*) LXIV
Hirbour, Arthur, (*Pharmacie d'Ordonnances*) LXIV
Horner Limited, Frank W., (*Maltlevol*) L
"Ifah", Pharm. Products, (*Histidin-Ifah*) LI
Imperial Tobacco Co. of Canada, (*Sweet Caporal*) LIII
Importations Européennes Limitée, (*Cardiosédine*) XLV
Joubert, J. J., Limitée, (*Santéine*) LII
Kellogg, (*Kellogg's All Bran*) . . *Troisième page de la couverture.*
Knox Gelatine Laboratories, (*Le lait gélatiné tient la tête dans les épreuves de nourriture pour les enfants*) LXI
Laboratoires Licardy, (*Gélogastrine Licardy*) IX
Laboratoires A. Bailly, (*Pulmo-Bailly*) XVIII
Laboratoires A. Guerbet & Cie, (*Sympthyl*) XLVII
Laboratoire du Bismol, (*Agobyl*) *Quatrième page de la couverture.*
Laboratoires Clin, Comar & Cie, (*Arsaminol*) I
Laboratoires Clin, Comar & Cie, (*Strychno-Phospharsinées*) I
Laboratoires Lobica, (*Taxol*) VI
Laboratoire Nadeau Limitée, (*Sodiosal*) XXX
Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Ltée, (*Stellidine*) XIII
Laboratoires du Dr P. Astier, (*Riodine Astier*) XXV
Laboratoires Soudan de Paris, (*Dia-Tosan*) LX
Laboratoires Midy, (*Pommade Midy*) XIX
Librairie Beauchemin Limitée, (*Linguaphone*) XXVIII
La Cie Canadienne des Agences Modernes, (*Les Lithinés du Dr Gustin*) LII

BIBLIOTHÈQUE
SAINT-SULPICE

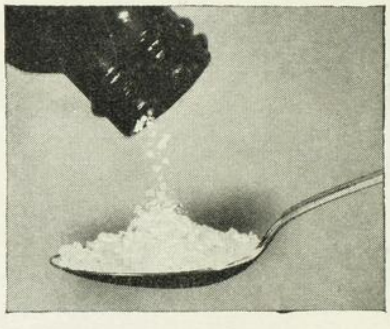
La Cie Canadienne des Agences Modernes, (*Magnésie du Dr Gustin*) LII
Listers Limited, (*Listers*) LVIII
Mercier & Dion, (*Fourrures*) XXI
Millet, Roux & Cie, Ltée, (*Agocholine*) LXIII
Nestlé's Milk Products (Canada) Ltd., (*Protéine du lait de vache*) LXV
Parke, Davis & Cie, (*Le Mapharsen*) IV
Ranniger, W.-E., (*Histidin-Ifah*) LI
Rougier Frères, (*Hepathemo*) XVII
Rougier Frères, (*Hémoglobine Deschiens*) XIX
Rougier Frères, (*Digitaline Nativelle*) XXI
Rougier Frères, (*Sedol*) XXIII
Rougier Frères, (*Spectrol*) XXIII
Rougier Frères, (*Sedlitz Chanteaud*) XXVI
Rougier Frères, (*Sténol Chanteaud*) XXVI
Rougier Frères, (*Rami*) XXVI
Rougier Frères, (*Elixir Ducro*) XXIX
Rougier Frères, (*Névrosthénine Freyssinge*) XXXV
Rougier Frères, (*Chloramine Freyssinge*) XXXV
Rougier Frères, (*Capsules Dartois*) XXXV
Rougier Frères, (*Uraseptine Rogier*) XLV
Rougier Frères, (*Sirop Famel*) LIV
Rougier Frères, (*Iodalose Galbrun*) LV
Rougier Frères, (*Prosthénase*) LV
Sanatorium de Blois XXIV
Sanatorium Prévost II
Siemens-Reiniger (Canada) Limited, (*Le Spherix "Siemens"*) V
Squibb & Sons of Canada, Ltd, E.R., (*Amniotin*) . . . LX
Vinant Ltée, (*Arsaminol*) I
Vinant Ltée, (*Strychno-Phospharsinées*) I
Vinant Ltée, (*Neurotrophol Byla*) IX
Vinant Ltée, (*Splenarmone Byla*) IX
Vinant Ltée, (*Sympthyl*) XLVII
Vinant Ltée, (*Lipiodol*) XLVII
Vinant Ltée, (*Pulmo-Bailly*) XVIII
Wander, A., Limited, (*Ovaltine*) XXIX
Warner, R. William (*Dans l'obscurité*) XIV
Waterbury Chemical Co. of Canada, Ltd, (*Lorate*) . . LIX

Tableau blanc *pour* ACETANILID!

AUCUN cas d'empoisonnement dans un rapport de 7 années de la ville de New-York.

Les rapports annuels de statistiques d'empoisonnements fatals, pour sept années (1929-1935 incl.), de l'Examinateur Médical en Chef de la ville de New-York, ne mentionnent aucun cas d'empoisonnement fatal par l'acetanilid, comparés à un total de 2,028 cas par autres drogues *. Lorsqu'on étudie attentivement ce rapport statistique il est évident de constater la non-toxicité de l'acetanilid. Des rapports semblables, ou tout aussi favorables, viennent d'autres villes.

L'acetanilid, comme analgésique, a la préférence de la profession médicale, non seulement pour sa sûreté, mais aussi pour son efficacité rapide à soulager toute douleur d'origine nerveuse.



* Un extrait en anglais de ce rapport statistique de l'Examinateur Médical en Chef de la ville de New-York, sur les poisons (couvrant les années de 1929 à 1935) vous sera adressé sur demande.

BROMO-SELTZER — Dans le Bromo-Seltzer l'acetanilid et l'acetphenitidin sont associées à la caféine et aux bromures pour le maximum d'analgésie dans un dosage minimum. Les citrates y ont été ajoutés pour augmenter la réserve alcaline et neutraliser l'acidité qui accompagne souvent les maux de tête, la névralgie, etc. Bromo-Seltzer fait un breuvage effervescent savoureux. Votre ordonnance de ce sédatif économique sera acceptée avec plaisir par vos patients.

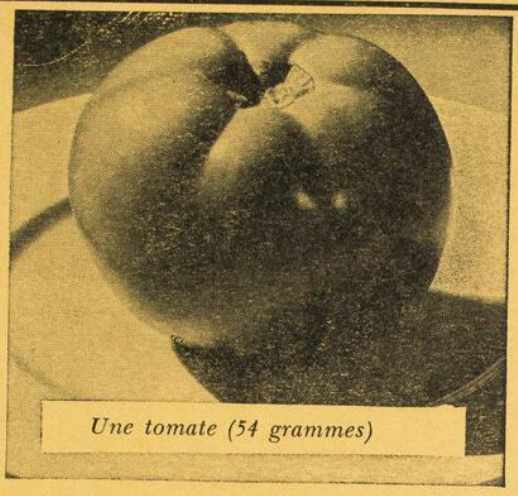
Des échantillons de Bromo-Seltzer et de la littérature sont adressés à la profession médicale sur demande.

BROMO-SELTZER LTD. Toronto, Canada

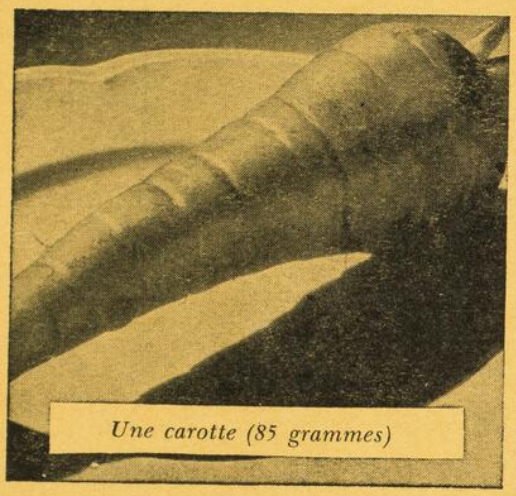
Kellogg's ALL-BRAN . . . contenant l'importante vitamine B



Deux cuillerées à soupe (14 grammes) contiennent environ autant de vitamine B que dans ces aliments ordinaires.



Une tomate (54 grammes)



Une carotte (85 grammes)



Ou une grosse portion de laitue (59 grammes)

LES autorités en nutrition reconnaissent l'importance de la vitamine B dans le rythme normal du muscle intestinal.

Kellogg's ALL-BRAN fournit une large part de vitamine B nécessaire au régime quotidien. Cette céréale est en outre riche en fer générateur du sang et, elle fournit à l'intestin le "volume alimentaire" nécessaire pour une bonne élimination.

ALL-BRAN, introduit dans l'organisme, absorbe deux fois son volume d'eau et nettoie le système.

Cette nourriture laxative naturelle peut être servie comme céréale avec du lait ou de la crème, ou être employée dans la préparation d'appétissants muffins, pains, etc. En vente chez tous les épiciers. Fabriqué par Kellogg, London, Ontario.

BISMIX

HYPERCHLORHYDRIE



Excepté les cas où l'intervention chirurgicale est nécessaire toutes les maladies du foie sont justiciables de l'Agobyl



AGOBYL

DÉSENSIBILISATEUR DES ÉTATS HÉPATIQUES

Le Laboratoire du Bismol
Spécialités Thérapeutiques
945 rue Côté *Montréal*

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