TOME LXVI MONTRÉAL, OCTOBRE 1937 No 10

L'Union Médicale du Canada

REVUE MENSUELLE

Fondée en 1872

BIBLIOTHEQUE
Dr G. PHENIX
SAINT-JEAN, QUEBEC

BULLETIN

Propositions sur la poliomyélite . . Jean SAUCIER . . . 1011

MÉMOIRE

Maladie de Cushing . . . . . Armand GRATTON . . 1014

RECUEIL DE FAITS

Deux cas de cancer utérin chez des femmes âgées de 28 et 25 ans respectivement . . . . . Léon GERIN-LAJOIE et Raymond SIMARD . 1026

Leucémie myéloïde et sarcome polymorphe du poumon . . . . . L.-C. SIMARD 1030

Hémorragie intra-abdominale par rupture d'un corps jaune . . . . . Edouard DESJARDINS . 1038

PETITE CLINIQUE

A propos d'un cas d'anémie aplastique Albert LeSAGE Louis FORTIER et A. BERNIER 1041

MOUVEMENT MÉDICAL

L'hyperpyrexie dans l'infection gonococcique . . . . . A. LAQUERRIERE . . 1050

REVUE GÉNÉRALE

Traitement antitétanique . . . . . Eug. SAINT-JACQUES . 1056

REVUE DES LIVRES

Conduite à tenir en présence d'un cas de poliomyélite . . . . . A. STILLMUNKES . . 1060

Les septicémies . . . . . A. LEMIERRE . . . 1067

Le régime du diabétique . . . . . Louis CAILLON . . . 1076

VARIÉTÉS

Auto-suggestion et suggestion . . . Jules-S. LeSAGE . . . 1084

MÉDECINE PRATIQUE

Les accès d'apnée du nourrisson . . Paul LETONDAL . . 1089

(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.**

MÉDICATION ARRHÉNIQUE

CACODYLATE DE SOUDE CLIN

GLOBULES CLIN, 0 gr. 01 par globule, enrobés au gluten;
GOUTTES CLIN, 0 gr. 01 par 5 gouttes;
TUBES STÉRILISÉS CLIN, à 0 gr. 05 et 0 gr. 10 par cc. par ampoule.

MÉTHARSINATE CLIN

GLOBULES CLIN, 0 gr. 01 par globule, enrobés au gluten;
GOUTTES CLIN, 0 gr. 01 par 5 gouttes;
TUBES STÉRILISÉS CLIN, à 0 gr. 05 par cc. par ampoule.

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 sur la musculature lisse, comme la papavérine.

Indiqué dans les états spasmodiques des organes végétatifs. Utilisable par voies orale et parentérale.

Comprimés Ampoules

PERANDREN

"CIBA"

(Première hormone orchitique synthétique, chimiquement pure)

L'essai du Perandren est recommandé dans les cas suivants:
Affections prostatiques, eunuchisme,
Troubles du développement sexuel,
Phénomènes de carence de nature physique et psychique,
Affaiblissement ou cessation prématurés de la fonction sexuelle.

Ampoules

COMPAGNIE CIBA LTÉE, 759 Carré Victoria, MONTREAL.

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.

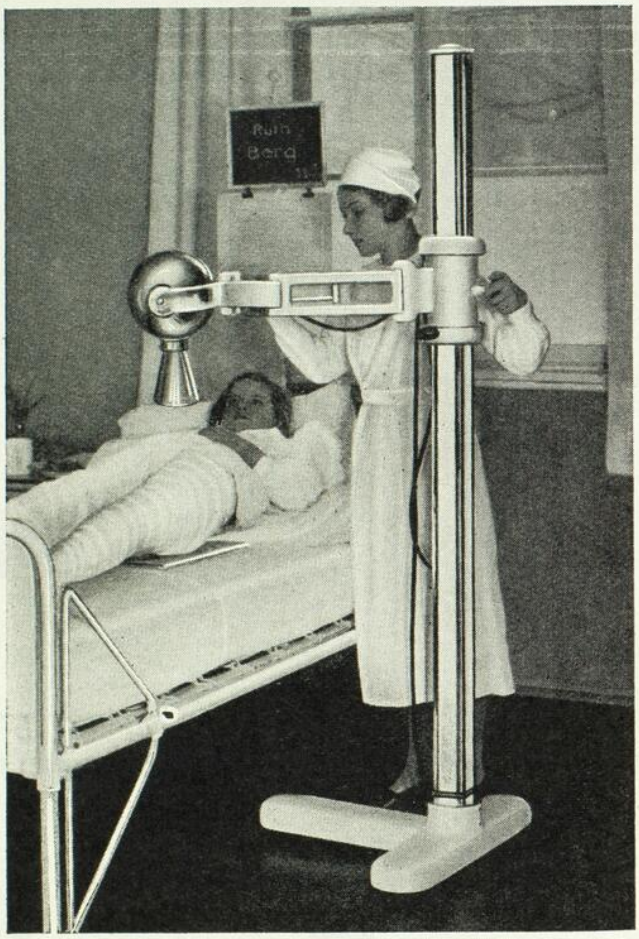
Différentes épreuves de laboratoire ainsi que de multiples observations cliniques ont prouvé que le Mapharsen, (oxyde de méta, amino, para, hydroxy, phénylarsine), est un spirochéticide de première valeur. Il n'a jamais provoqué de ces réactions graves observées à la suite d'injections des autres arsenicaux 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 biologique. Le Mapharsen constitue un agent thérapeutique de tout premier ordre comparativement à d'autres produits du même genre dans le traitement de la tryponimiase et de la syphilis.

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

PARKE, DAVIS & COMPANY - MONTREAL

Le Sphérix "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

CONSTIPATION

REEDUCATEUR DE L'INTESTIN

AUCUNE ACCOUTUMANCE

LABORATOIRES LOBICA
25, RUE JASMIN - PARIS

Agent: J. EDDÉ Ltée, MONTRÉAL

à base de :
SELS BILIAIRES
POUDRE DE GLANDES INTESTINALES
CHARBON POREUX
FERMENTS LACTIQUES
POUDRE DE LAMINARIA FLEXICAULIS
POUR 1 COMPRIMÉ

1 à 6 comprimés par jour aux repas ou au coucher
Commencer par deux comprimés

LACTOBYL

Elixir complexe de **Pancrinol**

Tonique neuro-organique
associant l'opothérapie et la chimiothérapie

ASTHÉNIES
ANOREXIE
DEFICIENCES
ORGANIQUES

Agent Général J. EDDÉ Ltée MONTRÉAL

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

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.

INTERNE DEMANDÉ

Un poste d'interne senior est vacant dans le service de tuberculose. Rémunération raisonnable. — Chambre et pension. — S'adresser à Sœur Supérieure, Hôpital du Sacré-Cœur, 3300 ouest, boulevard Gouin, Cartierville. Tél.: BYwater 1340.

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)

PHYLACTONE BYLA

Peptone spéciale à polyvalence protidique, hautement différenciée, résultant d'un mélange de peptones de: **viande, poisson, lait, œufs.**

Anti-anaphylactique par excellence, recommandé dans: migraines, céphalées, urticaires, intoxications alimentaires d'origine anaphylactique.

CACHETS — GRANULÉ

PHYTOGENINE BYLA

Association de PHYTOPHOSPHINE, de fluorure de sodium, de nucléinate de manganèse et d'un complexe endocrinien (thymus, rate, surrénales, parathyroïdes, foie, moelle osseuse embryonnaire, os épiphysaire),

Réminéraliseur intensif, indiqué dans les troubles de la croissance, la tuberculose et toutes les déficiences du métabolisme.

COMPRIMÉS — GRANULÉ

LES ÉTABLISSEMENTS BYLA, - - PARIS

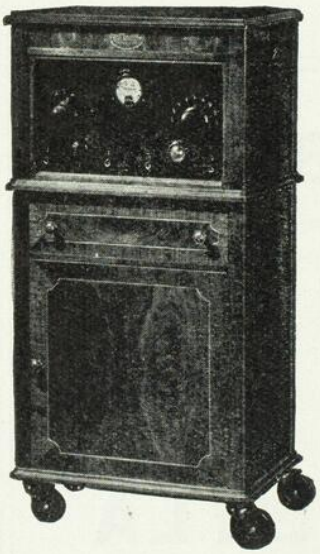
Agents pour le Canada: **VINANT Ltée,** 533, rue Bonsecours, **MONTRÉAL**

Pourquoi troubler la réception d'émissions radiophoniques ?

Soyez sans inquiétude

Vous pouvez réduire au minimum l'interférence dans la radiodiffusion par l'usage de l'appareil diathermique à ondes courtes

--HOGAN BREVATHERM--



Est-ce que votre appareil diathermique à ondes courtes — comme plusieurs maintenant offerts à la profession — trouble sérieusement, dans le voisinage, les émissions radiophoniques standard ou à ondes courtes ?

Afin de résoudre ce problème pour les possesseurs de l'appareil « HOGAN BREVATHERM », il y a plus de 18 mois, McINTOSH a construit l' « Eliminateur d'interférence » dans le but de réduire le soi-disant « feed-back » et le « pick-up » d'énergie électrique.

Les médecins qui ont acheté les différents modèles de « HOGAN BREVATHERM », aussi bien que les acheteurs futurs, peuvent avoir cette protection supplémentaire.

Considérez ce fait lorsque vous songerez à l'achat d'un appareil à diathermie à ondes courtes.

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

La Société Médicale de Montréal 1097

LIVRES NOUVEAUX

Livres reçus en septembre 1102

NOUVELLES

Cinquantième anniversaire de pratique de la médecine. Le Docteur L.-J.-O. Sirois 1103

Souper intime 1104

Condoléances — Félicitations — Bourse d'études 1105

BIBLIOGRAPHIE

Précis de médecine coloniale — Maladie des femmes enceintes — Les sérums de convalescents, leur emploi dans la prophylaxie et le traitement des maladies infectieuses — La tuberculose, étude pratique, traitement par l'allergine — Les rhumatismes de l'épaule 1106

ANALYSES

GASTRO-ENTÉROLOGIE

Du diagnostic clinique précoce du cancer de l'estomac (p. 1091). La gastroscopie. Sa valeur dans le diagnostic précoce du cancer gastrique (p. 1091).

PHTISIOLOGIE

Tuberculose infantile et érythème noueux (p. 1092).

NEURO-PSYCHIATRIE

La pyknolepsie (p. 1093).

CHIRURGIE

La conduite à tenir dans l'étranglement hémorroïdaire (p. 1093).

GYNÉCOLOGIE

Diagnostic et diagnostic différentiel de la grossesse par injection intraveineuse d'extrait hypophysaire postérieure (p. 1094). Opération de Bouilly (p. 1095).

DERMATOLOGIE

Furoncle et anthrax (p. 1095). L'arthrite psoriastique (p. 1096).

PHILIPS METALIX ROTALIX

TUBES À RAYONS-X

Connus et vendus dans le monde entier

à foyer simple

à foyer double

à anode rotative

CANADIAN METALIX COMPANY
LIMITED

531, Sherbrooke Est,
MONTREAL, Qué.

Les produits de

METAPHENE

Teinture de Métaphène (Solution de Métaphène au 1:200e dans un mélange d'alcool, d'acétone et d'eau). Antiseptique idéal pour la stérilisation pré-opératoire de la peau en chirurgie et dermatologie.

Métaphène 1:500 (Solution aqueuse de Métaphène à la dilution de 1:500) plus particulièrement employé pour le traitement de coupures, abrasions, ulcères duodénaux, etc.

Métaphène 1:2500 (Solution de Métaphène à la dilution de 1:2500) très efficace dans tous les cas où un antiseptique puissant est requis pour lavages et irrigations.

Autres produits

Suppositoire: (contient Métaphène au 1:2000e dans une base de gélatine et de glycérine) pour usages vaginaux.

Ampoule: (contient Métaphène au 1:1000e) pour usages intraveineux.

Pommade: (contient Métaphène au 1:500e dans une base d'onguent émolliente) pour applications locales.

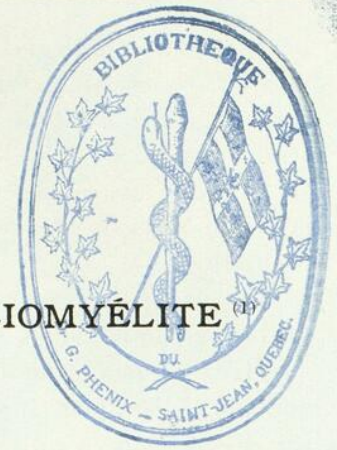
Collodion: (contient Métaphène au 1:500e dans une base de collodion).

LITTÉRATURE DÉTAILLÉE FOURNIE SUR DEMANDE

LABORATOIRES ABBOTT LTEE

388 ouest, rue Saint-Paul — Montréal

Tome LXVI No 10 Octobre 1937



BULLETIN

PROPOSITIONS SUR LA POLIOMYÉLITE (1)

Par Jean SAUCIER

La poliomyélite est une infection frappant électivement les cellules des cornes antérieures de la moelle, d'où la dénomination de *poliomyélite*, de *polios*: gris, et *myélè*: moelle. Par extension, l'atteinte des formations grises motrices du tronc cérébral sont intégrées sous la même étiquette nosologique. Il ne serait pas très euphémique de parler de poliobulbite, de poliopontite et de poliopédonculite. En vérité cela serait logique et tout à fait correct au double point de vue étymologique et topographique. Le vocable polioencéphalite que l'on emploie parfois pour désigner les formes hautes de la poliomyélite prête à ambiguité puisque le cortex cérébral est également gris, et pourtant, il n'est aucunement intéressé dans les polioencéphalites. Cette affection est déterminée par un virus ultramicroscopique infiniment petit.

La porte d'entrée du virus dans l'organisme n'est pas parfaitement connue. Les travaux de Brodie et de ses collaborateurs semblent indiquer que les bulbes olfactifs sont le point faible de notre armure antipoliomyélitique. D'après ces auteurs, la section des bandelettes olfactives empêcherait l'invasion du virus subséquemment injecté par la voie intraveineuse. Toomey a cependant réussi a démontrer que la section des bandelettes olfactives ne protégeait plus le singe à qui l'on avait fait une injection intraveineuse de fortes doses de virus. Le naso-pharynx ne serait donc pas la seule porte d'entrée du virus. La maladie est déclanchée par l'ingestion de fortes doses du virus, surtout si l'animal a été soumis au préalable à une diète qui ne com-

(1) Certaines de ces propositions sont connues depuis longtemps. D'autres le sont moins. D'autres enfin ne le sont à peu près pas. Cet exposé succinct, au déclin de l'épidémie ontarienne, *fera le point*. Il faut savoir que dans la vaste information dont on abreuve le public médical, et le public tout court, il faut distinguer l'hypothétique de l'acquis, les mesures dangereuses des anodines. Il importe surtout de connaître les armes prophylactiques les plus rapidement *mobilisables* et les plus efficaces.

porte pas la vitamine D. Ces deux portes d'entrée sont probables. Elles ne sont pas les seules. Il est fort possible que le naso-pharynx et le tractus gastro-intestinal soient à titre égal d'excellentes portes d'entrée.

Le fait que la maladie est déclanchée par l'injection intracérébrale du virus ne permet aucune présomption de la porte d'entrée naturelle.

Il est à peu près admis que le virus est véhicu'é par les cylindraxes et par les fibres sympathiques.

L'expérimentation démontre que l'immunisation active n'est obtenue que si l'antigène injecté est un virus vivant, qu'il ait été atténué par des substances chimiques ou par la chaleur. Le virus mort n'immunise pas. Les vaccins utilisés par Brodie et Kolmer ont déterminé la maladie et dans quelques cas, les vaccinés sont morts. Cette désastreuse série a fait le procès du vaccin et reporte son application pratique à un avenir encore indéterminé. Il est admis que des singes ont acquis la maladie au cours de l'immunisation active. Ces animaux sont vraiment vaccinés.

L'immunisation passive est décevante, et peut-être pas sans danger. L'expérience maintenant classique de Park en 1931 est démonstrative: chez un nombre à peu près égal de malades qui reçurent et qui ne reçurent pas le sérum (de convalescent), les paralysies et les décès furent sensiblement égaux, bien plus, les cas heureux furent en léger excédent chez ceux qui ne reçurent pas le sérum. L'emploi du sérum n'a pas empêché les décès et les formes graves en Ontario au cours de l'épidémie de cet été. Tout récemment, Levinson a rapporté des succès en utilisant des doses massives de sérum chez les petits malades au stade préparalytique. Nous avons eu l'occasion d'observer quelques malades à ce stade; ils ont guéri sans sérum.

On déduit que la rareté de la poliomyélite chez l'adulte est une conséquence de son immunisation active dans l'enfance. Les adultes auraient à peu près tous contracté une poliomyélite bénigne qui ne se serait pas manifestée ou serait demeurée à la période préparalytique, passant alors pour une grippe banale. Cette notion a été utilisée et c'est ainsi que le sang d'adultes a connu un moment de vogue. En fait, il a été donné préventivement, à titre de vecteur d'anticorps au cours d'une petite épidémie en Pennsylvanie. Ce procédé semble avoir réalisé une bonne protection.

L'insistance des travaux américains au sujet de la porte d'entrée *nasale* a suscité divers moyens de protéger ce carrefour. On a d'abord eu recours à l'alun. Ce procédé un peu douloureux n'a pas donné les

résultats attendus et les nez alunés n'ont pas prospéré. La faveur va actuellement aux vaporisations intranasales d'une solution à 1% de sulfate de zinc dans du sérum physiologique. On fait une application trois jours de suite, puis tous les quinze jours, tant que le danger d'épidémie persiste. Ce procédé protège jusqu'à un certain point, mais il n'a pas empêché la maladie chez des singes ainsi préparés à qui on injecta de fortes doses de virus dans les veines.

Le traitement biologique de la poliomyélite est toujours au stade expérimental.

Peu d'enfants contractent la poliomyélite. Très peu ont des paralysies étendues. Infiniment peu en meurent.

MÉMOIRE

MALADIE DE CUSHING.

À propos d'un cas personnel vérifié par l'examen histologique de l'hypophyse.

Par Armand GRATTON,
Assistant au service des Maladies de la nutrition
de l'hôpital Notre-Dame.

Nous avions, récemment, la bonne fortune d'avoir dans notre service un cas intéressant, tant par sa rareté et son évolution, que par les difficultés qu'il nous a posées au point de vue diagnostic. Il s'agit d'un cas étiqueté par nous: maladie de Cushing, et que nous avons pu contrôler par une autopsie. Comme une telle opportunité est assez rare, nous avons cru intéressant de le publier ici.

Le premier cas rapporté comme tel l'a été par Cushing en 1912 (1) qui décrivit alors un syndrome d'obésité douloureuse, d'hypertrichose et d'aménorrhée. Ne sachant s'il devait attribuer ce syndrome à un mauvais fonctionnement de l'hypophyse, de la surrénale ou de l'ovaire, Cushing prétendait déjà, cependant, que des altérations de l'hypophyse pouvaient causer des troubles sérieux dans le fonctionnement des autres glandes endocrines (thyroïde, surrénale, ovaire, etc.) et donner ainsi naissance à des maladies telles que l'acromégalie, etc. Déjà, pour lui, l'hypophyse était la clef de voûte, la principale des glandes à sécrétion interne. Ses recherches et ses constatations cliniques et histologiques, de même que celles de nombreux auteurs, l'amenèrent petit à petit à différencier les différents syndromes et à en trouver la cause dans le mauvais fonctionnement d'une glande endocrine en particulier ou de plusieurs glandes simultanément. Il trouva finalement (2) que ces troubles glandulaires étaient causés par des adénomes provoquant une hyperactivité considérable de la glande malade. Enfin, dans la maladie qui porte son nom, il prétend (3) que la cause en est un adénome basophile du

lobe antérieur de l'hypophyse. Cet adénome, selon lui, n'est pas nécessairement volumineux. Au contraire, il peut être très petit, microscopique, et avoir une activité sécrétoire très intense et produire, par conséquent, des symptômes marqués. Il en conclut que c'est le degré d'activité sécrétoire de l'adénome et non son volume qui produira les symptômes si complexes de la maladie de Cushing.

On sait, d'après les travaux considérables des physiologistes, entre autres Collip, Anselmino, Hoffmann, etc., que l'hypophyse se compose de trois parties: le lobe antérieur, le lobe intermédiaire et le lobe postérieur. Le lobe antérieur est composé de deux sortes de cellules: granuleuses et non granuleuses. Enfin, les cellules granuleuses, selon leur affinité pour les colorants, seront appelées acidophiles ou basophiles. Dans le cas présent, ce sont les cellules basophiles qui, augmentant en nombre, tantôt s'amassent sous forme de nodule dans le lobe antérieur, tantôt s'infiltrent jusque dans le lobe intermédiaire et causent par leur grande activité sécrétoire beaucoup plus que par leur volume des perversions qui viendront troubler les autres glandes endocrines et qui donneront naissance aux symptômes que nous allons étudier plus loin.

Pour appuyer ces avancés, en plus des 12 cas vérifiés par autopsie et publiés par Cushing, il y en a une vingtaine d'autres rapportés dans la littérature médicale et vérifiés, eux aussi, par une nécropsie. Donc, sur environ 35 cas connus et autopsiés, on a trouvé un adénome basophile de l'hypophyse dans 21 cas, une hyperplasie des cellules basophiles dans 4 cas, un adénome des cellules neutrophiles dans 2 cas, un adénome des cellules acidophiles dans 1 cas, et dans 7 cas on a rapporté soit une tumeur non différenciée, soit une glande d'apparence normale. On a trouvé aussi dans quelques cas, avec une hypophyse normale, une hyperplasie cortico-surrénale ou un carcinome du thymus ou enfin une tumeur de la glande pinéale ou des testicules.

La maladie de Cushing frappe les deux sexes, se manifeste en général entre 6 et 40 ans, a une durée moyenne de 5 ans et se termine par une défaillance cardiaque ou par une infection secondaire.

Elle débute par une adiposité douloureuse qui s'installe, tantôt lentement, tantôt rapidement, à la tête, au cou et au tronc et qui épargne les membres. Le teint est rosé, la face bouffie et lunaire. Sur la peau du ventre et à la racine des cuisses apparaissent de nombreuses vergetures parfois purpuriques. Chez la femme, la déchéance des fonctions sexuelles se manifeste par une aménorrhée progressive et définitive, accompagnée de frigidité et d'inversion sexuelle

et d'hirsutisme; la barbe apparaît au menton. Chez l'homme, on note de la frigidité et de l'impuissance; la barbe et les cheveux cessent de pousser, les cils tombent.

On remarque, quoique moins fréquemment, de la cyanose des téguments, de l'acrocyanose et des éruptions cutanées acnéiformes.

A ces signes s'ajoutent l'hypertension artérielle, l'hyperglycémie, l'hypercholestérolémie, l'albuminurie, la glycosurie, la polyglobulie et l'ostéoporose (cyphose progressive, fractures spontanées). On note enfin une baisse de la vue et des troubles nerveux tels que céphalées, somnolences, crises de sommeil, convulsions.

C'est donc en se basant sur ces symptômes qu'on pourra porter un diagnostic de maladie de Cushing. Cependant, il arrivera des cas où le diagnostic différentiel sera délicat, surtout dans les formes associées à un autre syndrome hypophysaire. Le problème consistera alors à faire la recherche systématique des fonctions de toutes les endocrines et on arrivera ainsi à éliminer un par un les autres syndromes tels que ceux de Basedow, de Recklinghausen, l'hirsutisme surrénal d'Apert, la maladie de Simmonds, l'acromégalie, le syndrome adiposo-génital de Babinski-Frolïch, qui peuvent présenter par un ou plusieurs signes quelque analogie avec la maladie de Cushing.

Quant au traitement, il est encore à l'étude. D'aucuns ont préconisé la radiothérapie de l'hypophyse. Les résultats en sont douteux. Cependant, une thérapeutique symptomatique semble avoir eu de bons effets et ne doit pas être négligée. Toutefois, il est difficile de se prononcer car tous les cas se sont terminés de façon fatale. Voici maintenant l'histoire de notre malade.

Il s'agit d'une jeune femme de 30 ans (Dossier 6610-36) hospitalisée le 3 septembre 1936, à l'hôpital Notre-Dame, pour sinusite maxillaire et abcès de la joue gauche et chez qui, en faisant les examens de routine, on a trouvé de la glycosurie et une glycémie à 2 grammes 58 au litre.

La maladie a débuté en juin 1936 par une petite tuméfaction non douloureuse de la grosseur d'un pois dans la profondeur de la joue gauche. Cette tuméfaction augmentant et devenant plus douloureuse, la malade, sur l'avis d'un dentiste, se fit extraire toutes ses dents, sous anesthésie générale, le 17 août 1936. Le résultat désiré, c'est-à-dire la disparition de la tumeur de la joue, ne fut pas atteint. Au contraire, l'infection augmenta et la malade remarqua l'écoulement de pus par l'orifice resté béant d'une alvéole dentaire et le retour par le nez de l'eau de lavage de la bouche. On fit alors un diagnostic de sinusite et abcès de la joue et on l'hospitalisa. C'est à cette période que nous l'examinâmes.

La patiente ignore être diabétique et se rappelle vaguement avoir souffert de polyphagie, de polydypsie ou de polyurie. Tout au plus accuse-t-elle de la constipation, des vertiges, des palpitations fréquentes et de l'œdème mal-

léolaire vespéral. Elle a cependant remarqué une baisse de sa vision depuis quelques mois.

Dans ses antécédents héréditaires: pas de diabète ni tuberculose. Son père est cardiaque.

Au point de vue personnel, elle a eu rougeole et scarlatine en bas âge, des hémoptysies à 20 ans et des furoncles à 26 ans. Elle a eu, en plus, il y a 2 ans, deux crises qualifiées d'indigestion aiguë, avec vomissements et douleurs abdominales et qui rentrèrent dans l'ordre sans traitement. Avant son mariage elle a travaillé pendant 7 ans dans une usine de tabac.

Menstruée à 15 ans, régulièrement et sans douleur pendant deux ans; elle pèse alors 83 livres. Puis aménorrhée pendant 18 mois. Les menstruations se rétablissent plus ou moins régulièrement jusqu'à l'âge de 21 ans, date du mariage. Elle pèse alors 125 livres. A 22 ans, première grossesse. Accouchement et suites de couches sans incident. Elle pèse alors 104 livres mais commence à prendre du poids et atteint 159 livres.

A 24 ans, deuxième grossesse. Accouchement normal. Les suites de couches sont longues. La malade est faible et ne pèse que 104 livres. Il est impossible par un questionnaire serré de faire un diagnostic précis de l'état pathologique qui a suivi cet accouchement. Finalement la malade se rétablit et reprend son poids de 159 livres, mais les menstruations deviennent de plus en plus irrégulières jusqu'à cesser complètement en juillet 1935. Donc aménorrhée depuis 14 mois à son entrée à l'hôpital. Son mari constate une frigidité sexuelle complète depuis le dernier accouchement.

Les deux enfants sont vivants et en bonne santé.

(Voir Photographies avant le début de la maladie et 1 an avant hospitalisation) 1 et 2 —

A l'examen: La patiente mesure 5 pieds et pèse 131 livres.

Facies lunaire. Cyanose des téguments, acrocyanose.

Hirsutisme. Hypertrichose du menton (elle se rase tous les 2 jours), des bras et des jambes.

Cicatrices d'acné à la face.

La joue gauche est œdématiée, violacée et laisse voir un grand nombre de pustules par où s'écoule à la pression un pus jaunâtre et clair. Paralysie faciale gauche.

Adénite cervicale. Corps thyroïde normal.

Les pupilles sont normales et réagissent bien à la lumière et à l'accommodation.

Dans la bouche; absence de dents, œdème de la gencive supérieure et écoulement de pus par l'orifice de la première prémolaire supérieure gauche.

Température 100°F. Pouls 100, bondissant P.A. 210/140.

Rien à noter aux poumons ni au cœur sauf clangor aortique.

On constate en plus une obésité du tronc et surtout de l'abdomen avec de nombreuses vergetures cyanosées.

Les membres sont frêles et atrophiés, et les réflexes tendineux normaux.

Traitement: a) chirurgical: curettage du maxillaire supérieur gauche.

b) médical: Pansements humides chauds de la joue.

Fig. I. — La malade à l'âge de 25 ans.

Fig. II. — La malade à l'âge de 29 ans, un an avant son hospitalisation.

N. B. — Les photos sont dues à la courtoisie du département de photographie du service de Dermatologie de l'hôpital Notre-Dame.

Régime: H de C = 182 grammes, Graisses = 45 grammes. Protéines = 63 grammes.

Insuline: progressivement jusqu'à 20 unités toutes les 8 heures. Sous l'effet de ce traitement, la glycosurie se maintient au taux d'environ 3 grammes au litre par 24 heures, la glycémie oscille autour de la normale et nous abandonnons complètement l'emploi de l'insuline au bout de 30 jours. Notre diagnostic de maladie de Cushing est alors posé. Nous continuons cependant les toni-cardiaques et le gardénal à dose filée.

Examens de laboratoire:

Radiographies: a) *de Selle Turcique*: Les apophyses clinoïdes antérieures et postérieures ne sont pas visibles. Aspect de destruction ou de très forte décalcification.

b) Les os paraissent normaux. Pas d'ostéoporose.

c) Les sinus de la face sont clairs et bien aérés.

Métabolisme basal = — 5.

Numération globulaire:

	15 octobre 1936	7 janvier 1937
Globules Rouges	4 125,000	5,000,000
Globules Blancs	18,000	23,000
Hémoglobine	72%	75%
Valeur Globulaire	0.8	0.7
Polynucléaires	82	85
Grands Mononucléaires	5	4
Lymphocytes	13	8

Glycémie = 2.58 grammes au litre.

Cholestérolémie = 2.38 grammes au litre.

Azotémie = 0.55 gramme au litre.

Bordet-Wassermann = Négatif.

Hyperglycémie provoquée avec 100 grammes de glucose:

	à jeun	30 min.	60 min.	2 heures	2½ heures	3 heures
Sang	1.31 au litre	2.17	3.33	3.12	4.00	2 22
Urines	0	0	11 gram. °/₀₀	19.	22.	20.

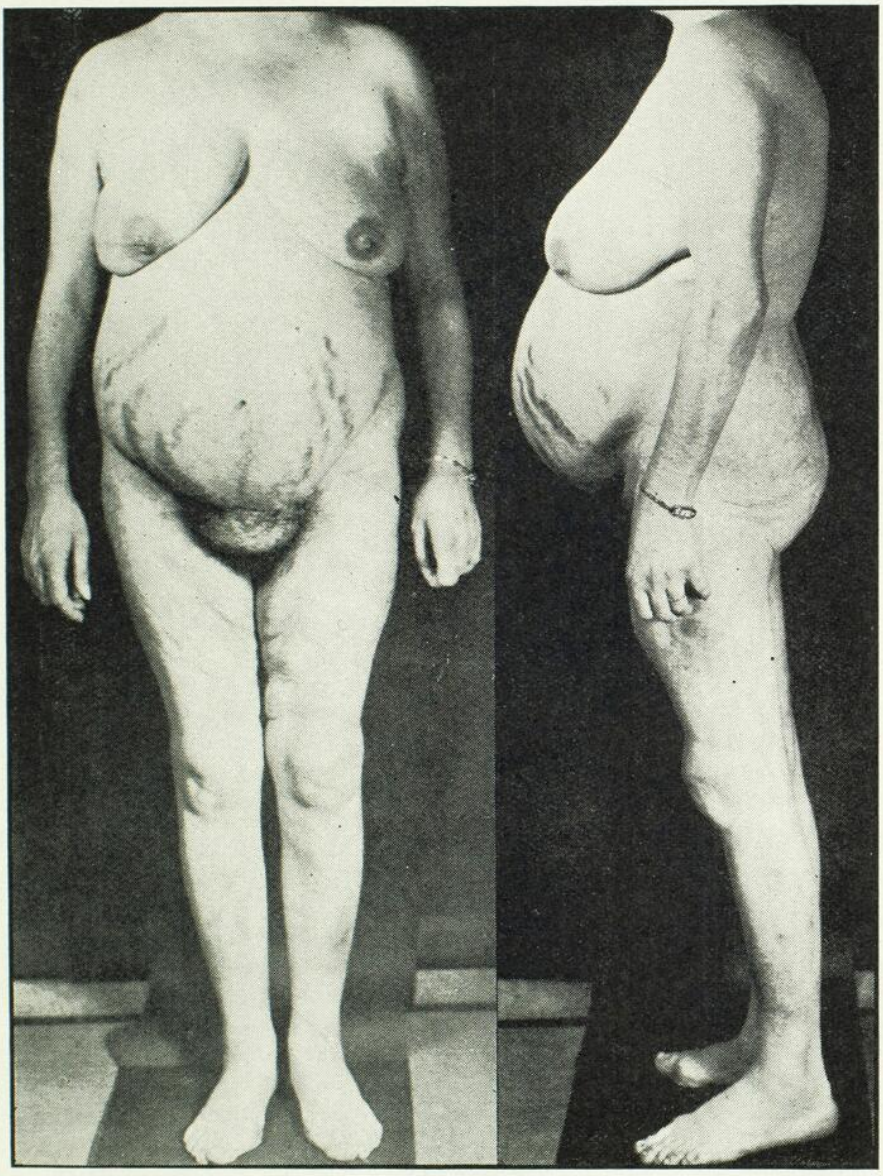


Fig. III et IV. — La malade à l'âge de 30 ans, 4 mois avant sa mort.

Ponction lombaire: Pression et résultats de laboratoire: normaux.
Examen du fond de l'œil par le Dr Lucien Gélinas nous donne:
Œil droit: œdème papillaire. Papille pâle. Vaisseaux rétrécis.
Œil gauche: Léger œdème papillaire.
Champ visuel normal.

Evolution:

24 sept. 1936: Depuis quelques jours la malade est somnolente et se plaint de palpitations. On constate un œdème malléolaire, vespéral. P. A. = 200/100.

4 octobre 1936: Crise nerveuse attribuée à tort par la garde-malade à de l'hypoglycémie (glycémie = 1.56 gramme au litre). La malade depuis la crise est somnolente.

24 octobre 1936: Congé. La malade étant un peu améliorée demande à suivre les consultations externes.

2 décembre 1936: Revient au dispensaire. La malade se sent mal et a tendance au sommeil. L'infection de la joue a augmenté. Pendant que le Docteur Lucien Gélinas lui fait un examen du fond de l'œil, elle entre subitement dans une crise convulsive suivie de sommeil prononcé. Hospitalisée d'urgence, après les examens d'usage, nous constatons qu'il ne s'agit pas de coma diabétique ou autre et la malade continue de dormir pendant 48 heures. Toutefois, en lui parlant à voix haute, en la secouant, nous réussissons à l'éveiller, à lui faire prendre son repas, elle nous parle, nous reconnaît, mais s'endort dès qu'elle est laissée à elle-même.

4 décembre 1936. En plus de la paralysie faciale gauche, nous constatons une paralysie flasque du membre supérieur gauche. Le docteur Roma Amyot consulté par nous, remarque en plus une parésie du membre inférieur gauche et pose le diagnostic de ramollissement cortical probablement par thrombose vasculaire, conséquence de spasmes artériels. La pression artérielle était alors de 180 sur 120. On donne à la patiente 20 injections quotidiennes de 20 centigrammes d'Acécholine et 8 séances à tous les 2 jours de radiothérapie de la région hypophysaire.

Au début de janvier 1937, la paralysie étant à peu près disparue et la malade grandement améliorée, il fut question de lui donner son congé; elle devait toutefois continuer ses séances de radiothérapie, mais subitement le 5 janvier, elle accuse un violent point abdominal s'irradiant au flanc et à la région lombaire droits et des vomissements. Pas de température. Pouls 120 à la minute. Croyant à une hydronéphrose, et étant dans la grande difficulté de l'examiner convenablement et de préciser notre diagnostic à cause du volume de son abdomen, nous prescrivons en conséquence. Le lendemain, nous constatons des cylindres hyalins dans ses urines. La malade vomissant et souffrant toujours de son abdomen, nous consultons un chirurgien, qui élimine le diagnostic d'hydronéphrose, mais demande un lavement baryté avant de se prononcer. Finalement elle présente les signes d'occlusion intestinale complète et est opérée d'urgence. Le chirurgien, lors de l'intervention, constate une péritonite généralisée d'origine appendiculaire probable. Et la malade meurt le 8 janvier 1937. L'autopsie est pratiquée une heure et demie après son décès

par le Dr Laurin qui nous transmet le rapport suivant: *Macroscopiquement,* il s'agit d'une femme morte de péritonite aiguë suppurée à la suite d'une appendicite et présentant en outre une néphrite atrophique et des lésions dégénératives du foie. L'hypophyse n'est pas augmentée de volume et repose dans une selle turcique d'apparence tout à fait normale, sauf peut-être un léger effacement des apophyses clinoïdes postérieures. La surrénale gauche est allongée, hypertrophiée.

Examen histologique: Les lésions histologiques importantes intéressent l'hypophyse et la surrénale. L'hypophyse dans son lobe antérieur présente une augmentation assez considérable des cellules basophiles tantôt éparses de-ci de-là, tantôt groupées en quelques points de la région postérieure près de la fente hypophysaire. Cette hyperplasie basophile envahit même le lobe

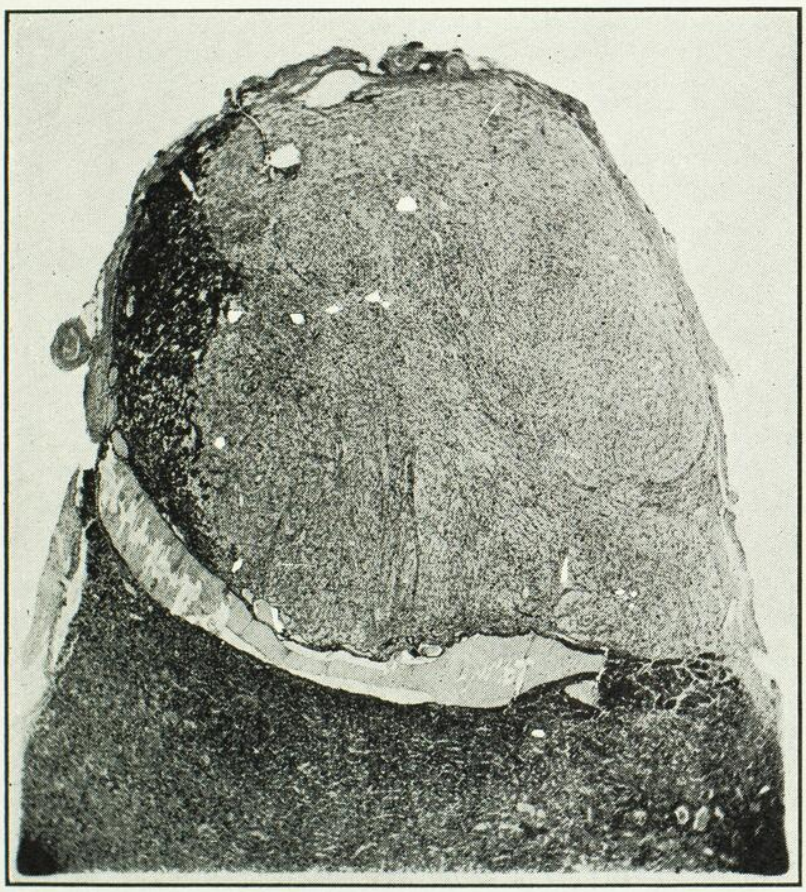


Fig. IV: Coupe verticale de l'hypophyse, au faible grossissement, montrant, en haut, le lobe postérieur envahi, sur le côté gauche, par une large traînée de cellules du lobe antérieur. (Cette microphotographie est due à l'obligeance du Dr Simard, du laboratoire d'Anatomie pathologique de l'hôpital Notre-Dame.)

postérieur où elle forme un petit nodule irrégulier.

La surrénale, allongée, laisse voir une hyperplasie diffuse des cellules de la corticale portant tantôt sur les cellules réticulées, tantôt sur les cellules fasciculées.

En résumé, la maladie de Cushing présente les symptômes suivants:

1° Adiposité de la face et du tronc et atrophie des membres;
2° Hypertrichose, hirsutisme;
3° Aménorrhée, frigidité, inversion sexuelle;
4° Cyanose des téguments, acrocyanose, vergetures, éruptions cutanées acnéiformes;
5° Hypertension artérielle;
6° Troubles nerveux: céphalées, somnolence, crises de sommeil, convulsions;
7° Ostéoporose;
8° Hyperglycémie, hypercholestérolémie;
9° Albuminurie, glycosurie;
10° Polyglobulie;
11° Acuité visuelle diminuée.

Par conséquent, si nous reprenons un à un les signes subjectifs et objectifs observés chez notre patiente, nous voyons qu'elle a présenté à peu près tous les symptômes de la maladie de Cushing, sauf l'ostéoporose. Mais alors, il ne faut pas oublier que si ce syndrome est dû à un adénome basophile du lobe antérieur de l'hypophyse, cet adénome peut à son tour avoir un retentissement sur les autres glandes endocrines et donner ainsi naissance à un syndrome hypophysaire associé à un syndrome cortico-surrénal (hirsutisme, adipose douloureuse), médullo-surrénal (hypertension artérielle et hyperglycémie), parathyroïdien (ostéomalacie, hypercalcémie) et enfin thyroïdien (exophtalmie et tachycardie). Il reste évidemment à prouver laquelle de ces glandes est devenue pathologique la première. Est-ce l'hypophyse? Est-ce la surrénale? Cushing et, à sa suite, de nombreux auteurs, croient que c'est l'hypophyse la première responsable et que c'est elle qui déclenche par la suite les perturbations remarquées dans la surrénale et les autres endocrines.

Enfin, l'examen histologique de l'hypophyse et de la surrénale de notre malade confirme amplement notre diagnostic. A ce propos, nous nous demandons quelle a été l'action de la radiothérapie pratiquée sur l'hypophyse, si action il y a eu? Les lésions histologiques constatées actuellement auraient-elles été plus marquées avant les irradiations? Nous l'ignorons.

Cependant, pour nous résumer, il nous semble évident que le cas que nous venons de vous présenter est bien une maladie de Cushing, diagnostiquée comme telle avant la mort de la patiente et que l'autopsie a révélée être accompagnée d'un adénome basophile du lobe antérieur de l'hypophyse associé à une hyperplasie cortico-surrénale.

BIBLIOGRAPHIE

1) H. CUSHING: « The pituitary Body and its disorders », *J. B. Lippincott Co.*, Phila. 1912.

2) *Bulletin of John Hopkins Hospital.* Vol. L, no 3, pp. 137-195. March 1932.

3) H. CUSHING: « Papers relating to the Pituitary Body », *Hypothalamus and Parasympathetic Nervous system.* Charles C. Thomas, 1932, pp. 113-175.

4) M. A. PHILIBERT: « Le syndrome de Cushing », *Progrès Médical*, 11 déc. 1935.

5) Henry COHEN and J. Henry DIBLE. « Pituitary Basophilism Associated with a basophil Carcinoma of the anterior Lobe of the Pituitary Gland ». *Brain*, vol. LIX, Part 4, Dec. 1936, p. 395.

6) H. CUSHING: « Further Notes on Pituitary Basophilism ». *J. A. M. A.*, July 23, 1932, page 281.

7) « Dyspituitarism », *Arch. of Int. Med.*, avril 1933, vol. 51, no 4.

RECUEIL DE FAITS

DEUX CAS DE CANCER UTÉRIN CHEZ DES FEMMES AGÉES DE 28 ET 25 ANS RESPECTIVEMENT.[1]

Par

Léon GERIN-LAJOIE, F.R.C.S.,(C.),
Professeur agrégé à la faculté de Médecine de l'Université de Montréal, et
Gynécologue à l'hôpital Notre-Dame.

Raymond SIMARD,
Interne à l'hôpital Notre-Dame.

La décision prise par les membres du Comité du « The King George V Silver Jubilee Cancer Fund for Canada » de verser à l'Association Médicale Canadienne, une partie des fonds accrus pour l'enrayement du cancer au Canada [2], nous incite à publier les observations suivantes, chez lesquelles les médecins traitants ont complètement ignoré l'hypothèse possible de cancer à cause du jeune âge des patientes.

Dans les deux cas ci-après, la biopsie a confirmé nos appréhensions, bien que dans l'un d'eux, le diagnostic clinique d'épithélioma du col, s'imposait de façon quasi certaine.

Observation nº I.

Le 31 juillet 1937, Madame A. B.... 28 ans, sans occupation particulière est admise à l'hôpital pour métrorragies assez abondantes depuis quelques jours. Les antécédents personnels sont silencieux. Son père, cardio-rénal est mort à 40 ans. Sa mère fut emportée par une crise hépatique à l'âge de 60 ans: trois frères et une sœur sont en bonne santé. Menstruée à 14 ans, sans signes pathologiques de l'ovulation. Elle se marie à l'âge de 26 ans pour continuer normalement son cycle menstruel. Nullipare: stérilité involontaire. A son entrée à l'hôpital, elle est pâle, en mauvais état de nutrition et accuse depuis

(1) Travail du service de gynécologie de l'hôpital Notre-Dame, dirigé par le professeur Ethier.

(2) Voir les articles récents publiés dans nos journaux médicaux canadiens en particulier: *The Canadian Medical Association Journal* (vol. 37, nº 3, sept. 1937), par le Dr A. G. Nicholls et *l'Union Médicale du Canada* (tome 66, vol. nº 9, sept. 1937), par le Dr L.-C. Simard.

trois mois de petites pertes de sang qui surviennent à tous les deux ou trois jours: dans les intervalles hydrorrhée roussâtre, d'odeur fétide. Au coït il y a recrudescence des pertes. Perte de poids de vingt-deux livres depuis mai 1937: le poids actuel est de 101 livres. Asthénie et adynamie profonde. Le système pulmonaire n'offre aucune particularité. Rythme cardiaque régulier avec tension à 110/70. Le tractus urinaire est muet: au point de vue digestif, anorexie absolue et nausées fréquentes. Le système nerveux est en équilibre instable, céphalalgie tenace avec vertiges et transpiration, réflexes vifs, hyperémotivité allant jusqu'aux larmes profuses ou se traduisant encore par des accès d'hilarité souvent prolongés. Le nez, les oreilles et les yeux sont de condition normale. Elle porte deux prothèses dentaires et la muqueuse buccale de même que l'arrière-gorge ne sont le siège d'aucune lésion.

D'ossature délicate, elle offre un aspect de métabolisme général déficient. La peau est sèche et d'une blancheur laiteuse. Les seins flasques et très peu développés, tombent sur un thorax décharné. L'abdomen souple et non douloureux est rythmé par les battements de l'aorte inférieure.

A l'examen gynécologique on constate une vulve suffisante d'où s'écoule un liquide sanguinolent et putride. Le vagin est lisse et également suffisant. Le col très augmenté de volume, n'offre plus de repères anatomiques normaux: c'est un véritable bourgeonnement en chou-fleur, friable dans ses couches superficielles saignant facilement, non douloureux et mobilisable. L'utérus, du volume d'un pamplemousse est dans l'axe, dur, mobile et non douloureux. Les paramètres sont souples et les annexes nous semblent sans particularité.

Température moyenne de tous les jours variant entre 97° et 99°.

Le diagnostic clinique d'épithélioma du col s'imposait.

Analyses:

Urines: Les urines présentent de fortes traces d'albumine, des leucocytes et des bactéries: le dosage moyen des 24 heures est de 1010 c.c. pour ce temps d'hospitalisation.

Sang: L'urée dosée est à 0.31 gr. et la glucose à 1.18 gr. au litre.

L'hémogramme dénote seulement une diminution des globules rouges (3,650,000). (Dr A. Bertrand).

Une biopsie est pratiquée au niveau du col le 4 août, pour confirmer ou infirmer notre impression diagnostique.

Le rapport fut: « Epithélioma malphigien spino-cellulaire kératinisant du col de l'utérus. » (Dr L.-C. Simard.)

Diagnostic. L'état général remonté et amélioré, la malade subit le 10 août, sous narcose à l'éther, une hystérectomie totale, élargie, avec drainage à la Mickulicz, méthode de Wertheim. Les suites opératoires furent laborieuses durant les sept premiers jours: iléus paralytique tenace et acétonurie. Mais tout rentra dans l'ordre et le 31e jour de l'intervention la malade quittait l'hôpital avec un gain de poids de huit livres.

Observation nº II.

Madame M. G., 25 ans, ménagère, entre à l'hôpital le 24 juillet 1937 pour hémorragies utérines, qui n'ont pas arrêté depuis deux mois. En décembre 1936 elle avait accusé des troubles hémorragiques analogues mais

de moindre importance et elle subit alors un premier curettage explorateur; l'examen nous révéla un utérus augmenté de volume sans lésion appréciable locale ou générale. L'examen microscopique des débris retirés fut douteux quant à la présence d'un épithélioma du col et vu le jeune âge de la patiente on demanda de procéder à un nouveau curettage au bout d'une quinzaine environ.

Question de sentiment, la patiente fut congédiée sur sa demande afin de passer les fêtes dans sa famille. Les hémorragies ne l'ont pas reprise avant plusieurs mois et elle ne se présenta à nouveau à l'hôpital qu'en juin alors qu'un deuxième curettage fut pratiqué pour ce que l'on croyait être un avortement. Elle continua de perdre et fut congédiée sur sa demande.

Nous la retrouvons à notre retour de vacances et après un nouveau curettage, dont le rapport fut cette fois positif d'épithélioma du col.

De forte constitution (elle pèse 159 lbs) ; aucune antécédent fâcheux; elle est toutefois très anémiée et n'accuse aucune perte de poids.

Cinq grossesses évoluèrent et se terminèrent normalement. Menstruée à 14 ans elle se maria à 15 ans, pour continuer sa vie génitale sans encombre. L'examen des systèmes en particulier révéla rien d'anormal sauf un assourdissement du coeur et un rythme intermittent (extra-systoles). Tension artérielle: 120/80.

Elle présente une adipose très marquée. Les seins sont volumineux et fortement pigmentés avec tubercules de Montgomery évidents. L'abdomen est étalé et retombe sur les crêtes iliaques: la palpation ne révèle aucune douleur.

L'examen génital montre une vulve insuffisante et souillée de pertes sanglantes, sans odeur particulière. Le vagin est lisse avec cysto-rectocèle légère. Le col, volumineux et entr'ouvert, est tapiroïde, bosselé, de consistance plutôt ferme, légèrement mobilisable et non douloureux. L'utérus est du volume d'une grosse orange, dans l'axe, dur, mobile et non douloureux. Les culs-de-sacs sont dépressibles, non douloureux: à droite on palpe un ovaire kystique de la grosseur d'un jaune d'œuf.

Analyses:

Urines: sont normales.

Sang: Urée 0.88 gr. au litre de sang, glucose 1 gr. 18 au litre de sang. Hémogramme: Diminution des hématies à 2,400,000. (Dr A. Bertrand.)

Pathologie: Le rapport de l'analyse des débris retirés par curettage fut: « Epithélioma glandulaire du corps de l'utérus .» (Dr L.-C. Simard.)

Le diagnostic douteux de décembre dernier devient positif et ainsi confirmé par le laboratoire, nous proposons une hystérectomie totale à la malade qui la refuse obstinément, et quitte à nouveau l'hôpital sur sa demande, la onzième journée de son hospitalisation.

Commentaires

Quel est l'avenir de la malade dont nous rapportons l'observation en première instance? Nous ne pouvons certainement pas certifier qu'elle guérie, nous pouvons en avoir l'espérance; nous n'en

avons pas la conviction. Ce dont nous sommes sûrs, c'est qu'elle ne saigne plus, qu'elle a un moral excellent, qu'elle a pris du poids (huit livres en un mois) et qu'elle aura une prolongation de son existence de quelques mois à peut-être plusieurs années. Le Service Social institutionnel suivra cette malade dans les déménagements qu'elle pourrait être susceptible de faire et nous espérons la revoir à des intervalles déterminés pour procéder à des examens méticuleux de toute sont économie et nous rendre compte de l'état général et local de notre opérée.

Quant à la deuxième malade qui a refusé le traitement proposé, nous sommes convaincus que si elle n'a pas été dans une autre institution pour y subir l'intervention adéquate à son cas, nous croyons que le terme ultime de son existence ne devrait pas dépassé six mois. L'expérience a démontré que les épithéliomas qui apparaissent chez des personnes jeunes se développent avec une rapidité considérable, dans certains cas, presque foudroyante. Il nous semble de plus, que la chance de survie de cette deuxième malade, était beaucoup plus grande, due au fait que l'état général était assez bon et qu'elle avait une bonne réserve d'énergie et de résistance malgré l'état d'anémie dans lequel elle se trouvait. De plus l'envahissement dans les cas d'épithélioma du corps est beaucoup plus lent à se produire que dans ceux du col.

Nous insistons à nouveau auprès des médecins pour qu'ils ne négligent pas l'examen méticuleux de leur malade au point de vue gynécologique, surtout si ces malades présentent des écoulements sanguins anormaux et particulièrement si ces écoulements sont amenés par des traumatismes telle que la douche, le coït, le toucher vaginal.

En présence d'une malade qui saigne, si nous avons toujours en mémoire la possibilité de la présence d'un épithélioma, nous passerons rarement à côté du diagnostic. Car dans les cas où nous ne trouverons pas d'autres causes d'ordre local ou général, pour expliquer les hémorragies qu'accuse la malade, nous pratiquerons la biopsie du col (très facilement faite au bureau) ou du corps (par curettage) et le pathologiste avec son microscope infirmera ou confirmera nos doutes.

Il vaut mieux faïre cent biopsies avec rapport négatif que de n'en pas faire, dans les cas indiqués bien entendus, et risquer de passer à côté d'un épithélioma sans l'avoir diagnostiqué cliniquement.

LEUCÉMIE MYÉLOÏDE ET SARCOME POLYMORPHE DU POUMON. [1]

Par L.-C. SIMARD,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Pathologiste à l'hôpital Notre-Dame.

La présence simultanée, chez un même individu, d'une leucémie et d'un sarcome est fréquemment signalée dans la littérature anatomo-pathologique. Il s'agit tantôt de leucémie lymphoïde avec lymphosarcome, tantôt de leucémie myéloïde avec myélosarcome. Cette dernière association a reçu de Sternberg le nom de leucosarcomatose.

La coexistence, chez une même personne, d'une leucémie myéloïde et d'un sarcome à cellules tout à fait différentes de celles de la leucémie qui l'accompagne est beaucoup plus rare. Les seuls cas que nous avons pu retracer sont ceux de Ferrero et Gedda. Ces auteurs italiens citent deux observations où la leucémie s'accompagnait, chez le premier patient, d'un fibrosarcome, et chez le deuxième, d'un angiosarcome.

Le cas que nous rapportons ici s'apparente à ceux de ces auteurs et peut susciter des commentaires intéressants sur l'étiologie de la leucémie et du sarcome chez l'homme.

Observation.

Madame J.-P..., canadienne-française, âgée de 48 ans, se présente à l'hôpital Notre-Dame, dans le service de gynécologie, le 9 octobre 1934. Elle a constaté, il y a environ deux mois, dans son abdomen, à gauche, une masse volumineuse et dure qui s'est accrue depuis deux semaines. Elle se plaint de gêne respiratoire et de troubles digestifs surtout depuis un an. Tous ses troubles respiratoires et digestifs auraient débuté il y a 20 ans (?).

Il n'y a rien à noter dans ses antécédents héréditaires. Ses menstruations ont commencé à l'âge de douze ans; elle s'est mariée à 16 ans, a eu douze grossesses à terme; huit de ses enfants sont vivants.

La patiente est de taille moyenne, et pèse 194 livres. Le ventre en besace est parcouru, ainsi que les cuisses, de nombreuses vergetures. Des taches purpuriques nombreuses apparaissent sur les bras; les jambes sont recouvertes de plaques erythémato-squameuses.

---

(1) Travail de l'Institut d'Anatomie-Pathologique de l'Université de Montréal, aidé par le Fonds Rougier-Armandie; et du laboratoire d'Anatomie-Pathologique de l'hôpital Notre-Dame.

A la palpation on sent une masse dure, peu mobile remplissant l'hémi-abdomen gauche et dont le bord tranchant et ferme empiète légèrement sur l'abdomen droit.

On pense d'abord à un kyste multiloculaire, mais à cause des lésions purpuriques la patiente est transportée dans le service de dermatologie, le 15 octobre 1934.

Les notes suivantes sont alors inscrites au dossier, au moment de l'admission dans ce dernier service: larges plaques érythémato-squameuses eczématisées aux membres supérieurs; aux membres inférieurs placards variqueux et squameux; taches ecchymotiques sur les bras.

On demande alors (6 octobre 1934) une numération globulaire et une formule sanguine.

Globules rouges	3,440,000
Globules blancs	198,000
Hémoglobine	65%
Valeur globulaire	0.9
Polynucléaires neutrophiles	41
— basophiles	8
— éosinophiles	3
Grands mononucléaires	2
Moyens —	2
Lymphocytes	1
Myélocytes	29
Méta	10
Myéloblastes	2
Cell. souches	2
Hématies nucléées	

(Dr A. Bertrand.)

On porte alors le diagnostic de purpura hémorragique, psoriasis, leucémie myéloïde. Et la malade est évacuée dans le service de médecine, le 8 novembre 1934. Un traitement radiothérapique direct sur la région splénique est institué le 11 novembre.

La malade reçut 4,500 R. Solomon; 500 R. à tous les deux jours; 9 séances du 12 novembre au 30 novembre 1935. (185 KV, distance 30 cent, 5 séances en avant, 4 séances en arrière, filtre 1/100 m. m. cuivre, 2. m. m. aluminium (Dr Laquerrière).

Voici maintenant le résultat des examens successifs de sang.

Le 12 novembre 1934.

Globules rouges	3,100,000
Globules blancs	176,000
Hémoglobine	65%
Valeur globulaire	1
Polynucléaires neutrophiles	64
— basophiles	1
— éosinophiles	4
Lymphocytes	3
Myélocytes	13
Méta	9
Cell. souches	2
Polychromatophilie	
Hématies nucléées	

Le 19 *novembre* 1934.

Globules rouges	2,880,000
Globules blancs	101,000
Hémoglobine	62%
Valeur globulaire	1
Polynucléaires neutrophiles	59
— basophiles	7
— éosinophiles	3
Lymphocytes	2
Myélocytes	15
Méta	14
Hématies nucléées	

Le 3 *décembre* 1934.

Globules rouges	3,320,000
Globules blancs	24,000
Hémoglobine	78%
Valeur globulaire	1
Polynucléaires neutrophiles	63
— basophiles	3
— éosinophiles	2
Grands mononucléaires	5
Lymphocytes	13
Myélocytes	9
Méta	5
Hématies nucléées	

Le 13 *décembre* 1934.

Globules rouges	2,500,000
Globules blancs	10,000
Hémoglobine	48%
Valeur globulaire	0.9
Polynucléaires neutrophiles	71
— basophiles	2
— éosinophiles	0
Grands mononucléaires	3
Moyens —	3
Lymphocytes	7
Myélocytes	6
Méta	3
Myéloblastes	5

Le 3 *janvier* 1935.

Globules rouges	1,000,000
Globules blancs	3,000
Hémoglobine	28%
Valeur globulaire	1
Polynécléaires neutrophiles	35
Grands mononucléaires	14
Lymphocytes	45
Myélocytes	6

(Dr A. Bertrand)

A partir du début de décembre la malade ne peut plus quitter le lit. Elle s'affaiblit progressivement et meurt dans la nuit du 6 janvier.

Protocole d'autopsie (1176-A).

Femme d'âge moyen, obèse, avec téguments très pâles. Oedème très marqué des membres inférieurs. Sur les jambes existent des placards erythémato-squameux; et sur les bras et les avant-bras, des taches ecchymotiques.

Panniçûle adipeux abdominal 5 centimètres.

On recueille 2,600 c.c. de liquide abdominal.
100 c.c. de liquide péricardique.
125 c.c. de liquide pleural, à gauche.
200 c.c. de liquide pleural, à droite.

Cœur: 500 grammes, de forme globulaire. Myocarde très pâle. Circ. 33 cent.; diam. long. 10½ cent.; trans. 14 cent.; ant. post. g. 6½ cent.; ant. post. d. 2½ cent. Paroi gauche 2½ cent. Hypertrophie du ventricule gauche. Anneaux: aortique 8 cent.; pulmonaire 9 cent.; mitral 11 cent.; tricuspide 13 cent. Dilatation du cœur droit.

Plèvres: symphyses fibreuses multiples des deux côtés le long de la ligne axillaire et aux bases.

Ganglions: périaortiques, tranchéo-bronchiques et mésentériques très nombreux, volumineux, de couleur grise et mous.

Poumons: droit 550 gr.; gauche 600 gr.; œdème très abondant de tous les lobes, plus marqué aux lobes inférieurs. Dans la partie inférieure, face antérieure du lobe supérieur gauche existe un petit foyer rouge noirâtre d'aspect apoplectique, infarctoïde, du volume d'une cerise, à centre ramolli, laissant sourdre un liquide sanguinolent, visqueux, presque noir.

Foie: 3,150 grammes, uniformément augmenté de volume; de coloration très pâle; dessin lobulaire effacé; foie d'anoxémie.

Vésicule biliaire: la vésicule biliaire contient deux calculs du volume d'un pois à surface granuleuse.

Reins: gauche 180 grammes; droit 200 grammes; gros reins blancs, mous; décapsulation très facile, surface décapsulée lisse.

Rate: 1,300 grammes, volumineuse, ferme, a conservé la forme normale de l'organe. La capsule, en surface, est de couleur gris rosé, irrégulièrement épaissie, formant une trame à petites mailles où se creusent de minuscules dépressions.

La surface de section est lisse, brillante, de couleur rose; les follicules ne sont pas visibles, la boue splénique est rare.

Examen histologique.

Cœur: Le myocarde présente une sclérose diffuse mais irrégulière; discrète en majeure partie, elle forme en certains points des plages assez étendues qui siègent dans le muscle profond.

Les fibres musculaires sont de taille inégale, souvent hypertrophiées avec noyaux déformés. Les figures de dégénérescence sont nombreuses.

Foie: Les travées hépatiques sont largement écartées par une congestion passive généralisée; dégénérescences graisseuses et tuméfactions troubles très abondantes. La trame de réticuline qui entoure les travées est nettement épaissie.

Quatre fragments prélevés en différents points ne renferment pas l'infiltration myélocytaire que l'on rencontre habituellement dans la leucémie myéloïde.

Rate: La capsule est fortement épaissie, sa partie profonde empiète sur le tissu splénique et pousse dans toutes les directions des travées conjonctives larges, anastomotiques qui constituent un large réseau dépassant en importance la masse des cellules enfermées dans ses mailles. De ce réseau scléreux principal se détachent d'innombrables fibrilles collagènes et réticulaires qui dissocient ce qui reste de pulpe splénique.

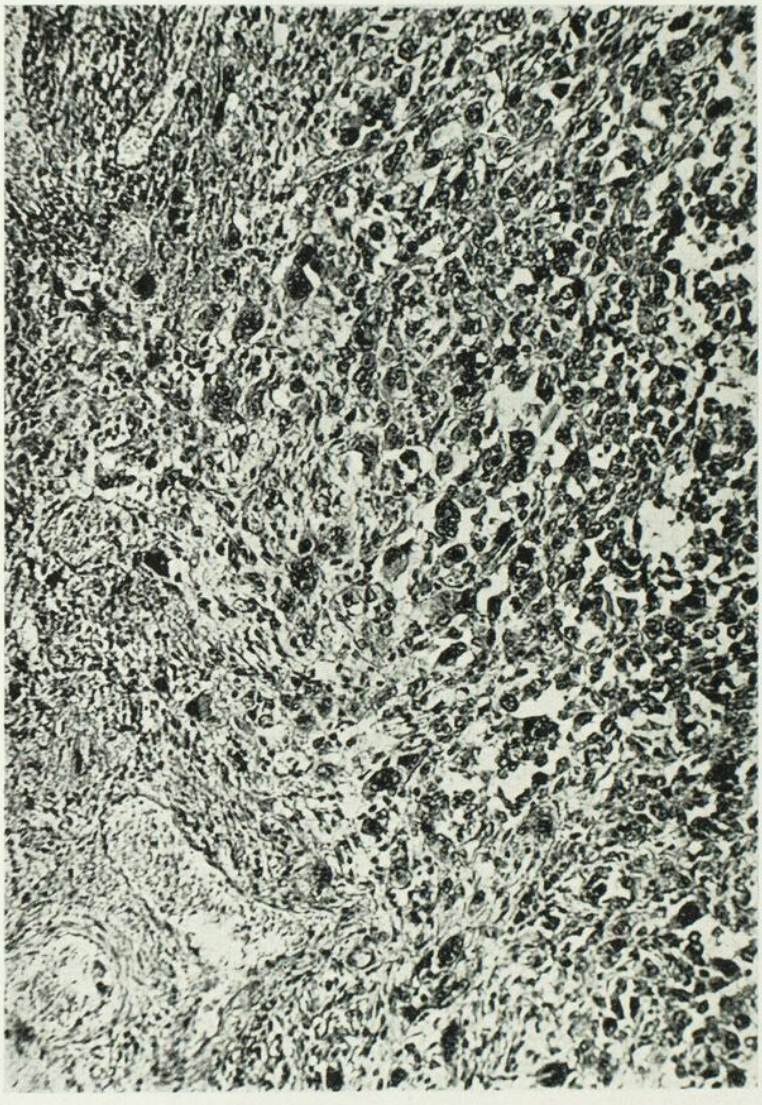


Fig. I. — Moyen grossissement du cancer pulmonaire; vue d'ensemble montrant le polymorphisme des cellules et la zone d'envahissement, à gauche de la figure.

Un abondant pigment ocre s'est accumulé dans les travées de sclérose.

Tous les follicules ont disparu, leur place est occupée par des foyers de sclérose. Les cordons de Billroth ne sont plus reconnaissables.

Les cellules spléniques sont peu nombreuses, dispersées dans le treillis serré de collagène et de réticuline. Ces cellules sont surtout des globules rouges, des lymphocytes, des myélocytes surtout neutrophiles, et des polynucléaires en majeure partie éosinophiles. Çà et là existent quelques mégakaryocytes.

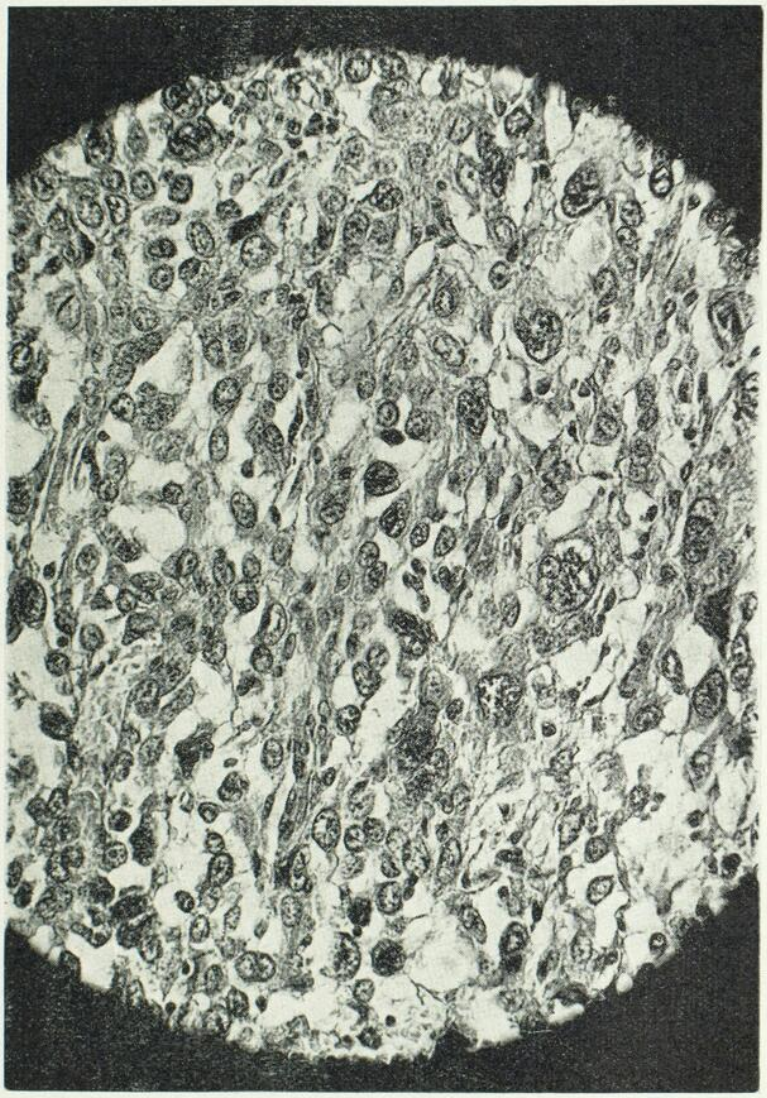


Fig. II. — Fort grossissement du cancer pulmonaire; cellules de toutes tailles, souvent multinucléées, anastomosées; aspect de sarcome polymorphe.

Ganglions: Tous les ganglions prélevés ont une structure identique: nappe homogène de cellules dans laquelle tout groupement folliculaire a disparu, parcouru de minces cloisons conjonctives accompagnant les vaisseaux.

Les cellules mélangées dans le plus grand désordre et écartées les unes des autres par un œdème abondant sont des lymphocytes, des lymphoblastes, des polyéosinophiles et de rares mégakaryocytes. Les myélocytes éosinophiles ne s'y trouvent pas.

Moelle: La moelle est très riche en cellules et contient des cellules primordiales, des myélocytes neutrophiles et éosinophiles, de nombreux mégakaryocytes, des lymphocytes, des plasmocytes (ceux-ci disposés en manchon auteur des capillaires). Les figures de mitose sont assez nombreuses.

Poumon: Le poumon présente un œdème alvéolaire considérable et des petits foyers de broncho-pneumonie récente.

Un prélèvement pratiqué dans la région infarctoïde, signalée plus haut, montre qu'il s'agit d'un foyer nécrotique et hémorragique entouré par une couche mince de cellules néoplasiques. Ces cellules sont polymorphes (fig 1 et 2), tantôt petites, ovalaires, allongées et fusiformes elles réalisent l'aspect du sarcome fibroblastique; tantôt volumineuses, souvent multinucléées elles s'écartent les unes des autres tout en conservant leurs anastomoses protoplasmiques et rappellent les images d'un myxo-sarcome à cellules polymorphes.

Entre elles, à leur contact, existent de nombreuses fibrilles de réticuline.

Les mitoses sont assez nombreuses.

Les parois alvéolaires envahies par ces cellules néoplasiques se rupturent et laissent s'échapper du sang qui stagne dans les cavités alvéolaires et dans la cavité nécrotique centrale.

La seule appellation que l'on puisse donner à cette tumeur est celle d'un sarcome polymorphe. Il est vrai que les épithéliomas pulmonaires peuvent réaliser parfois des structures atypiques et paradoxales, mais ici les données morphologiques ne peuvent rien préciser qui puisse faire penser à un épithélioma. L'aspect myxoïde et fibroblastique, l'abondance de la réticuline, la localisation sous-pleurale de la tumeur nous font plutôt penser à une tumeur de la lignée conjonctive.

Ainsi que nous l'avons marqué au début de cet article, les tumeurs leucémiques chez l'homme sont toujours formées par des éléments identiques à ceux de la leucémie contemporaine (myélosarcome avec leucémie myéloïde, lymphosarcome avec leucémie lymphoïde). Il en est de même chez les mammifères en général, ainsi que chez la souris et le cobaye dans les leucémies expérimentales.

Les cas de Ferrero et Gedda et le nôtre semblent trois exceptions à la règle.

Il peut s'agir dans ces trois cas d'association fortuite de leucémie et de sarcome, naissant indépendamment l'un de l'autre. Les deux peuvent aussi relever d'une même cause, et à ce titre les deux observations des auteurs italiens et la nôtre se rapprochent des faits observés par Oberling et Guérin chez la poule. Pour admettre la possibilité, chez l'homme, d'un histiotropisme de l'agent leucémique, s'exerçant

sur un autre terrain que sur le tissu sanguiformateur il manque évidemment des documents.

Ceux-ci, à l'heure actuelle, paraissent bien difficiles à obtenir; à moins de réunir le passage de la leucémie humaine à des mammifères et la production de sarcomes différents.

Si de nombreuses observations viennent s'ajouter à ces trois cas, la possibilité d'un facteur causal unique de la leucémie et du sarcome devrait être sérieusement envisagée. Notre cas ne peut être qu'un document d'attente et c'est comme tel que nous le présentons.

BIBLIOGRAPHIE

FERRERO, A., et L. GEDDA: *Sull' associazione clinica dei processi neoplastici e leucemici.* Cancro 4, 76-92, 1933.

OBERLING, C. et M. GUERIN: *Nouvelles recherches sur la production de tumeurs malignes avec le virus de la leucémie transmissible des poules.* Bull. Ass. fse. pour l'étude du cancer, 22, 5, 326-360, 1933.

HÉMORRAGIE INTRA-ABDOMINALE PAR RUPTURE D'UN CORPS JAUNE.

Par Edouard DESJARDINS,

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Le cas que nous rapportons ici n'est pas intéressant parce que rare, mais à cause de son comportement clinique.

Il nous a paru digne de publication, car les observations de ce genre, sans être nombreuses, se présentent encore assez souvent.

Le diagnostic positif avant l'intervention en est difficile. Aussi n'y attacherons-nous pas une grande importance. Ce que nous voulons illustrer ici, c'est la nécessité de l'intervention précoce, dans les syndromes abdominaux aigus, malgré parfois l'absence de signes reconnus, comme l'hyperthermie et l'accélération du pouls.

Il s'agit d'une jeune fille de 21 ans qui nous est amenée d'urgence par son médecin, un soir de garde.

La malade a été prise le matin vers onze heures d'une violente douleur à l'abdomen, sans localisation précise. Cette douleur est tellement vive qu'elle force la malade à cesser tout travail et à prendre le lit.

Loin de se calmer, les douleurs deviennent plus grandes, les parents s'alarment et font venir le médecin.

Celui-ci constate un syndrome abdominal aigu et donne à la malade une injection calmante, se promettant de revenir quelques heures plus tard.

La médication analgésique n'agit que peu de temps et les souffrances réapparaissent. Il n'y a cependant pas de vomissements.

Le médecin retourne auprès de sa malade vers six heures, l'examine de nouveau et conclut à la nécessité d'un transport immédiat à l'hôpital.

La malade nous arrive vers dix heures. Nous l'examinons de concert avec le médecin traitant. Il s'agit d'une personne de 21 ans, d'apparence excellente, bon teint, et ne paraissant pas trop souffrir. La température est normale et le pouls bat à 80.

L'abdomen est tendu et montre à la moitié inférieure une voussure qui couvre la région hypogastrique et s'étend dans les deux fosses iliaques.

La palpation est douloureuse à tout l'abdomen sans point d'élection particulier.

La percussion donne une matité qui couvre toute l'aire de la voussure constatée à l'inspection. Pas de matité dans les flancs.

S'agit-il d'un kyste de l'ovaire? sommes-nous en présence d'une appendicite pelvienne? la masse sus-pubienne est-elle la signature d'une grossesse? ne serait-ce pas plus simplement une rétention d'urine?

Mais la malade nous dit avoir uriné dès son entrée à l'hôpital. Cependant, nous rappelant certains kystes de l'ovaire disparus comme par enchantement à la veille de l'opération grâce à un cathétérisme bien fait, nous demandons immédiatement une prise directe d'urine et, à la grande surprise de l'infirmière, la malade évacue plus d'un litre.

Nouvel examen abdominal qui montre la disparition de la tumeur, mais qui n'en permet que mieux la palpation.

La douleur est très vive à la fosse iliaque droite; elle est moindre cependant dans les autres régions.

La défense musculaire envahit tout l'abdomen. La percussion donne maintenant une sonorité, là où se trouvait tout à l'heure de la matité.

Le toucher rectal, car l'examen vaginal n'est pas possible, donne une douleur assez vive dans le Douglass; aucune masse n'est perçue cependant.

Le diagnostic est à discuter maintenant. La douleur violente du début fait penser à un kyste de l'ovaire à pédicule tordu; par contre, les signes actuels orientent plutôt vers une appendicite.

Malgré l'absence de température, malgré le pouls de rythme normal, nous décidons l'intervention immédiate, nous basant d'abord sur l'apparition subite de la douleur et sur sa permanence, puis sur la grande défense musculaire abdominale avec cette énorme rétention d'urine, et enfin sur la douleur du petit bassin révélée par le toucher rectal.

Le syndrome abdominal aigu commande à nos yeux l'opération d'urgence.

Aussi, afin de parer à toute éventualité, nous procédons à la laparotomie par voie médiane. Avant l'ouverture du péritoine, nous voyons par transparence du liquide hémorragique.

La simple ponction au bistouri du péritoine donne issue à une grande quantité de sang. Nous agrandissons l'incision et nous dirigeons nos recherches sans tarder vers le petit bassin.

Nous sentons une masse dans le cul-de-sac droit que nous extériorisons. Il s'agit d'un ovaire kystique de volume moyen avec à sa surface un orifice par où s'écoule un peu de liquide hématique.

Nous procédons à l'ablation de l'annexe droite, et comme l'appendice vient gentiment se placer sous nos yeux, nous l'enlevons.

Drainage au Mickulicz, après avoir évacué les caillots qui remplissent le petit bassin.

Les suites opératoires sont sans incident notable. Il y a un peu de température et un écoulement assez abondant, les premiers jours, d'apparence hématique, purulent par la suite.

Les pièces prélevées ont été envoyées au laboratoire. En voici le rapport signé du Dr J.-L. Riopelle:

« Appendice mesurant 7 cm., sans lésions macroscopiques. Annexes d'un côté comportant, 1° une trompe de dimensions normales, présentant, au niveau de sa région ampullaire, un kyste séreux de la grosseur d'un pois; 2° un ovaire du volume d'une pêche, offrant à sa surface une brèche irrégulière d'environ 5 mm. de longueur. Cet orifice communique avec une vaste cavité centrale, à demi remplie de caillots sanguins. La surface de cette cavité est tantôt lisse, tantôt rugueuse. La paroi est constituée par un stroma ovarien très œdémateux, ponctué de foyers hémorragiques et parsemé de follicules.

« Histologiquement, cavité partiellement tapissée de gros éléments stratifiés à protoplasme abondant à la fois acidophile, granuleux et vacuolaire.

On reconnaît presque partout dans l'épaisseur de sa paroi une thèque interne également lutéinisée. Il s'agit donc d'un kyste hémorragique rupturé du corps jaune.

« Le stroma ovarien est très œdémateux et parsemé de suffusion hémorragique. Quelques follicules en évolution ou atrétiques. Appendice sans lésions histologiquement appréciables. »

L'examen anatomo-pathologique indique donc un kyste hémorragique rupturé du corps jaune.

Le syndrome abdominal aigu fut donc déclenché par l'hémorragie intra-abdominale. La rupture a causé l'état presque syncopal du début de la maladie. L'hémorragie, quoique abondante, ne fut pas suffisante pour amener la pâleur et l'accélération du pouls, car elle s'est produite chez une malade vigoureuse par ailleurs et jusque-là en pleine santé qui n'a jamais souffert que d'une légère otite et d'insuffisance ovarienne.

Nous nous réjouissons d'avoir eu la collaboration intelligente d'un excellent médecin qui put observer la malade dès le début et sut ainsi nous prévenir contre l'accalmie trompeuse qu'elle présentait à son entrée dans le service.

PETITE CLINIQUE

À PROPOS D'UN CAS D'ANÉMIE APLASTIQUE [1]

Par Albert LeSAGE, Louis FORTIER et A. BERNIER,
Médecins de l'hôpital Notre-Dame.

Parmi les problèmes que le clinicien doit tenter de résoudre, ceux des modifications sanguines ne sont pas les moins intéressants. Que ces modifications soient chimiques, physiques, cytologiques, elles demandent toujours une collaboration étroite entre le clinicien et l'homme du laboratoire.

L'étude de l'observation suivante saura démontrer les avantages d'une telle coopération.

Observation. Monsieur X, jeune homme de 25 ans, cultivateur, se présente chez son dentiste, le 26 avril 1937, pour *saignement des gencives.* Le médecin anesthésiste, constatant les signes évidents d'un mauvais état général, le dirige chez l'un de nous.

Admission à l'hôpital le 28 avril 1937. L'interrogatoire révèle que, jusqu'au *début de février* 1937, cet homme était en bonne santé. Il a alors été atteint d'un état « grippal » d'une durée apparente de trois jours; mais, depuis cette date, l'on remarquait chez lui une pâleur de plus en plus prononcée, et l'apparition progressive des symptômes suivants: asthénie, vertiges, bourdonnements d'oreilles, inappétence, troubles visuels, dyspnée, palpitations.

Au début d'avril 1937, apparurent des épistaxis et des hémorragies gingivales peu abondantes, mais fréquentes, qui l'amenèrent à consulter un dentiste. A l'examen objectif, l'on constate les signes évidents de l'« anémie »: pâleur extrême de la peau et des muqueuses, léger œdème des membres, manifestations cardiaques, (souffles dyscrasiques), dyspnée au moindre effort, diminution de l'acuité visuelle, et un état d'asthénie très prononcé, avec pyrexie variant de 98° à

(1) Travail de la clinique médicale Prof. LeSage.

100° F. Le saignement des gencives est persistant et il existe un état ecchymotique du voile du palais et de la luette.

Ce patient présentait une *anémie* prononcée, à évolution rapide, avec existence de phénomènes hémorragipares.

Diagnostic

En confrontant les signes cliniques précédents, il pouvait s'agir:

1° D'une anémie dite pernicieuse (Biermer), forme aiguë;

2° D'une anémie aplastique;

3° D'une leucémie aleucémique (forme hémorragipare) à évolution très rapide.

L'examen du laboratoire a permis d'éliminer cette dernière possibilité. L'évolution de la maladie et l'absence de réponse au traitement par foie de veau et transfusions répétées nous ont forcés de nier l'existence d'une *anémie pernicieuse de Biermer,* d'affirmer la présence d'une *anémie à évolution fatale*: *d'anémie aplastique.*

Nous désirons, ici, soumettre deux formules sanguines à la considérations des lecteurs:

I. *Formule sanguine du* 27 *avril* 1937 (avant tout traitement).

Globules rouges	1,200,000
Globules blancs	2,000
Hémoglobine	38%
Valeur globulaire	1
Polynucléaires	25%
Grands mono.	2%
Lymphocytes	69%
Poly. éosinophiles	1%
Globulins	150,000
Anisocytose et poïkilocytose légères.	

Remarques: Cette formule pouvait alors faire songer à l'anémie pernicieuse de Biermer. (Addison.)

II. *Formule sanguine du* 15 *mai* 1937.

(Après un traitement de 15 injections intramusculaires d'*extrait de foie de veau* et de *cinq petites transfusions,* non citratées.)

Globules rouges	1,125,000
Globules blancs	1,000
Hémoglobine	28%
Valeur globulaire	1
Polynucléaires	18%
Grands mono.	3%
Lymphocytes	77%
Eosinophiles	0%
Globulins	56,250

Remarques: Aucune réaction de régénérescence, c'est-à-dire *aucune réaction réticulocytaire.*

Diminution des globules rouges, des globules blancs et des globulins; tous ayant leur origine dans la moelle osseuse; donc, formule d'*anémie aplastique.*

● BACTÉRIOTHÉRAPIE LOCALE, PRÉVENTIVE et CURATIVE

par
le

PropideX

(Pommade à base de "Propidon")

PRÉVIENT LA SUPPURATION

●

ACTIVE LA DÉFENSE LOCALE CONTRE L'INFECTION

●

Indications

Plaies accidentelles, infectées ou non, Brûlures, Excoriations, Engelures, Ongle incarné, Furoncles, Ulcères variqueux, Plaies suppurantes en général.

●

Le Propidex est offert en tubes de 30 grammes.

Laboratoires Poulenc Frères
DU CANADA LIMITÉE — MONTRÉAL

Distributeurs: **ROUGIER FRÈRES**, Montréal.

« Au cours de la vie d'une femme adulte, le besoin de vitamine D n'est jamais plus grand qu'à l'époque de la grossesse. La calcification des os du fœtus vers la fin de la gestation et la calcification des dents ne peuvent avoir lieu, tout au moins avec sécurité pour la mère, à moins qu'elle n'ait en réserve et qu'elle n'utilise une quantité abondante de calcium et de phosphore. »

BUERKI, *R. C.: Mod. Hosp., fév. 1936.*

Inestimable

Dans le RÉGIME PRÉNATAL

AFIN d'assurer une absorption suffisante de Vitamine D, on peut, avec raison, avoir recours au Lait Carnation Irradié. Dans de nombreux foyers, ce lait économique est employé quotidiennement et il suffit simplement d'encourager la mère à augmenter, selon le besoin, sa consommation habituelle de cet aliment.

Le Lait Carnation Irradié, convenablement dilué, devrait être pris comme breuvage. Le lait non dilué peut remplacer la crème, tandis que l'usage de ce lait dans la cuisine assurera un régime alimentaire plus fortifiant, non seulement grâce à la Vitamine D, mais aussi au calcium et au phosphore qui s'y trouvent tout prêts à être utilisés. Les Quintuplettes Dionne prennent du Lait Carnation depuis le mois de novembre 1934.

Ecrivez et demandez le livret intitulé: "Alimentation Simplifiée pour Bébés" publié tout particulièrement pour les médecins.

Carnation Company Limited,
105 Star Bldg., Toronto, Ont.

UN PRODUIT CANADIEN

CARNATION MILK

IRRADIÉ

« PROVENANT DE VACHES BIEN NOURRIES »

A la suite de cette aggravation progressive, sans rémission, le patient meurt le 19 mai 1937, après une période d'adynamie complète d'une durée de plusieurs heures.

Nous laissons à notre confrère du laboratoire d'anatomie pathologique le soin de décrire les constatations nécropsiques et autres.

Protocole d'autopsie

Cadavre d'un jeune homme bien constitué, autopsié 1 heure 30 minutes après son décès. A l'ouverture du cadavre, l'attention est attirée par la couleur rouge foncé des muscles qui fait ressortir davantage la pâleur des téguments et des viscères.

20 c.c. d'un liquide jaune citrin sont retirés du péricarde. La section des gros vaisseaux cardiaques libère un sang non coagulé et de couleur beaucoup moins foncée que le rouge des muscles.

L'épicarde est parsemé de nombreuses pétéchies et ecchymoses qui, quelques-unes du moins, pénètrent assez avant dans le myocarde, jusqu'à cinquante millimètres, et prennent alors l'aspect de minuscules infarctus.

Pas de suffusions hémorragiques sous-endocarditiques. Le cœur, arrêté en systole, pèse 300 grammes, et offre des dimensions sensiblement normales de tous ses anneaux; aorte 7 cm. 5; mitrale 10, pulmonaire 8, tricuspide 13.5. Les dimensions aussi sont normales. Circonférence 26, diamètre longitudinal 10, transversal 10, antéro-postérieur gauche 5, et antéro-postérieur droit 3.

Pas de lésions valvulaires.

La langue est saburrale et recouverte d'un enduit noirâtre.

Les amygdales ne présentent pas d'ulcérations.

La trachée et les grosses bronches sont remplies d'une spume rosée.

Les deux poumons adhèrent à la paroi thoracique par leur sommet.

Le droit (280 grammes) montre un emphysème sous-pleural de son lobe supérieur dans sa moitié inférieure. Le palper ne révèle aucune induration. Le lobe inférieur est recouvert d'ecchymoses sous-pleurales sur sa face postérieure et sa face diaphragmatique. La section ne révèle qu'une légère spume rosée qui sourd à la pression.

Le gauche (600 grammes) offre une symphyse récente de ses deux lobes. Le sommet est encore, ici, parsemé d'ecchymoses sous-pleurales plus nombreuses et plus étendues que sur le poumon droit. Le rebord costo-vertébral est atélectasié. La section montre de nombreux foyers hémorragiques infarctoïdes du lobe inférieur.

Les ganglions mésentériques sont légèrement hypertrophiés.

La rate (90 grammes) est assez ferme, et à la coupe le raclage n'en détache que très peu de boue splénique.

Les reins, dont le poids est, pour le gauche, 170 grammes, pour le droit, 160 grammes, sont durs et ses décapsulent facilement. La section longitudinale juxta-pelvienne les montre très pâles, comme tous les autres viscères, d'ailleurs. On ne voit plus nettement à l'œil nu la limite cortico-médullaire.

La muqueuse stomacale ne présente rien de particulier.

Le pancréas est de couleur mastic.

Le foie (1600 grammes) est uniformément coloré en surface, et, à la coupe, cette coloration est brune (chocolat). Le dessin lobulaire est bien apparent et légèrement soulevé.

La moelle des os longs, fémur et sternum, est tout à fait jaune, d'un jaune sale.

Le cerveau et le cervelet présentent également de nombreuses ecchymoses sous-pie-mériennes.

Examen histologique

Cœur: Coloration inégale des fibres cardiaques. Anisocytose nucléaire très marquée. Souvent la région voisine du noyau présente un aspect vide en forme de fuseau dans laquelle on retrouve des fines granulations pigmentaires. Certaines fibres sont entièrement granuleuses. Aspect grillagé de nombreuses fibres. Myocardite.

Poumons: Le fragment étudié fut prélevé au niveau des foyers hémorragiques infarctoïdes du lobe inférieur et offre un infarctus bien délimité par une zone congestive. Cet infarctus est récent, car les alvéoles sont remplis par des bouchons fibrineux emprisonnant des globules rouges. La desquamation des cellules endothéliales est déjà commencée, quelques-unes d'entre elles sont xanthélasmisées. Le centre de cet infarctus montre un groupe d'alvéoles emphysémateux.

Foie: Le parenchyme hépatique présente un aspect panaché, tantôt il est assez bien coloré, tantôt il est très pâle; cette alternance de teinte n'est pas systématisée, au pourtour des espaces porte ou au centre des lobules. Le contour des travées de Remak est bien net, de même que les limites cellulaires. Le protoplasme des cellules fortement colorées ou non est persemé de fines granulations dont quelques-unes sont pigmentaires. Cet aspect traduit une atteinte du parenchyme. Hépatite au début. Seuls les noyaux ne sont pas encore

lésés. Aucune infiltration périportale, et aucun foyer de régénération sanguine.

L'*histologie du rein* et de la surrénale n'offre rien de particulier.

La *muqueuse stomacale* montre quelques amas lymphocytaires en profondeur.

La *morphologie de la glande thyroïde* est sans intérêt.

Le *pancréas* possède de nombreux îlots de Langerhans et offre, çà et là, des images assez bizarres. Tout à coup on repère en plein parenchyme acineux des îlots bleutés, basophiles, où la structure acineuse a disparu à leur centre, et réapparaît progressivement à leur pourtour. Est-ce là un stade de transition d'un groupe d'acini en un îlot de Langerhans? ou vice versa?

Les *organes lymphopoïétiques,* rate, ganglion du hile pulmonaire, ganglions mésentériques et amygdales, de même que la moelle, sont étudiés plus longuement.

Rate: La charpente conjonctive de la rate est bien marquée, les fibres intraviscérales sont épaisses et très nombreuses (fibroadénie). Les corpuscules de Malpighi sont très nombreux, mais rares sont ceux qui possèdent encore un centre germinatif; quand il existe, il est rudimentaire. Les cordons de Bilroth sont bourrés de globules rouges et renferment, çà et là, des polynucléaires éosinophiles et des plasmocytes.

Grande activité érythrolytique splénique, activité que l'on rencontre dans presque toutes les anémies.

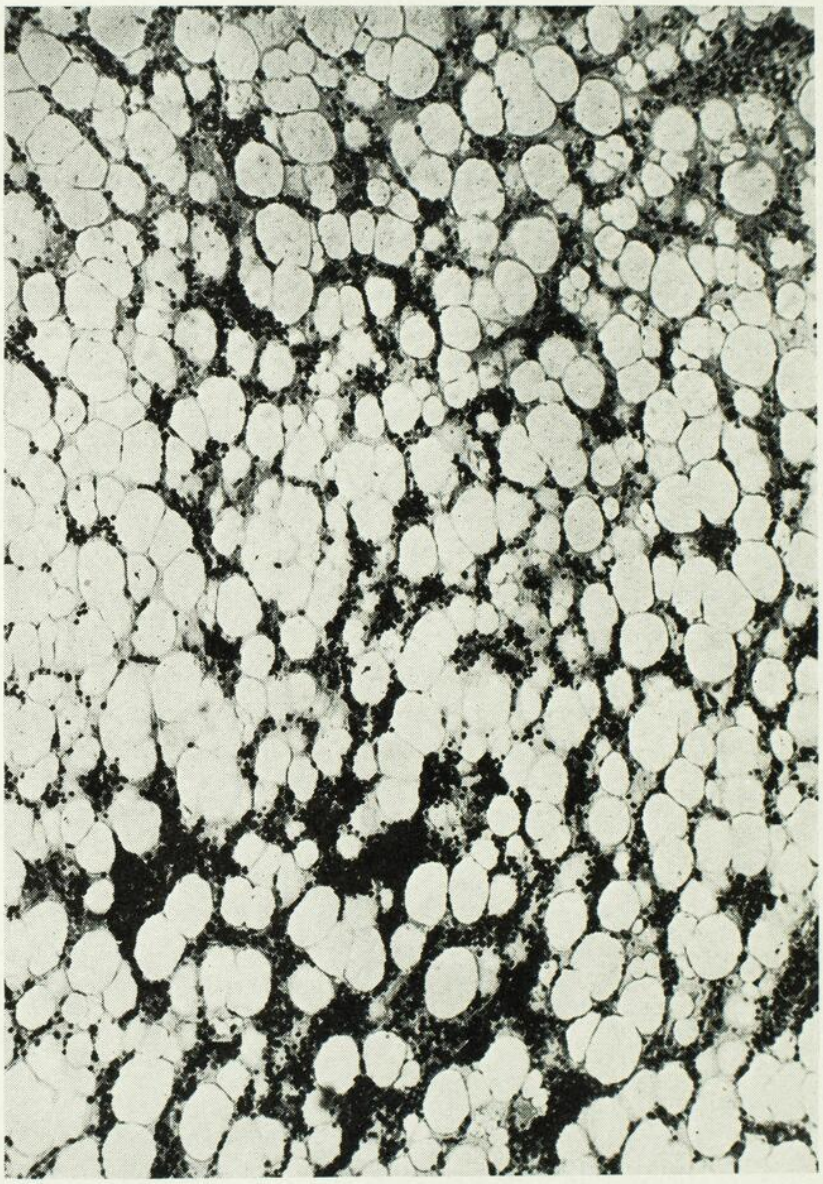
Nulle part on ne retrouve d'hématies nucléées.

L'*amygdale,* à l'encontre de la rate, offre de nombreux centres germinatifs au milieu de ces follicules. Ces centres germinatifs ne témoignent pas une grande activité, car les mitoses y sont fort rares.

Les *ganglions mésentériques* aussi sont très pauvres en centres anthracosiques et fortement imbibés d'une lymphe qui en distend les sinus périphériques et médullaires. Quelques follicules périphériques subsistent encore, mais complètement dépourvus de centre germinatif.

Les *ganglions mésentériques* aussi sont très pauvres en centres germinatifs. Les cellules endothéliales sinusoïdales sont hyperplasiées et plusieurs d'entre elles ont phagocyté des globules rouges comme d'ailleurs celles des ganglions précités. En somme, il n'y a rien de bien particulier dans les organes lymphopoïétiques, si ce n'est cette tendance à l'érythrolyse.

La *moelle osseuse* est le prélèvement nécropsique le plus intéressant. Il est vrai que l'échantillon prélevé est de la moelle jaune, diaphysaire, au repos à l'état normal; mais l'on sait que dans toutes anémies, sauf l'anémie aplastique, cette moelle récupère ses fonctions



Aspect adipeux de la moelle osseuse. Çà et là quelques foyers d'hématopoïèse rudimentaires (Bernier).

hématopoïétiques et devient semblable à la moelle épiphysaire. On a même décrit de petits foyers isolés de reviviscence dans cette moelle au cours de l'anémie aplastique.

Notre moelle osseuse ressemble à la moelle de sureau, comparaison employée par les auteurs pour décrire la moelle osseuse dans l'anémie aplastique. En effet, *elle est presque exclusivement composée d'énormes vésicules adipeuses* que la technique a dissoutes, d'où l'aspect vidé de notre coupe. Les points nodaux de ces vésicules sont pour la plupart libres de cellules; cependant, quelques-uns renferment des cellules hématopoïétiques de type jeune, et de nombreux lymphocytes. On y voit aussi des globules rouges anucléés. Certains de ces points sont en plus bourrés de pigment ferrugineux. Fait intéressant, nulle part on ne retrouve trace de mégacaryocytes, absence qui, pour certains auteurs, serait un indice précoce d'une atteinte grave de la moelle osseuse, d'une phtisie médullaire au début.

*
* *

Nous soumettons les idées suivantes, au sujet de ce cas.

Le terme « anémie », si fréquemment employé à tort par le public en général, comme synonyme d'asthénie, suscite, chez le médecin, le rappel à la mémoire de multiples classifications. Ces classifications, actuellement, ne peuvent servir qu'à orienter l'étude de cette condition anormale se présentant sous différents aspects.

Par *anémie,* l'on entend la diminution du nombre des globulins rouges, ou du taux de l'hémoglobine, ou la diminution de ces deux constituants du sang. D'une façon générale, la production d'une anémie peut s'opérer par trois mécanismes:

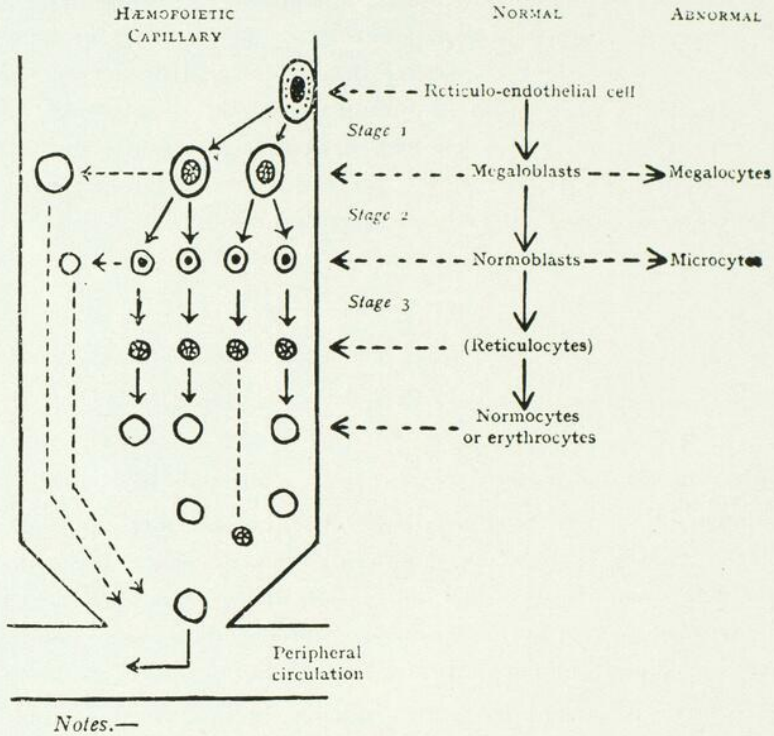
1° Manque ou défaut de formation des globules rouges ou de l'hémoglobine;

2° Destruction anormale des cellules rouges (hémolyse);

3° Perte de sang (hémorragies).

Pour comprendre les classifications courantes, il est utile d'étudier le tableau suivant, qui démontre, d'une façon schématique, les différentes étapes du processus hématopoïétique, et aide à expliquer dans une certaine mesure les *anémies par manque du défaut de formation des globules rouges ou de l'hémoglobine.*

Trois phases dans la formation du globule rouge dans la moelle osseuse
(D'après Tiden.)



Notes.—

Cellule réticulo-endothéliale (cellule souche). — *Première phase*: La formation du mégaloblaste. S'il existe un « arrêt » à cette phase, il y aura production d'*anémie aplastique*, anémie progressive extrême, sans globules rouges jeunes, avec leucopénie sans granulocytes.

Mégaloblaste. — *Deuxième phase*: La formation du normoblaste. S'il existe un « arrêt » à cette phase, il y aura production d'une anémie avec présence de gros globules (mégalocytes), ainsi dans l'*anémie dite d'Addison*, de *Biermer*.

Normoblaste.
Réticulocyte.
Orythrocyte (globule rouge normal). — *Troisième phase*: La formation du globule rouge normal par l'intermédiaire du réticulocyte. S'il existe un « arrêt » à cette phase, il y aura production d'une anémie à petits globules (microcytes), car le globule n'a pas alors atteint son volume normal.

Commentaires

Les causes de ces différents « arrêts » dans la formation des globules sont toujours à l'étude, et les constatations augmentent de jour en jour; mais il semble qu'il soit raisonnable de tirer, dès maintenant, des conclusions qui peuvent influencer le mode de traitement de certains de ces états.

1° L'on ne connaît pas de substance capable de provoquer la première phase, c'est-à-dire la formation du mégaloblaste. L'anémie aplastique confirmée est actuellement une affection fatale.

2° Pour le passage du mégaloblaste au normoblaste (2e phase), le facteur hématopoïétique nécessaire est connu; cette substance active existe dans le foie de veau, l'estomac de porc, le suc gastrique et la levure, etc. C'est le traitement de l'anémie dite « pernicieuse ».

3° Pour que la transformation du normoblaste en érithrocyte (globule rouge normal) s'opère, il faut la présence et l'absorption de fer. Donc, pour traiter l'anémie à microcyte (petits globules rouges), il faut une diète riche en fer et un tube digestif qui absorbe normalement. Le fer s'absorbe dans les quinze premiers pouces de l'intestin, surtout si la réaction est plutôt acide. Comme exemple de cette forme d'anémie, nous devons citer la chlorose.

En ce qui concerne le cas actuel, nous croyons qu'il s'agit d'une *anémie aplastique.*

L'on doit admettre que, dans cette affection, c'est le *manque de l'érythrogenèse* qui domine, comme c'est la *thrombocytopénie* qui prédomine dans le purpura hémorragique; d'autre part, c'est la *leucopénie à granulocytes* qui attire l'attention dans l'agranulocytose.

MOUVEMENT MÉDICAL

L'HYPERPYREXIE DANS L'INFECTION GONOCOCCIQUE.

Par le Prof. LAQUERRIÈRE,

Mon ami Roucayrol a montré depuis longtemps que le gonocoque pouvait être tué par une élévation de température insuffisante pour léser les cellules de l'organisme. Il a fait construire un appareillage de courant diathermique qui permet d'obtenir au voisinage d'électrodes spéciales introduites dans les organes génitaux une température de 41°.5 (centigrades) ou de 42°. On peut même sans brûler les tissus obtenir une élévation de chaleur plus considérable, mais les résultats ne sont pas meilleurs parce que la résistance des tissus est alors diminuée. Grâce à sa méthode il a publié des statistiques impressionnantes de guérisons de cas où l'infection était localisée.

Il faut reconnaître d'ailleurs que la technique est très minutieuse, et qu'une application défectueuse ou ne donne pas d'amélioration ou expose à des accidents. Nous allons voir qu'il en est de même pour des procédés plus modernes. Mais ces procédés présentent une supériorité en ce qu'ils localisent beaucoup moins la chaleur et sont capables par cela même de réussir quand l'agent pathogène est éloigné des muqueuses ou quand il est répandu dans tout l'organisme.

Le gonocoque pouvant être tué par une élévation suffisante de température, différents auteurs (Halphen et Auclair en France, A.-V. Desjardins, L. G. Sturhler et W. C. Popp aux Etats-Unis) ont préconisé la fièvre artificielle afin de réaliser l'antiseptie et des organes génitaux et de l'organisme tout entier.

Applications générales. Pour réaliser cette fièvre, les Américains utilisent soit le bain de lumière (avec lampes à filament de charbon) soit de préférence une sorte d'étuve dans laquelle on envoie de l'air surchauffé et humidifié. Le patient complètement nu [1] est enfermé

(1) Les pieds et les jambes sont entourés de bottes d'ouate pour éviter la concentration de chaleur aux orteils.

METHODE DE WHIPPLE

HEPATHEMO

DESCHIENS

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

SYNDROMES ANÉMIQUES

DESCHIENS, 6, RUE PAUL BAUDRY - PARIS (VIIIe)
REPRÉSENTANT : ROUGIER, 330, RUE LEMOINE MONTRÉAL (CANADA)

■ **THÉRAPEUTIQUE EFFICACE DES INFECTIONS URINAIRES**

Aiguës - Subaiguës ou Chroniques

THÉRAPLIX
SOCIÉTÉ GÉNÉRALE DES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES

AFFECTIONS COLIBACILLAIRES

(Pyélo-néphrites, Pyélites et Cystites)

MANDÉLIUM

De goût agréable, dépourvu de toxicité aux doses usuelles, le MANDELIUM est facilement absorbé, même par les enfants, et ne provoque aucun trouble gastrique.

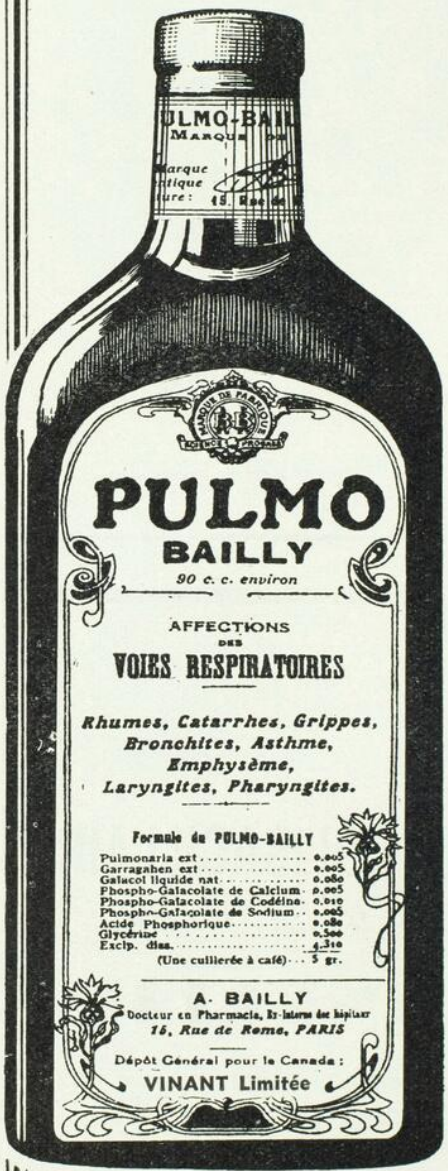
Présenté en boîtes de 12 ampoules buvables, chaque ampoule renfermant 3 grammes de principe actif.

Distributeurs:
Rougier Frères
Montréal

PULMO-BAILLY

BASE ACTIVE : Phospho-Gaïacolate de Codéïne

Sa préparation réalisée par les procédés les plus perfectionnés de la technique moderne lui assure une composition et une action constantes et définies.



LE VIRUS GRIPPAL

en soi peu redoutable, est dangereux parce qu'il prépare le poumon à l'attaque et à l'infection des saprophytes habituels :

STAPHYLOCOQUES
PNEUMOCOQUES
STREPTOCOQUES
COCCO-BACILLES DE PFEIFFER

DANS UN ORGANISME DÉBILITÉ

LE PULMO-BAILLY

ASSURANT

1° **L'imprégnation antiseptique des voies pulmonaires**

2° **La tonification énergique de l'organisme**

RÉPOND PLEINEMENT

aux nécessités thérapeutiques du traitement complet, préventif et curatif des **Infections grippales, toux, laryngites, bronchites saisonnières et de toutes les affections broncho-pulmonaires.**

Dans la lutte contre la contagion et l'infection grippale le

PULMO-BAILLY

EST UNE ARME THÉRAPEUTIQUE COMPLÈTE ET EFFICACE

Adultes : 1 cuillerée à café au milieu des 2 repas

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

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

dans cette étuve qui ne laisse sortir que la tête. Celle-ci est rafraîchie continuellement par un ventilateur et des compresses froides ou une vessie de glace. Pour remédier à la perte d'eau et de chlorure déterminée par la sudation, le patient absorbe durant la séance 3 à 6 litres, ou plus, d'eau salée à 8 pour 1000. On augmente la chaleur de l'appareil jusqu'à ce que la température centrale du corps atteigne 41°.5, ce qui demande de 60 à 90 minutes. Une fois réalisé ce degré, il est maintenu durant des heures.

Les deux premières séances (à 48 heures d'intervalle) durent 5 à 6 heures, soit avec la période d'ascension et la période de retour à la normale un total de 8 à 9 heures. Durant l'application elle-même la température centrale est maintenue entre 41°.1 et 41.7 maximum qu'il ne faut pas dépasser. Ces deux séances sont considérées comme séances d'épreuve.

Si, après elles, l'écoulement a cessé et si les frottis et les cultures ne décèlent plus de gonocoques, deux séances de même durée et aux mêmes intervalles assurent la guérison. Si au contraire le gonocoque n'a pas disparu la séance est portée à 8 heures (soit au total 10 à 11 heures). Puis, si même une séance de 8 heures n'amène pas l'asepsie, la séance suivante est portée à 10 heures. Il arrive parfois, très rarement que trois séances de 10 heures n'amènent pas la stérilité des frottis et des cultures. On peut alors faire durer les applications 12 et même 15 heures; mais si le malade n'est pas en état de tolérer des durées aussi prolongées, il faut renoncer.

De décembre 1933 à décembre 1935 à la clinique Mayo, 125 sujets atteints d'infections gonococciques simples ou compliquées furent envoyés au service de pyrétothérapie, 25 pour raisons diverses ne purent être soumis à un traitement régulier. Sur les 100 autres, 92 furent guéris (10 en 1 séance, 27 en 2, 24 en 3, 16 en 4, les autres en un nombre variable ne dépassant pas 10), chaque malade reçut 2 séances supplémentaires après la disparition du gonocoque. Les 8 sujets restant n'obtinrent qu'une amélioration.

Ces résultats concernent non seulement l'urétrite mais aussi les autres manifestations; c'est ainsi que dès la première séance les arthrites sont soulagées, l'effet est parfois extraordinaire dans ces arthrites aiguës; mais les arthrites chroniques bénéficient également du traitement, la *restitutio ad integrum* n'est bien entendu obtenue alors que quand des modifications osseuses importantes ne s'étaient pas encore constituées.

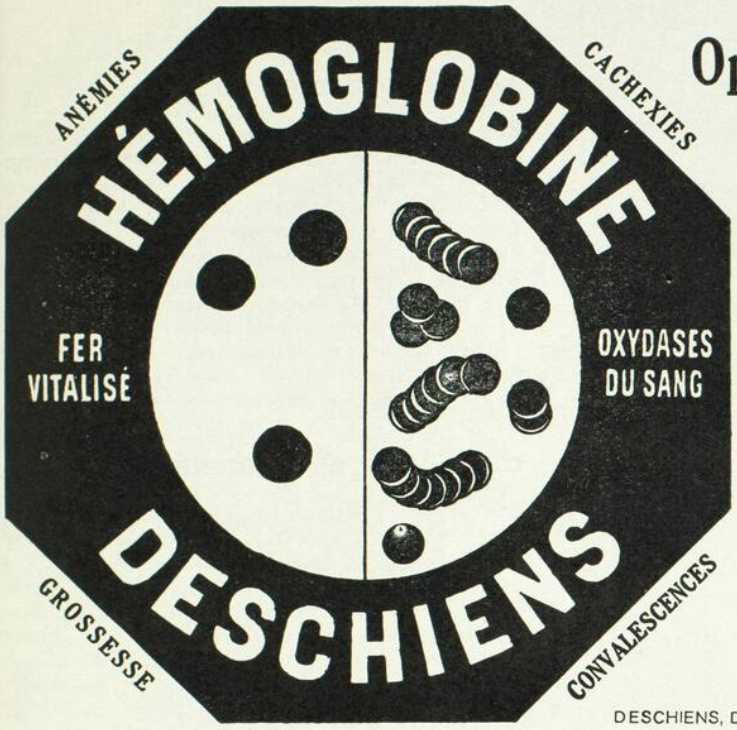
En somme cette méthode paraît être très brillante quant à son efficacité. Ses contre-indications sont relativement peu nombreuses,

au moins dans des mains expertes. Desjardins et ses collaborateurs déclarent que la vieillesse avec ses altérations cardio-vasculaires et des lésions organiques du cœur à tout âge sont les contre-indications les plus formelles. Des désordres fonctionnels du cœur peuvent quelquefois rendre le traitement difficile ou impossible. La néphrite ou l'insuffisance rénale peuvent également mettre des obstacles à une pyréthothérapie efficace. Par elle-même la tuberculose pulmonaire ne contre-indique pas la pyrétothérapie, mais l'insuffisance respiratoire qui en résulte peut empêcher une ascension thermique suffisante ou le maintien d'une température élevée assez longtemps pour être efficace. Chez les diabétiques, dont le régime est bien équilibré, la pyrétothérapie est parfaitement tolérée.

Mais il faut reconnaître qu'elle est chez tous les sujets difficilement applicable. « Le malade doit être sous la surveillance constante d'infirmières spécialement choisies et entraînées, elles-mêmes sous la direction constante d'un médecin éclairé sur toutes les phases de la méthode. Ni le médecin ni les infirmières ne doivent s'absenter. » « Le maintien d'une température élevée à un niveau constant demande une compétence qu'acquièrent seulement des techniciennes intelligentes, bien entraînées, et ayant une longue habitude du fonctionnement de la chambre. » « Si la rapidité du pouls vient à dépasser 160 la règle est... de terminer la séance sans plus tarder quitte à faire un nouvel essai deux ou trois jours plus tard ; mais, si à la deuxième séance, le pouls est aussi accéléré, le traitement doit être abandonné. » De même les variations trop importantes entre la pression maxima et la minima indiquent une insuffisance cardio-vasculaire rendant imprudente la prolongation.

Même en observant ces règles, on constate des incidents ; 42 malades présentèrent de la céphalée, 31 des nausées et des vomissements, 2 de la tétanie musculaire, 3 des douleurs musculaires, 3 de la fibrillation musculaire avec mouvements incoordonnés ; 2 s'évanouirent mais revinrent à eux dès que la température eût baissé ; 23 eurent de petites vésicules cutanées sans importance et 8 de l'herpès labial. Enfin, certains nerveux se montrèrent agités, en général quelques calmants et surtout l'influence psychologique de l'infirmière suffirent à les calmer ; toutefois, on a fait un usage aussi restreint que possible de morphine chez quelques sujets qui auraient été difficiles à soigner autrement.

Comment on le voit, l'hyperpyrexie non seulement est d'une technique minutieuse et difficile, pour le médecin, mais de plus est très pénible pour le malade. Roucayrol m'a raconté ses tentatives infructueuses afin de réaliser par les ondes courtes une fièvre arti-



Opothérapie Hématique *Totale*

SIROP de
D'ESCHIENS
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)

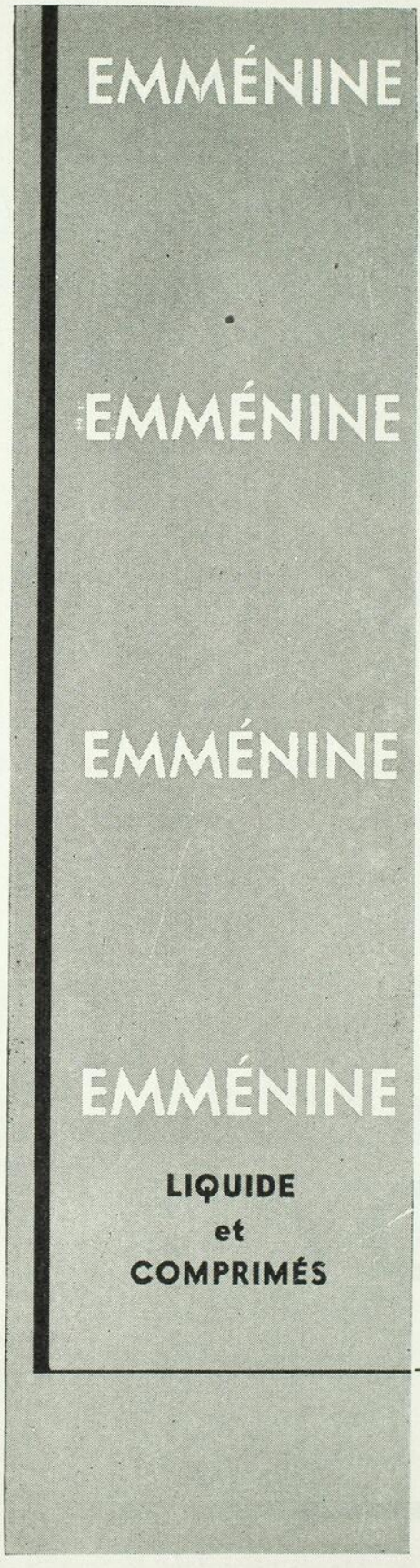
PIPÉRAZINE
MIDY

"ANTI-URIQUE TYPE"

LABORATOIRES DE LA PIPÉRAZINE MIDY
New Birks Bldg. MONTREAL

2 à **4** cuillerées à café par jour.

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



pendant la ménopause

Des observations cliniques ont montré la valeur de l'Emménine dans le traitement des symptômes de la ménopause. On a publié de nombreux comptes rendus ayant trait à cette condition et il est intéressant de remarquer que l'Emménine s'est montrée efficace dans les troubles ménopausiques les plus accentués, tels que bouffées de chaleur, irritation et fatigabilité. L'Emménine étant active « per os » présente un avantage marqué dans les cas où l'on ne peut instituer un traitement par voie parentérale sans causer une réaction défavorable.

dans la dysménorrhée

Dans cette condition lorsque le traitement doit être continué pendant plusieurs périodes intermenstruelles, la facilité d'administration de la préparation employée devient un facteur important. Comme dans le traitement des symptômes de la ménopause, l'Emménine, de son activité par voie buccale, présente un mode d'administration simple. Règle générale, un traitement de trois mois est nécessaire pour obtenir des résultats d'une nature permanente.

dans la migraine

Il semble être établi qu'il existe un rapport entre la migraine qui coïncide avec l'apparition des règles et le fonctionnement ovarien. Plusieurs cliniciens ont remarqué que les substances œstrogènes corrigent le déséquilibre hormonal entre l'hypophyse et les ovaires, résultant dans un soulagement de la migraine. Les meilleurs résultats sont obtenus lorsque l'Emménine est administrée pendant la période intermenstruelle entière et, si nécessaire, on poursuivra le traitement le mois suivant.

. . . l'hormone œstrogène active « per os » est préparée et standardisée biologiquement d'après la méthode du Dr J. B. Collip et est présentée avec l'approbation du Laboratoire de Biochimie de l'Université McGill.
L'Emménine Liquide est présentée en bouteilles de quatre onces.
Les Comprimés d'Emménine en bouteilles de 42.

AYERST, McKENNA & HARRISON, Ltée

Biologistes et Pharmaciens

Montréal **Canada**

ficielle suffisante pour obtenir des effets utiles. Il s'est toujours arrêté effrayé par les réactions des patients.

Halphen et Auclair par ces mêmes ondes courtes réalisaient bien cette fièvre artificielle, à des doses moins élevées, surtout en ce qui concerne la durée des applications, que les auteurs américains, mais ils y adjoignaient souvent des applications locales supplémentaires sur le périnée et considéraient que la pyrétothérapie permet souvent les lavages ou instillations par des antiseptiques dont les taux ou la nature ne sont pas normalement tolérés au cours d'une urétrite aiguë. Ils conclurent que ces recherches de début apportaient des résultats « à la fois magnifiques et décevants » ; l'urétrite antérieure, comme avec la malariathérapie, résistait beaucoup plus que l'urétrite postérieure, car l'élévation de température centrale ne pouvait amener la verge à un échauffement suffisant ; il était pénible et dangereux de demander « à la patience et à la résistance organique du sujet de supporter une température générale de 41° pendant 10 heures consécutives ».

Aussi ils ont modifié leur technique de façon à ne faire participer qu'aussi peu que possibe les organes importants à une température élevée [1].

Applications locales. Chez l'homme ces auteurs utilisent, a) un circuit principal en connexion directe avec le générateur, une électrode est placée à droite sous la fesse et la cuisse, l'autre électrode est en même situation à gauche ; les lignes de force du champ électrique réalisent un échauffement maximum au périnée ; ce circuit est réglé par l'infirmière ; b) un circuit accessoire, non connecté directement au générateur et recevant sa puissance par accord, formé par une plaque étroite s'appliquant à toute la longueur de la verge ; ce circuit est réglé par le patient suivant ses sensations, il permet de faire monter la température de l'urètre antérieur. La quantité totale d'énergie peut atteindre pour un adulte de taille normale 500 Watts.

Le malade étendu nu sur un brancard subit une élévation de température à 40° au bassin, mais le refroidissement du reste du corps dissipe l'excès de chaleur et la température buccale ne dépasse 37° que de quelques dixièmes. Avec ce dispositif, il n'y a plus comme contre-indications que des tares organiques importantes et le sujet supporte facilement. La surveillance durant la séance doit être continuellement assurée par une infirmière spécialisée intelligente qui veillera à éviter les deux incidents possibles : brûlures et crampes.

---

(1) Halphen, Auclair et Dreyfus : « Les ondes courtes dans la thérapeutique de la blennorragie » (*La prophylaxie antivénérienne*, octobre 1936).

Le traitement peut être utilise 1° au début: l'argyrol est appliqué d'emblée mais il échoue dans presque la moitié des cas, aussi doit-on devant cet échec intervenir sans délai avec les ondes courtes, une séance unique de 8 heures à 41° n'a pas donné d'insuccès aux auteurs. 2° *Dans les autres stades,* quelles que soient leur gravité et leur ancienneté, ce qui importe c'est la localisation. L'urétrite antérieure, contrairement à ce qui se passait pour les applications générales, est toujours justiciable de la méthode. Une séance de 15 heures consécutives à 41° amène la guérison dans la presque totalité des cas: mais pratiquement on fera deux séances de 8 à 10 heures séparées par un jour de repos; l'inflammation aseptique du canal se prolonge quelques jours; mais les différentes épreuves de guérison peuvent être pratiquées dans un bref délai; avec ces épreuves la durée totale du traitement est d'une dizaine de jours. L'urétrite postérieure donne des résultats moins rapides; une troisième séance et exceptionnellement une quatrième sont nécessaires; dans tous les cas, la guérison est obtenue en une vingtaine de jours. Depuis 1932 les auteurs n'ont jamais vu une orchi-épididymite se développer chez un malade en traitement. Dans les orchi-épididymites, les ondes courtes en séances prolongées donnent des succès constants et rapides; tuméfaction et douleurs disparaissent en 48 heures, le malade peut reprendre rapidement ses occupations en gardant un noyau cicatriciel.

Chez la femme. Halphen et Auclair pensent que pour les blennorragies hautes c'est surtout à la diathermie générale pyrétogène qu'il faut avoir recours; pour les blennorragies basses, ils utilisent une technique assez semblable à celle qui est de mise chez l'homme; la petite électrode indépendante est placée au-dessus du pubis. Chez l'homme, la température rectale atteint difficilement 41°, chez la femme dans les mêmes conditions la température vaginale est aux environs de 42°. Comme les tests de guérison de la cervicite sont précaires, les auteurs préfèrent faire d'emblée 3 séances de 8 heures, de deux en deux jours. Ils ont suivi leurs malades pendant plusieurs mois et ont constaté que 90% étaient définitivement guéries par cette seule série. Ils estiment qu'une « thérapeutique capable d'assurer en une semaine la guérison de la blennorragie féminine, permet d'envisager une diminution considérable du nombre des porteuses chroniques de gonocoques et par la même une régression de l'endémie gonococcique. »

Chez les petites filles, où les traitements habituels sont longs et décevants, il est particulièrement facile d'obtenir la température nécessaire à la guérison; mais la température générale s'élève en même temps et peut atteindre 38°.5 ou 39°. Aussi très souvent on est

obligé d'arrêter les séances au bout de 4 à 5 heures, il faut alors 5 à 7 applications qui peuvent en certains cas être faites tous les jours. En tous cas, le traitement ne dure presque jamais plus de 15 jours.

Au total sur plus de 300 malades traités en 3 ans, le pourcentage d'échecs complets est inférieur à 8%, échecs qui ressortissent d'un défaut d'appareillage, d'une contre-indication organique exceptionnelle ou enfin de la pusillanimité des sujets. Avec une température suffisante, maintenue en temps suffisant, la guérison en est la règle.

Halphen et Auc'air concluent qu'ils considèrent les ondes courtes comme le traitement de choix de la blennorragie.

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT ANTI-TÉTANIQUE

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

En face d'un cas de *tétanos*, que faire?

Il faut, on en conviendra, agir vite et énergiquement.

Un tel malade, venu dernièrement sous nos soins à l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc, va nous en fournir les indications.

Rappelons d'abord quelques faits cliniques.

1° C'est généralement à la suite d'une blessure à la peau et contaminée par de la terre ou de la poussière que le tétanos est exposé à apparaître. Les jardiniers y sont peut-être particulièrement exposés. Un de nos cas avait été traîné sur la chaussée, et la peau de son genou, lacérée. Il fut sauvé par la même médication que nous allons exposer.

2° Souvent la porte d'entrée première est cicatrisée lorsque le malade nous arrive. Une simple piqûre sur un clou qui transperce la plante du pied, ou un doigt de la main. Un de nos cas — une femme — s'était planté une écharde de bois en lavant son plancher.

3° L'infection tétanique ne manifeste ses premiers signes que lorsque l'agent infectieux a cheminé « par les nerfs centripètes » allant du point cutané lésé et a gagné les centres nerveux, moelle et cerveau.

D'où la clinique nous enseigne que le plus près des centres nerveux se trouve la plaie qui ouvre la porte à l'infection, le plus tôt apparaîtra le tétanos.

C'est ainsi qu'une plaie infectante *à la figure* pourra voir le tétanos apparaître en une couple de jours. La plaie est-elle au pied, que le tétanos apparaît plus tardivement, à moins d'une infection massive dont l'intensité commande généralement la date d'apparition des premiers symptômes.

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

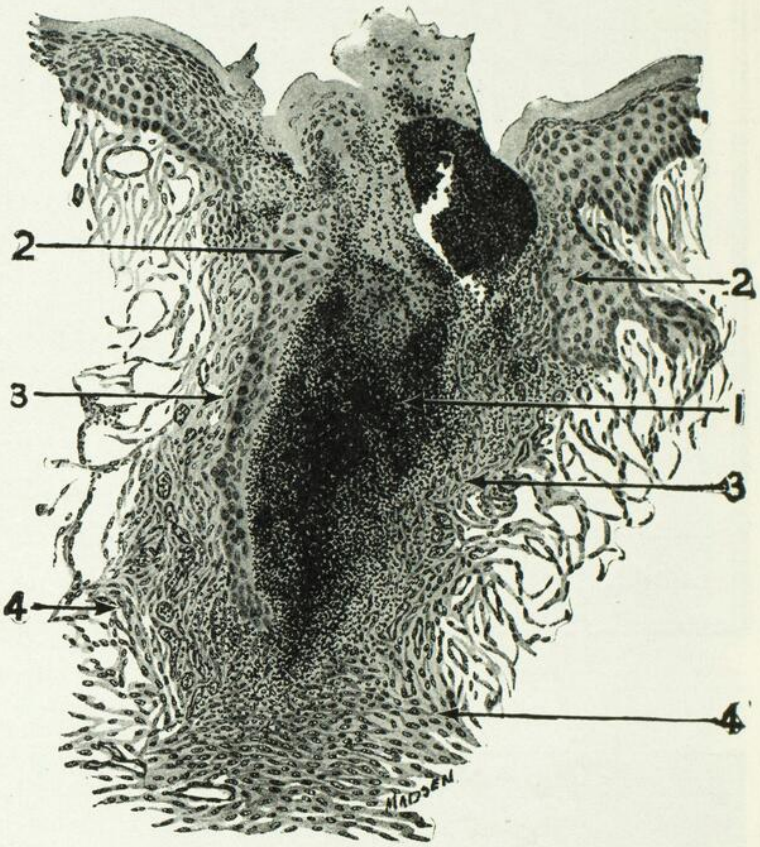
Tél.: FR. 2711

Toute inflammation détermine des *modifications dans le réseau capillaire.*

●

Dilatabilité et perméabilité ralenties dans la paroi capillaire; stase dans les canaux capillaires, créent un amoindrissement de la nutrition des tissus, ainsi qu'un état d'infériorité de la résistance locale, et endommagent gravement le tissu cellulaire.

●



Section de plaie en voie de guérison.
1. — Cellules mortes et déchets.
2. — Epithélium en voie de réparation.
3. — Tissu connectif régénéré.
4. — Développement de nouveaux capillaires.

L'application chaude d'

Antiphlogistine

stimule l'activité capillaire; appelle un sang nouveau dans les parties; favorise le développement cellulaire, et, en conséquence, stimule le processus intégral de réparation.

Echantillon et littérature.

L'Antiphlogistine est fabriquée au Canada.

THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY
153, Lagauchetière ouest,
MONTRÉAL

Et, tout d'abord, quelle était l'histoire clinique de notre malade?

Il était à fendre du bois, huit jours avant son arrivée à l'hôpital. Une écharde de bois lui entre sous la peau, au côté externe de la main gauche, près du petit doigt: il l'enlève. La plaie est si insignifiante qu'elle se cicatrise en une couple de jours. Aucune douleur ni rougeur, mais au 7e jour les mâchoires commencent à se serrer, la nuque à raidir, et il nous arrive le 29 mai dans cet état, au troisième jour du début.

Que constatons-nous chez notre malade?

Constriction des mâchoires qui ne peuvent s'ouvrir que d'un centimètre, raideur de la nuque et des bras, les jambes sont en contracture spastique douloureuse. Tout ceci impose le diagnostic.

Et la porte d'entrée? La plaie est minuscule et si bien cicatrisée, sans réaction inflammatoire aucune, que nous doutons de trouver là une porte d'entrée suffisante. Mais un examen minutieux ne permet pas de trouver aucune autre plaie, ni ouverte ni cicatrisée.

Ajoutons que le malade fait un peu de fièvre: elle est à 37 3/5 (99.2 Fahr.).

Que faire? Pas de lenteur dans l'application du traitement, qui doit être énergique. Procédons méthodiquement.

C'est un dimanche matin, et nous n'avons pas hésité à venir nous-même voir le malade, dont nous savons par téléphone la position grave; et immédiatement nous ordonnons du sérum et le transport à la salle d'opération. Car

1° Le premier pas à faire est d'aller au foyer d'entrée, et bien que cicatrisé nous n'hésitons pas, le malade ayant été anesthésié à l'éther, à l'exciser en cône jusqu'à l'os sous-jacent: car toujours la plaie d'entrée et les tissus voisins non seulement contiennent du bacille de Nicolaier, mais ceux-ci continuent de sécréter à jet continu des toxines tétaniques qui poursuivraient leur effet nuisible si le foyer premier n'était pas radicalement et largement excisé. Ceci fait, il faut ajouter:

2° *La cautérisation à l'acide phénique pur* de la plaie en y laissant un tampon légèrement imbibé de cet acide. Et pourquoi? Parce qu'il semble établi que l'acide phénique est un neutralisant de la toxine tétanique.

3° Le troisième pas du traitement est le *sérum*.

Où l'injecterons-nous? Sous la peau? dans l'espace spinal, ou, encore, directement au cerveau?

1,500 unités de sérum concentré lui sont injectées par voie intra-spinale, dès l'opération terminée, le malade ayant été endormi.

Le liquide rachidien est sous pression moyenne, et nous l'envoyons au laboratoire pour recherche bactériologique.

4° Puisque l'acide phénique est neutralisant de la « toxine tétanique », nous nous rappelons les conseils de Bacelli et commençons immédiatement les injections hypodermiques de solution phéniquée à doses de 0.40 ctg. d'acide phénique par 24 heures, qui seront continuées chaque jour du 29 mai au 11 juin, soit durant 12 jours: un total de 5 grammes d'acide phénique à doses fractionnées.

Le 30 mai, la température est à 38 (100.3 Fahr.). 3,000 unités de sérum sont données. Le 31, même état, mêmes symptômes.

Le soir, la morphine le calme à peine. Il ne fait pas encore de grandes crises d'opistothonos, mais la moindre tentative de redresser les membres provoque de vives contractures cloniques.

Nous nous décidons à porter le sérum directement au cerveau, et par une ponction sous-occipitale nous injectons 1,500 unités de sérum concentré, directement au cerveau.

Le Somnifène, de tous les médicaments, semble le plus effectif pour calmer.

1er juin: température à 39 (102 Fahr.). La plaie à la main va bien: la température ne vient donc pas de là, mais de l'infection tétanique qui semble gagner.

5° Confiant que le *carbone intraveineux* est fixateur ou neutralisant des toxines, comme le Prof. Roy Fraser, de Mt. Alison University, au Canada, l'a démontré, nous ajoutons au traitement du C. I. V. à doses de 5 c.c. Dès lors la température descendra.

Simplifions les détails du traitement et disons que le malade a reçu au total:

16,000 unités de sérum, dont 1,500 intracraniennes et 3,000 et 1,500 intraspinales;

48 injections de sol. phéniquée à 2% et

3 injections de carbone intraveineux.

Et le 12 juin, le malade, à demi assis dans son lit, répond à toutes nos questions, remue la tête avec facilité; la nuque est souple, bras et jambes ont perdu leur spasticité et se remuent facilement; l'œil est clair, et depuis quelques jours pas de température.

Le malade est sauvé et sa convalescence se poursuit ininterrompue.

Les injections d'acide phénique sont continuées une couple de jours encore matin et soir. En aucun temps les urines n'ont manifesté autre chose que des traces d'albumine; jamais elles ne furent teintées couleur olive.

*
* *

Concluons :

1° N'hésitons pas d'abord à exciser *in toto* le foyer premier d'entrée, et largement. S'agit-il d'un doigt, amputons-en ce qu'il convient. S'il s'agit du pouce, nous pouvons être plus conservateur peut-être, mais alors excisons largement — pas un simple débridement — et badigeonnons énergiquement à l'acide phénique *pur* : pas d'hésitation.

2° *Sérum,* à hautes doses et répétées, même matin et soir.

3° N'hésitez pas à le donner par voie *intraspinale,* et même si le cas continue et surtout s'il s'aggrave donnez-le par injection sous-occipitale ; alors employez un sérum concentré.

4° Ajoutez les injections de Bacelli à l'acide phénique.

5° Si la température monte, j'ai confiance que le carbone intraveineux aidera, à cause de son action fixative des toxines.

6° Pour calmer, du somnifène, de préférence, ou la morphine associée à l'hyoscine avec la spartéine.

N'hésitons pas en face d'un cas de tétanos. Agir vite et énergiquement doit être notre motto. Ne nous appuyons pas sur une seule médication.

Sur 12 cas venus sous nos soins, six furent sauvés. Le plus foudroyant : garçon d'écurie blessé à la figure ; tétanos au 3e jour, mort au 5e.

Les injections spinales nous furent plus d'une fois utiles ; et maintenant que nous savons l'inocuité de la ponction sous-occipitale, ayons-y recours. N'hésitons pas.

Si le sérum est souvent effectif contre le tétanos, s'il est donné assez tôt, il appert d'après les expériences récentes de Ulry et Lametayer, tel que rapporté à la Société de Biologie de Paris, le 3 juillet 1937, que le carbone intraveineux est ici fort effectif et qu'il se montre un adjuvant précieux.

Ces expérimentateurs rapportent que si le sérum est injecté aux animaux simultanément avec la toxine tétanique ou 2 heures plus tard, un grand nombre d'animaux survivent, la mortalité étant tout de même de 37.5%.

Injecte-t-on simultanément avec le sérum du carbone intraveineux que la mortalité tombe à zéro, disent ces expérimentateurs.

C'est donc à ne pas oublier, et si l'on veut sauver son malade il convient d'injecter, simultanément avec le sérum, du C. I. V., 5 c.c. matin et soir de Carbonactyl pour deux ou trois jours.

Dans notre cas, le C. I. V. eut un effet évident sur la haute température du blessé — et aussi sur sa guérison, croyons-nous — puisque le total du sérum injecté ne fut pas élevé.

REVUE DE LIVRES

Le Mouvement Médical par les livres nouveaux

[NOTE: Plusieurs questions importantes méritent, actuellement, de retenir notre attention. Dans des publications récentes, des auteurs bien connus nous disent ce qu'il faut en penser.

Nous choisissons, au hasard, quelques chapitres, extraits de ces livres, afin d'inciter nos lecteurs à se les procurer s'ils désirent posséder des renseignements précis sur chacune d'elles et l'application qu'ils peuvent en faire en clientèle.

Une courte analyse, dans certains cas, est incomplète; un exposé est plus compréhensif. Qu'on en juge.

On peut se procurer ces livres chez Eddé & cie à Montréal. — L .R.]

CONDUITE A TENIR EN PRÉSENCE D'UN CAS DE POLIOMYÉLITE [1]

En présence d'un cas de poliomyélite le médecin a des obligations vis-à-vis de son malade et vis-à-vis de la collectivité. La conduite à tenir n'est pas la même en période aiguë et en période de séquelles. D'autre part, des mesures prophylactiques s'imposent. Chacune de ces éventualités, et plus particulièrement la sérothérapie, seront successivement envisagées. Mais s'il importe de traiter les malades à la phase infectieuse, les convalescents à la période de paralysie ne doivent pas être négligés.

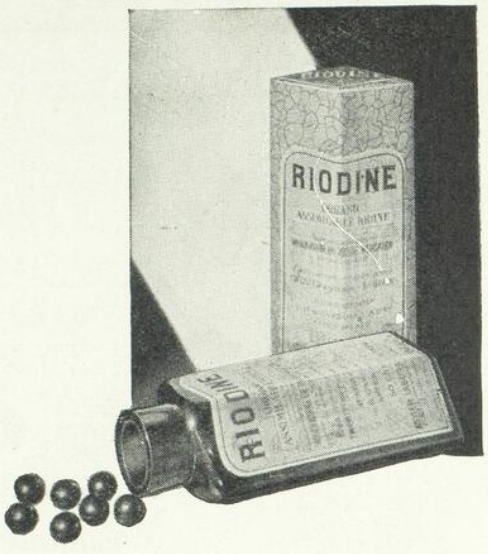
Le pronostic dépend entièrement du traitement qui doit être institué précocement et prolongé pendant longtemps. L'avenir fonctionnel est entre les mains du médecin.

Les devoirs du praticien envers les malades

Dès que la maladie est soupçonnée, soit qu'en temps d'épidémie un doute existe sur la possibilité d'une poliomyélite, soit que le soupçon naisse des caractères anormaux de l'état infectieux, il faut sans retard appliquer la sérothérapie.

(1) *Les sérums des convalescents. Leur emploi dans la prophylaxie et le traitement des maladies infectieuses: pyliomyélite — rougeole— scarlatine.* Par A. Stillmunkes. 1 vol. 170 p. Chez Doin et Cie, éditeurs, Paris, 1937.

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.

Les principes de la sérothérapie anti-poliomyélitique. Le sérum agit en neutralisant le virus et son activité s'étend à toute la phase infectieuse de la maladie: mais il n'agit que sur lui et reste sans action sur les destructions cellulaires. Ses indications formelles correspondent à la période d'utilité du sérum, c'est-à-dire à cette période où les centres nerveux hébergent encore du virus actif. Le maximum d'efficacité s'observe à la phase préparalytique et dans les premières heures de l'installation des paralysies.

Les sources de sérum humain. Elles sont multiples. On trouve le sérum:

1° Chez les convalescents de poliomyélite où le pouvoir neutralisant apparaît dès le 12e jour après la stabilisation des paralysies; les prélèvements peuvent être effectués à partir de la 3e semaine;

2° Chez tous les anciens malades, que la maladie remonte à trois mois ou à trente ans. La forme clinique et la gravité des séquelles importent peu à la condition de permettre un diagnostic rétrospectif exact;

Si ces ressources devenaient insuffisantes on pourrait encore s'adresser:

3° A l'entourage des convalescents ou des anciens malades: membres de la famille qui n'ont pas été atteints, personnel hospitalier qui donne des soins aux poliomyélitiques;

4° Aux personnes saines, qui, ayant vécu dans une localité où a sévi la maladie, n'en ont cependant présenté aucun symptôme clinique.

Les réserves de sérum doivent être uniquement constituées avec le sang des convalescents et des anciens malades; on n'utilisera que des mélanges de diverses récoltes. Les autres donneurs possibles seront réservés aux situations d'exception.

Les voies d'introduction du sérum. Les injections sous-cutanées ou intramusculaires sont les voies d'administration les plus courantes. En cas d'extrême urgence on peut recourir aux injections intraveineuses ou aux immunotransfusions. La voie rachidienne n'est pas toujours sans dangers: l'injection peut être suivie d'œdèmes locaux qui risquent d'agir malheureusement sur une moelle déjà profondément touchée. Netter l'a définitivement abandonnée.

A défaut de sérum on peut injecter du sang total pur ou citraté prélevé chez des convalescents ou des anciens malades indemnes de tares transmissibles.

Sérum humain et sérum de Pettit. Le sérum de convalescents ou d'anciens malades et le sérum antipoliomyélitique de Pettit sont les seuls moyens d'opposer une barrière à l'agent infectieux. L'un et l'autre doivent être actifs puisqu'ils ont leurs partisans et leurs détracteurs respectifs: mais les préférences individuelles ne changent rien aux conditions d'efficacité du sérum. On discute encore sur la qualité du sérum, on ne discute plus sur la nécessité d'intervenir dans les plus brefs délais. La précocité de l'injection par rapport au début de la maladie est la principale condition du succès. Bien souvent d'ailleurs les deux sérothérapies sont mises à contribution chez le même malade. Elles ont des indications identiques: la supériorité du sérum humain est d'éviter les accidents sériques. Loin de s'opposer, elles peuvent se prêter un mutuel appui: en face d'un cas de poliomyélite les ressources thérapeutiques ne sont jamais trop abondantes.

Les doses à injecter. Il faut toujours utiliser de fortes doses, même chez de jeunes enfants. Des injections quotidiennes de 50 ou 60 centimètres cubes seront renouvelées jusqu'à sédation de la température. Plus l'infection est sévère et extensive, plus les quantités de sérum doivent être élevées. La sérothérapie doit être continuée pendant un temps assez long pour se mettre à l'abri des rechutes qui obéissent mal à une reprise de traitement même intensif.

On a encore proposé l'utilisation du liquide céphalo-rachidien du malade en injections intramusculaires combinées aux injections de son propre sang ou à celles de sérum.

Valeur pratique de la sérothérapie dans la poliomyélite. Les conditions d'activité du sérum sont essentiellement fonction de la précocité de son utilisation. Le sérum n'est pas également efficace à toutes les périodes; son indication majeure est la période d'utilité du sérum; on s'accorde pour y renoncer chez des sujets dont les paralysies sont installées depuis plus d'une semaine et ne présentent plus aucune tendance à l'extension.

En dehors de ces cas l'activité du sérum est souvent d'une rapidité extrême à la condition d'être employé de bonne heure et à dose suffisante. D'après Netter, on peut viser les trois objectifs suivants:

1° Arrêt de l'extension d'une forme progressive;

2° Disparition d'une paralysie déjà constituée;

3° Prévention de toute paralysie quand le traitement peut débuter avant son apparition.

L'indication de choix correspond au stade infectieux et à la période pré-paralytique : on obtient alors de très beaux succès. On peut espérer un résultat favorable si le traitement est entrepris 48 heures au maximum après le début des paralysies. Les résultats sont plus aléatoires quand le sérum est injecté le 3e ou le 4e jour.

Durant la phase infectieuse de la poliomyélite le médecin a le devoir impérieux d'appliquer sans retard la sérothérapie spécifique. En frappant tôt, fort et longtemps, il mettra toutes les chances du côté de son malade.

Les devoirs du praticien envers les convalescents.

On observe beaucoup plus souvent les malades à la période des paralysies et des séquelles qu'à la période aiguë : souvent, les paralysies sont constituées, le processus infectieux s'achève ou est déjà éteint. Dans le cours du 2e ou du 3e septénaire on observe une régression spontanée de la paralysie d'un certain nombre de muscles atteints, puis pendant des mois les muscles qui restent paralysés vont évoluer, les uns vers la guérison, les autres vers une dégénérescence complète avec atrophie plus ou moins marquée.

Très souvent il restera en fin de compte des séquelles définitives résultant à la fois de paralysies persistantes, de rétractions musculo-tendineuses, de déformation articulaire consécutive aux paralysies et favorisées par le relâchement des ligaments et des troubles de nutrition du membre.

Durant ces périodes de convalescence comme de séquelles, c'est à l'emploi des agents physiques qu'il convient de recourir.

A quel moment doit-on faire intervenir les agents physiques ? Le traitement physiothérapique n'interviendra qu'après la phase infectieuse et fébrile, en somme pratiquement vers le 10e jour, où dès que les grandes températures auront disparu, même si la fièvre se tient entre 37 et 38°, même s'il existe encore des douleurs de type radiculo-névritique.

La conduite générale du traitement sera basée sur l'étude des réactions électriques. Ces réactions sont troublées précocement, mais à cette période elles ne peuvent encore préciser d'une façon absolue ce que sera la répartition des muscles qui resteront sérieusement atteints après le stade de régression. Des examens successifs pourront seuls donner une idée nette de l'évolution ultérieure des différents éléments musculaires.

Le traitement physiothérapique comprendra deux périodes:

1° A la période de convalescence on utilisera soit la di-électrolyse, soit la diathermie, soit la radiothérapie de la moelle. Ces trois méthodes seront combinées utilement pour le plus grand bien des malades.

La di-électrolyse est la méthode de Bourguignon destinée à pratiquer un passage de courant à travers la moelle, avec entraînement d'ions et en particulier d'iode. L'avantage de cette méthode serait de faire traverser de bout en bout la moelle et de permettre à l'iode d'exercer des propriétés remarquables au point de vue de la régénérescence des tissus nerveux et des tissus cicatriciels, et aussi d'aboutir à des actions vasculaires importantes.

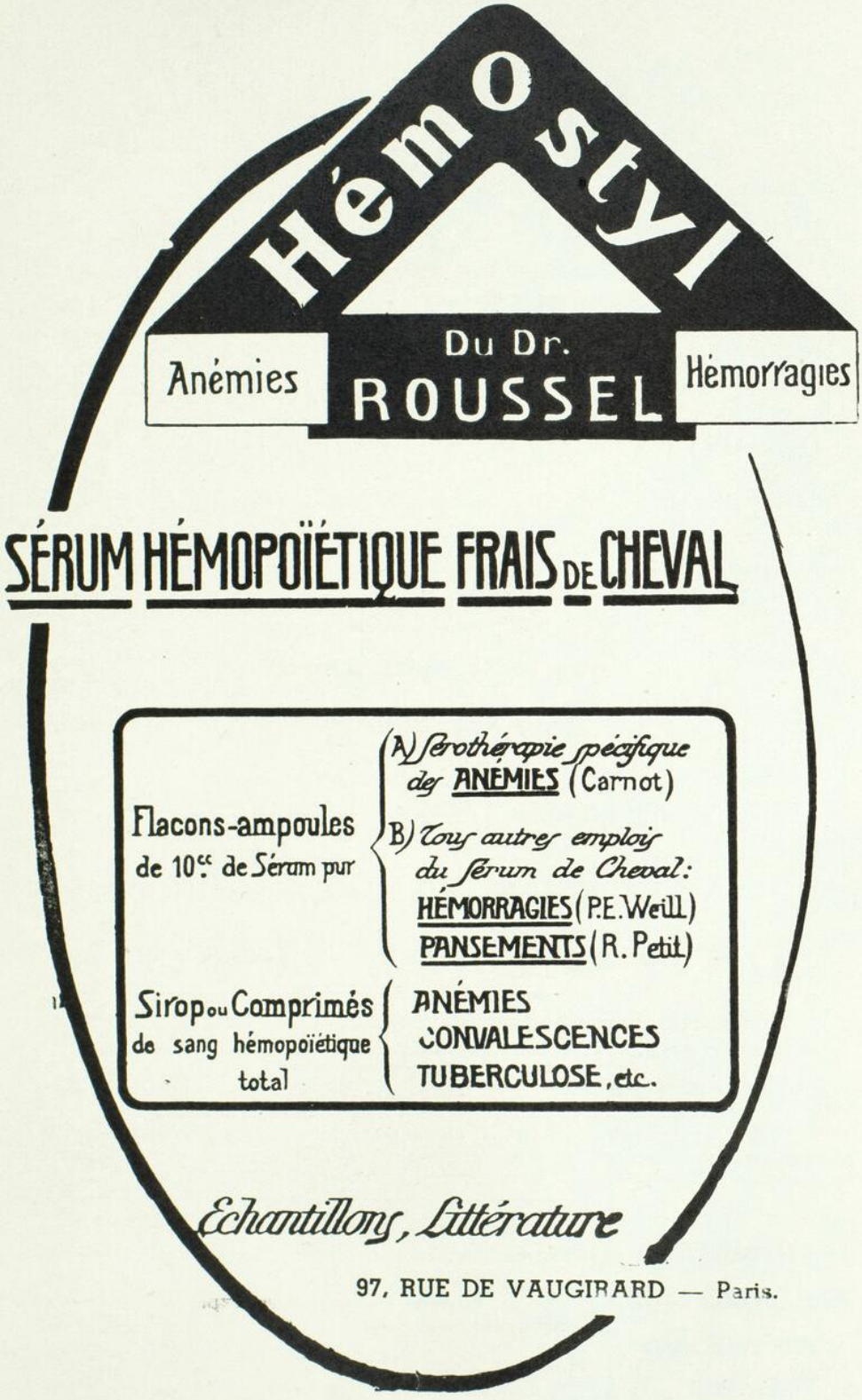
La diathermie est un des agents les plus efficaces pour réchauffer un membre refroidi: elle pourra être complétée dans son action par l'air chaud, les bains chauds et les enveloppements dans des tissus chauffants.

Les rayons infra-rouges rendront les mêmes services chez les tout petits enfants, chez lesquels la diathermie présente des difficultés et des dangers.

En vue de l'apparition de troubles trophiques, il faut dès le début maintenir les différents segments de membres en bonne position, pour éviter l'action nocive des rétractions tendineuses qui apparaissent si rapidement, surtout au niveau du tendon d'Achille et des muscles innervés par le sciatique poplité externe. Il faut aussi mobiliser doucement les articulations pour éviter les débuts d'ankylose nuisibles au point de vue de la trophicité des membres.

La radiothérapie de la moelle suivant la méthode de Bordier est rationnelle au début de la poliomyélite, au moment où tout n'est pas destruction; il faudra l'utiliser aussi systématiquement et aussi précocement que possible. Elle doit lutter contre la sclérose et l'atrophie qui tendent à détruire les cellules nerveuses où siègent les foyers de myélite.

2° A la période des séquelles la lutte contre le refroidissement constituera le fond du traitement; l'action trophique du courant galvanique sera également utilisée ainsi que les massages très doux, puis plus énergiques des membres atteints. Les mouvements spontanés seront choisis parmi les plus utiles pour favoriser les suppléances et les récupérations. La mécanothérapie, les mouvements effectués au cours des grands bains tièdes seront très utiles. Enfin, l'orthopédie provisoire pourra corriger certaines mauvaises attitudes résultant de paralysies non définitives. Quand les paralysies paraissent s'installer



J. Edde 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? .....

définitivement c'est la thérapeutique orthopédique ou même chirurgicale qui devra être mise en pratique.

Il n'y a pas un traitement unique de la poliomyélite à la période de séquelle, mais différentes thérapeutiques qui doivent être menées de front. Ces thérapeutiques répondent à plusieurs indications. Il faut lutter contre les troubles trophiques: dans ce but on emploie les bains chauds, la diathermie, les massages. Il faut tenter plus directement la récupération fonctionnelle des groupes musculaires atteints: soit en agissant sur les cornes antérieures de la moelle par la radiothérapie, soit en agissant sur les fibres musculaires et leurs terminaisons nerveuses par la galvanisation. Il faut prévenir les séquelles et s'opposer à leurs conséquences désastreuses par le maintien des segments paralysés en bonne position, par une reprise précoce de leurs fonctions actives. Dans nombre de cas la lutte contre les sequelles demeure le meilleur procédé pour assurer la récupération fonctionnelle la plus étendue.

Les devoirs du praticien envers la collectivité

En raison de l'extension épidémique que semble volontiers prendre actuellement la poliomyélite, toutes précautions prophylactiques doivent être prises à l'occasion d'un cas observé.

Comment se contracte la poliomyélite. Par contact direct la contagion s'effectue par les voies respiratoires grâce à la virulence des sécrétions naso-pharyngées. Dans ce mode de contamination les porteurs de germes jouent un rôle important.

La contagion s'effectue encore par la voie digestive et au moyen de l'eau et du lait.

Les mesures à prendre. La poliomyélite est une maladie soumise à la déclaration obligatoire.

On devra pratiquer l'isolement des malades. Tout malade au stade évolutif de la poliomyélite doit être considéré somme infectieux et isolé en conséquence. La même mesure doit être adoptée pour les cas frustes, les cas abortifs et les porteurs de germes qu'il faut rechercher.

Un sujet qui a approché un poliomyélitique au stade d'incubation ou de début, peut être exempt de tout symptôme, mais il doit être considéré comme porteur de germes. La période d'incubation étant de deux à dix jours, mais sûrement au-dessus de quinze jours, le sujet peut se dire indemne au bout de trois semaines. On admet en général que *la durée de l'isolement* doit être de trois semaines.

La *destruction du germe* se fera par la désinfection de la gorge et du rhino-pharynx: gargarismes, instillations d'huile goménolée, inhalations de menthol, d'eucalyptus, etc... On procédera à la désinfection des objets usuels, à la stérilisation de l'eau de boisson et du lait par la chaleur. La désinfection des urines et des matières fécales ne devra pas être négligée.

Pour la protection de l'individu on recommande le sérum de convalescents. Il n'a la valeur que d'une immunisation passive et de courte durée. L'immunisation active n'est pas encore au point.

Etant donné le rôle important des écoles dans la dissémination du virus, il sera souvent indiqué d'en ordonner la fermeture ou tout au moins d'en interdire l'accès aux sujets qui, dans leur milieu familial, se trouvent en contact avec les malades. Il sera quelquefois nécessaire d'interdire les réunions publiques et de fermer les salles de spectacles.

La poliomyélite est une maladie infectieuse et épidémique dont la gravité justifie le concours de toutes les ressources thérapeutiques. Avec un diagnostic précoce et des provisions de sérum on peut espérer la guérison sans séquelles paralytiques. Plus tard, quand les paralysies sont constituées, les agents physiques modifient heureusement l'avenir fonctionnel des malades. En présence d'un cas de poliomyélite les devoirs du praticien s'adressent à la fois aux malades et à la collectivité: de la valeur de ses efforts dépend le pronostic éloigné de la maladie.

NUTRITION POUR PATIENTS NERVEUX

Très souvent un état de tension nerveuse entrave la digestion et les médecins estiment que la principale chose à faire, en pareils cas, est de diminuer la tension, de rendre l'appétit et de nourrir les nerfs.

L'Ovaltine accomplit toutes ces fonctions. Prise dans du lait chaud, elle soulage les maladies que cause une mauvaise digestion, retire l'excès de sang du cerveau, refait l'énergie nerveuse et la force physique.

En usage dans les hôpitaux et les sanatoriums de par le monde entier.

'OVALTINE'

Aliment - Tonique - Liquide

EFFICACE . . .

contre les affections de la gorge, les ulcérations de la bouche, les angines, les amygdalites, les stomatites, les gingivites, les affections causées par le tabac, les maux de gorge, sensibilité et inflammation des cordes vocales.

Dépôt général pour le Canada: ROUGIER FRÈRES, Montréal.

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.

LES SEPTICÉMIES [1]

Septicémies à streptocoques

Bien que, depuis l'avènement de l'antisepsie et de l'asepsie, les septicémies streptococciques d'origine traumatique, chirurgicale et obstétricale ne constituent plus le même fléau qu'au temps passé, le streptocoque, commensal toujours présent de nos cavités naturelles, reste aujourd'hui l'agent le plus fréquent des septicémies humaines.

Les plaies superficielles ou profondes des téguments et des muqueuses, les avortements septiques, les accouchements difficiles avec rupture prématurée des membranes, les angines, les otites moyennes, l'érysipèle sont les causes habituelles de ces septicémies. Elles viennent compliquer, à titre d'infection secondaire, nombre de maladies générales, telles que la scarlatine, la variole, la diphtérie, la grippe épidémique, la leucémie aiguë et les agranulocytoses avec lésions buccopharyngées ulcéro-nécrotiques.

En face d'une streptococcémie d'origine indéterminée, ces diverses causes doivent être soigneusement recherchées. Chez la femme on devra toujours soupçonner un avortement récent.

Une fièvre élevée et continue, un état typhoïde, du délire avec agitation, une tachycardie accentuée, une polypnée *sine materia,* une diarrhée profuse et éventuellement un syndrome hémorragique sont les indices d'une streptococcémie grave évoluant rapidement vers la mort. Lorsque ces symptômes nerveux et toxiques font défaut, le pronostic est moins sombre, même quand plusieurs hémocultures successives demeurent positives.

Il ne faut pas confondre avec les véritables septicémies les simples poussées de bactériémie streptococcique. Pour éprouver l'efficacité d'une thérapeutique instituée après la découverte d'un streptocoque dans le sang il est bon de renouveler l'hémoculture avant de commencer le traitement. Dans les cas où celui-ci est couronné d'un succès immédiat, c'est-à-dire paraît doué d'une réelle activité, on constate habituellement que la deuxième hémoculture est négative.

Lorsque la fièvre persiste malgré la disparition du streptocoque de la circulation sanguine, il ne faut pas trop s'alarmer, mais guetter l'apparition possible de localisations secondaires qui peuvent d'ailleurs toujours faire défaut, tout au moins cliniquement.

---

(1) *Quelques vérités premières ou soi-disant sur les maladies infectieuses*, par A. Lemierre. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

La gravité des localisations secondaires streptococciques dépend de leur siège, de leur nombre et, après leur apparition, de la persistance ou de la cessation de la septicémie. Quand le streptocoque a disparu du sang, les phlébites et les arthrites comportent un pronostic favorable. Dans les mêmes conditions, les localisations pulmonaires, compliquées ou non de pleurésies séro-fibrineuses ou purulentes, se terminent en général favorablement; les grands abcès isolés du poumon aboutissent le plus souvent à la guérison spontanée après évacuation du pus par les bronches.

Les endocardites ulcéro-végétantes aiguës à streptocoque hémolytique sont peu fréquentes. Elles se constituent presque toujours dès le début de la septicémie.

Lorsqu'une intervention chirurgicale parvient à tarir la source d'une streptococcémie, le pronostic s'en trouve amélioré. Peut-être les guérisons si souvent publiées de septicémies post-otitiques, et attribuées aux thérapeutiques médicales les plus diverses, ne sont-elles pas dues à une autre cause.

Les septicémies à streptocoques non hémolytiques sans localisation sur l'endocarde sont généralement bénignes et évoluent spontanément vers la guérison. La localisation des streptocoques non hémolytiques sur l'endocarde, réalisant l'endocardite à marche lente ou maladie d'Osler, comporte au contraire un pronostic fatal à plus ou moins longue échéance.

Chez les sujets porteurs d'une lésion valvulaire ancienne, d'une aortite chronique ou même d'une malformation congéntiale du cœur, parfois même chez des individus jusque-là parfaitement sains, le développement insidieux, peu de temps après une angine insignifiante, une rhino-pharyngite grippale ou seulement un coryza banal, d'une fièvre irrégulière et tenace, souvent accompagnée d'arthralgies, de pâleur, de lassitude générale, doit faire soupçonner l'existence d'une endocardite à marche lente. La constatation de modifications dans les caractères d'un souffle cardiaque préexistant, la perception d'un souffle inexistant jusque-là, l'éruption de macules purpuriques, de petits placards inflammatoires fugaces aux extrémités des doigts et des orteils, de nodules cutanés vite disparus, l'apparition d'une splénomégalie et d'hématuries sont des éléments de certitude.

Au cours de la maladie d'Osler les pertes de conscience fugaces, les étourdissements passagers, les crises transitoires d'aphasie sont la conséquence de minimes embolies cérébrales. La répétition de ces accidents, souvent si légers qu'ils n'inquiètent ni le malade ni son entourage, peut imprimer peu à peu une allure spéciale à la maladie et faire présager l'apparition prochaine d'un ictus mortel.

Dans les endocardites à marche lente, les streptocoques non hémolytiques sont parfois difficiles à isoler du sang. Il faut alors, pour y parvenir, avoir recours aux hémocultures en milieux anaérobies. Il ne s'agit pourtant que de streptocoques devenus passagèrement anaérobis et qui, après quelques passages sur les milieux artificiels, récupèrent leur aptitude à se multiplier au contact de l'oxygène de l'air.

Septicémies à staphylocoques

De toutes les septicémies à microbes pyogènes, celles que détermine le staphylocoque, et c'est généralement d'un staphylocoque doré qu'il s'agit, sont probablement les plus graves.

Le point de départ des staphylococcémies est le plus souvent un anthrax ou un furoncle; parfois un panaris, un abcès superficiel, une blessure des téguments; rarement une plaie ou une lésion inflammatoire des muqueuses. Les septicémies staphylococciques d'origine utérine existent, mais sont exceptionnelles. En principe la constatation d'une staphylococcémie en apparence primitive doit faire rechercher l'existence d'un furoncle plus ou moins récent ou d'une plaie cutanée superficielle, parfois déjà cicatrisée quand éclatent les accidents fébriles.

De toutes les bactéries susceptibles de passer dans la circulation sanguine, le staphylocoque est celle qui manifeste le plus de tendances à produire des localisations secondaires suppurées. Elles surviennent dans plus de 90 pour 100 des cas.

Parmi les localisations secondaires des staphylococcémies, certaines, en raison de leur fréquence, ont un véritable caractère de spécificité. Ce sont les ostéites juxta-épiphysaires, les abcès miliaires corticaux du rein, compliqués ou non de phlegmon périnéphrétique, et les prostatites suppurées. Les déterminations pulmonaires avec ou sans retentissement pleural, moins spéciales au staphylocoque, ne font presque jamais défaut.

Les ostéomyélites juxta-épiphysaires, les prostatites suppurées, les abcès du rein, les phlegmons périnéphrétiques en apparence primitifs ne sont le plus souvent que la conséquence d'une poussée transitoire de bactériémie staphylococcique. Un examen minutieux permet en général de découvrir le point de départ cutané de cette poussée bactériémique.

Il existe des septicémies staphylococciques foudroyantes, entraînant la mort en cinq ou six jours. C'est ce type clinique que l'on observe dans les staphylococcies malignes de la face. Leur marche est

si rapide qu'elles n'ont pas le temps d'engendrer des localisations secondaires cliniquement appréciables. L'autopsie montre pourtant constamment, dans le parenchyme pulmonaire, des nodules inflammatoires centrés par une goutte de pus, véritables furoncles du poumon.

Les septicémies staphylococciques aiguës, évoluant vers la mort en une quinzaine de jours, au milieu d'un syndrome ataxo-adynamique hautement fébrile, ont néanmoins le temps de se compliquer de déterminations secondaires inflammatoires et suppurées multiples.

Les septicémies staphylococciques prennent souvent une marche subaiguë. Elles évoluent par ondes fébriles successives dont chacune correspond à l'apparition d'une ou de plusieurs localisations secondaires nouvelles. Quelquefois l'hémoculture demeure positive pendant les périodes de rémission.

Les septicémies staphylococciques subaiguës sont susceptibles de guérir spontanément, après une évolution de plusieurs semaines ou de plusieurs mois. Cette guérison ne s'obtient parfois qu'au prix de plusieurs interventions chirurgicales portant sur les déterminations secondaires suppurées.

Dans les staphylococcémies à évolution subaiguë, une rémission thermique se prolongeant pendant plusieurs jours ne doit pas encore faire chanter victoire. Une nouvelle poussée fébrile peut toujours survenir, remettant le pronostic en question.

Le pronostic des staphylococcémies subaiguës dépend surtout du siège et du nombre des localisations secondaires. Les déterminations cérébrales et méningées sont, presque à coup sûr, un arrêt de mort. Les atteintes viscérales, pulmonaires, rénales ou hépatiques sont graves. Les suppurations multiples, même peu profondes, épuisent le malade par leur répétition.

Lorsque le staphylocoque a disparu du sang, la maladie n'est pas toujours terminée. De nouveaux foyers, et notamment des foyers de suppuration osseuse, peuvent se manifester au bout de plusieurs jours, de plusieurs semaines et même de plusieurs mois.

Parmi les déterminations secondaires des septicémies et même des bactériémies fugaces à staphylocoque, les spondylites, véritable mal de Pott aigu ou subaigu staphylococcique, sont importantes à rechercher et à diagnostiquer précocement. Elles peuvent entraîner la mort en raison, soit de leur étendue et des volumineux abcès ouverts à l'extérieur dont elles provoquent la formation, soit des complications méningées ou médullaires dont elles sont le point de départ. Elles sont susceptibles de guérir spontanément, au prix d'une immobilisation prolongée.

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

Septicémies à pneumocoques

Les septicémies à pneumocoques ne se caractérisent par aucun signe pathognomonique essentiel. Seule l'hémoculture permet de les diagnostiquer. Leur point de départ habituel est une angine, une rhino-pharyngite, une pharyngo-laryngite parfois œdémateuse et pouvant nécessiter la trachéotomie. Elles sont particulièrement fréquentes, à titre d'infection secondaire, au cours de certaines épidémies d'influenza.

Les septicémies à pneumocoques débutent brusquement par un ou plusieurs frissons, une sensation de malaise général, une élévation de la température à 39° ou 40°. Puis la fièvre persiste suivant le type continu, en plateau autour de 40° ; parfois suivant le type à grandes oscillations, avec poussée thermique vespérale précédée d'un frisson, transpirations nocturnes et rémission matutinale.

Le début des pneumococcémies peut être marqué par de vives douleurs abdominales avec nausées, vomissements bilieux, diarrhée, plus rarement constipation, le tout pouvant faire penser à une péritonite, à une appendicite, à une occlusion intestinale aiguë. En général, il s'agit, selon toute vraisemblance, d'une localisation passagère bénigne du pneumocoque sur la séreuse abdominale ; plus rarement d'une péritonite vraie. En tous cas l'intervention chirurgicale est contre-indiquée.

Il existe des septicémies pneumococciques pures, sans localisations secondaires. Elles sont en général de courte durée. Au bout de cinq à dix jours, la température tombe en lysis rapide et la guérison spontanée est de règle.

Les septicémies pneumococciques s'accompagnent fréquemment, et d'une façon plus ou moins précoce, de déterminations secondaires inflammatoires ou suppurées. Le pronostic dépend alors du siège et du nombre de ces métastases. Il est inutile de souligner la signification redoutable des méningites, des endocardites ulcéro-végétantes, des néphrites suraiguës avec anurie. Les pleurésies purulentes et les péritonites sont justiciables, en temps opportun, de l'intervention chirurgicale qui peut même triompher de certaines péricardites purulentes. Les arthrites inflammatoires, séro-purulentes ou purulentes, atteignant parfois simultanément ou successivement plusieurs jointures et les phlébites sont en elles-mêmes sans gravité réelle pour l'existence.

Il existe des formes pyohémiques des pneumococcémies avec métastases multiples dans les séreuses et les viscères. Il existe des formes malignes, suraiguës avec hyperthermie, délire, prostration

extrême et déterminations secondaires diverses, méningées, articulaires, pleurales, péritonéales, rénales, oculaires qui tuent en quatre ou cinq jours.

La pneumonie franche aiguë n'est sans doute que la localisation secondaire immédiate et d'ailleurs la plus commune d'une pneumococcémie qui peut disparaître après la constitution du foyer pulmonaire ou persister pendant son évolution. Dans cette dernière éventualité la maladie peut prendre les caractères d'une pneumonie typhoïde avec dépression nerveuse, météorisme, diarrhée, splénomégalie, hépatomégalie, ictère ou subictère, ou d'une pneumonie infectante avec localisations extrapulmonaires du pneumocoque.

Il arrive que la pneumococcémie, évoluant sous l'aspect d'une fièvre continue ou de grands succès fébriles rémittents pendant plusieurs jours, précède nettement la localisation pneumonique, celle-ci n'apparaissant que tardivement, parfois même après d'autres métastases.

Septicémies à méningocoques

Les septicémies méningococciques se présentent sous trois types cliniques: les formes purpuriques, tantôt suraiguës correspondant au purpura fulminans d'Hénoch, tantôt aiguës ou subaiguës, susceptibles de guérir; les formes pseudo-palustres, les plus fréquentes, tout au moins chez l'adulte, et les formes typhoïdes, exceptionnelles.

Les méningococcémies évoluent à l'ombre de la méningite. Non seulement l'hémoculture est souvent positive au cours de la méningite cérébro-spinale, mais la présence de localisations extra-méningées du méningocoque y est d'observation courante. La méningite est constante dans le purpura fulminans. Elle est l'aboutissement fréquent des autres méningococcémies.

Le diagnostic des méningococcémies à type pseudo-palustre est souvent aisé en dehors de tout examen de laboratoire. Les grands accès fébriles, avec les trois stades classiques de frisson, chaleur et sueurs, accès tantôt quotidiens, tantôt irrégulièrement espacés; les poussées éruptives cutanées d'éléments polymorphes érythémato-maculeux, papuleux, purpuriques et vésiculeux, se reproduisant à chaque nouvel accès fébrile, prédominant sur les membres, mais pouvant se généraliser à tout le corps; les arthralgies et les arthrites; les déterminations oculaires, irido-cyclites, épisclérites, tout cela constitue un tableau morbide suffisamment caractéristique pour qu'il soit impossible de s"y méprendre.

Les méningococcémies à type pseudo-palustre, dues en général au méningocoque B, évoluent fréquemment avec une lenteur désespérante et se prolongent pendant des mois, résistant aux thérapeutiques les plus variées. Elles sont susceptibles de se terminer plus ou moins brusquement et spontanément par la guérison. Des rechutes sont possibles après plusieurs semaines d'apyrexie.

La localisation secondaire la plus redoutable des méningococcémies, car la méningite peut guérir, est l'endocardite ulcéro-végétante aiguë, subaiguë ou même, exceptionnellement, insidieuse et à marche lente.

Certaines septicémies à gonocoque ressemblent à s'y méprendre aux méningococcémies: on y retrouve les arthrites, la tendance aux grands accès fébriles intermittents, les éruptions cutanées. Elles peuvent se compliquer d'endocardites.

Septicémies à colibacille et septicémies à proteus vulgaris

Envisagées dans leur ensemble, les septicémies colibacillaires, malgré l'aspect clinique de haute gravité qu'elles affectent assez fréquemment, paraissent être les moins graves des septicémies humaines à microbes pyogènes.

Elles ont le plus souvent pour point de départ soit les voies urinaires ou les voies biliaires infectées, soit l'intestin, que celui-ci soit le siège de lésions organiques évidentes, ulcérations, appendicites, ou de simples troubles fonctionnels, diarrhées plus ou moins passagères, constipation elle-même liée à l'atonie, au spasme, à une coudure, à une compression, à un mégacôlon. Plus rarement, elles ont pour origine un accouchement, un avortement, une plaie ou une escarre siégeant au voisinage de l'anus, facilement souillées par les matières fécales.

Les septicémies colibacillaires n'ont pas de symptomatologie propre. Cependant elles procèdent le plus souvent par grands accès fébriles s'annonçant par un frisson, se terminant par des transpirations profuses, plus ou moins rapprochés les uns des autres, survenant irrégulièrement et séparés par des périodes d'apyrexie ou de fièvre moins élevée. Plus rarement elles se traduisent par une courbe thermique continue rappelant celle de la dothiénentérie.

Quel que soit leur point de départ, les colibacillémies peuvent se réduire à une simple poussée bactériémique passagère tantôt unique, tantôt se reproduisant à de longs intervalles. Il peut arriver que le colibacille passe dans le sang à titre de microbe de sortie pendant la

période active ou au cours de la convalescence de certaines maladies infectieuses: spirochétose ictérigène, érysipèle, scarlatine.

Le colibacille présent dans la circulation, soit au cours d'une septicémie vraie, soit au cours d'une simple décharge bactériémique passagère, a une tendance à s'éliminer par le rein et devient ainsi l'agent le plus commun des pyélonéphrites descendantes. Celles-ci aboutissent généralement à la guérison spontanée, surtout s'il n'existe pas de lésion préalable, congénitale ou acquise, des voies urinaires supérieures.

Le pronostic des septicémies colibacillaires dépend avant tout de la nature de leur point de départ. Lorsqu'elles sont la conséquence de suppurations étendues des voies urinaires, surtout chez les vieux prostatiques, les rétrécis, les calculeux à bassinet dilaté et à reins scléreux; d'angiocholécystites suppurées diffuses avec atteinte du parenchyme hépatique; d'appendicites avec thrombo-phlébites des ramifications portales et abcès du foie, on comprend qu'elles doivent difficilement pardonner. En pareil cas, circonstance encore aggravante, le colibacille peut être associé au streptocoque ou à des microbes anaérobies.

Les septicémies colibacillaires dites médicales, résultant le plus souvent de troubles intestinaux plus ou moins appréciables, se terminent en règle générale par la guérison spontanée, malgré leur apparence de gravité. Seules peuvent assombrir le pronostic la préexistence d'un état général très déficient ou l'apparition d'une méningite qui, d'ailleurs, n'est pas nécessairement mortelle.

Le diagnostic de certitude des colibacillémies passagères ou durables est fourni par l'hémoculture. Encore ne faut-il pas oublier que le colibacille isolé du sang peut n'être qu'un microbe de sortie. A défaut d'une hémoculture positive, l'existence évidente d'un des points de départ habituels des colibacillémies peut orienter le diagnostic que corrobore assez souvent l'apparition d'une pyélonéphrite descendante avec constatation du germe en grande abondance dans l'urine purulente.

Au cours d'un état fébrile mal déterminé, avec frissons, l'apparition dans l'urine, d'abord stérile, d'une masse de colibacilles, de cellules rénales, de cylindres, de leucocytes, même sans pyurie véritable, peut faire soupçonner qu'il s'agit d'une infection générale colibacillaire.

La découverte dans l'urine, dès le premier examen, au cours d'une maladie fébrile, de colibacilles par la culture ou l'examen direct et même de pus, sans signes évidents d'une pyélonéphrite aiguë récente, ne permet aucune conclusion. C'est une constatation qu'il

JUSQU'À QUEL POINT LES SELS MINÉRAUX

SONT-ILS IMPORTANTS DANS LE RÉGIME?

?

Ils sont absolument essentiels pour conserver un état de nutrition bien équilibré. Telle est la raison pour laquelle une carence modérée et latente de sels minéraux peut affaiblir le mécanisme défenseur de l'organisme au point que

la gestation,
l'infection, et tous les autres surmenages du même genre

conduisent à une période de convalescence prolongée.

!

Le Sirop Fellows aux Hypophosphites

contient les sels minéraux qui manquent à l'organisme.

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 Gaiacols 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.

SULFOCIDE

« PARA-AMINO-BENZENE-SULFAMIDE »

à l'usage exclusif du médecin.

INFECTIONS STREPTOCOCCIQUES & GONOCOCCIQUES

Infections puerpérales
Scarlatine
Septicémie
Erysipèle
Arthrites suppurées
Amygdalite aiguë
Impetigo chronique
Méningite
Otite moyenne
Gonorrhée

Littérature et échantillons sur demande.

CASGRAIN & CHARBONNEAU LIMITÉE
MONTRÉAL

n'est pas rare de faire chez les sujets atteints d'infections les plus variées, endocardite à marche lente, tuberculose aiguë, septicémies diverses et même de cancers fébriles.

Aux émotifs, aux déséquilibrés neuro-végétatifs, aux hyperthyroïdiens facilement subfébriles, aux psychasthéniques et aux neurasthéniques il n'est pas prudent, parce que l'on a trouvé des colibacilles dans leur urine, de parler de colibacillose et de présenter les toxines colibacillaires comme responsables de leurs maux. En agitant devant eux ce spectre dérisoire on ne fait, sans bénéfice immédiat ou ultérieur, que fournir un nouvel aliment à leur anxiété [1].

Le proteus vulgaris, hôte normal du tube digestif et vivant également dans le sol, peut être l'agent de septicémies d'ailleurs assez rares. Elles ont pour origine des suppurations des voies urinaires, des endométrites septiques, des otites, des plaies cutanées. Peut-être certaines d'entre elles, en apparence primitives, partent-elles de l'intestin.

Les plus fréquemment observées sont les septicémies d'origine otitique, le proteus se retrouvant souvent dans le pus des otorrhées fétides et des mastoïdites qui les compliquent. Ce sont alors des septico-pyohémies d'un pronostic très sévère, engendrant, entre autres métastases, des foyers pulmonaires inflammatoires et des pleurésies purulentes.

Une variété de proteus, dite Proteus X^{19}, passe, à titre de germe de sortie, dans la circulation sanguine au cours du typhus exanthématique. Ce germe détermine l'apparition dans le sang des typhiques de propriétés agglutinantes spécifiques, dont la recherche et la constatation constituent un procédé biologique précieux de diagnostic du typhus. C'est la réaction de Weil-Félix qui a d'ailleurs été retrouvée positive dans d'autres fièvres exanthématiques à rickettsies.

(1) Nous rappelons que le sérum anticolibacillaire de Vincent est indiqué dans tous les cas de colibacillémie.

LE RÉGIME DU DIABÉTIQUE [1]

Le régime constitue avec l'insuline la seule thérapeutique du diabète

Le problème du régime du diabétique peut se résumer dans les deux propositions suivantes :

1° *Faire disparaître complètement le sucre dans l'urine,* en réduisant suffisamment les hydrates de carbone de l'alimentation.

2° *Assurer la ration d'entretien,* en donnant la quantité maximum d'H. de C. que le malade peut tolérer, et en puisant le complément nécessaire de la ration dans les autres aliments (albuminoïdes et graisses), dans les limites assurant un bon équilibre alimentaire.

Dans le *diabète simple,* arthritique, le problème est résolu assez facilement, et le régime est équilibré sans risque. On diminue les H. de C. et on arrive à supprimer le sucre dans l'urine tout en conservant dans la ration assez d'albumoïdes et de graisses pour assurer la nutrition.

Dans le *diabète grave,* consomptif, le problème ne peut être résolu sans rompre l'équilibre ; la quantité d'H. de C. que l'on doit donner pour supprimer le sucre dans l'urine est trop faible, elle est parfois nulle, et elle ne peut être remplacée par des graisses et des albuminoïdes sans danger d'acidose. Ce diabète doit être nécessairement traité par l'emploi de l'insuline combiné avec le régime.

I. Recherche de la tolérance en Hydrates de carbone

La première étape du régime consiste à rechercher la quantité maximum d'H. de C. que le malade peut absorber sans que le sucre passe dans les urines. Cette quantité maximum représente *la tolérance en hydrates de carbone du diabétique* ; elle est variable suivant chaque malade, elle est à la base de tout régime.

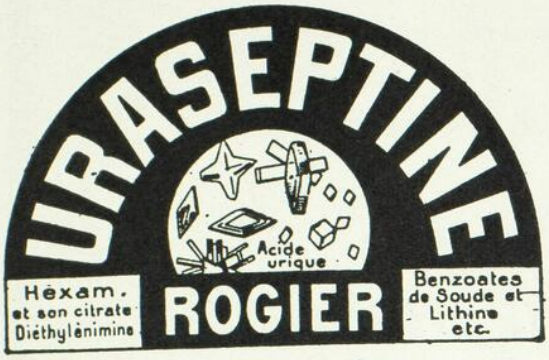
La recherche de la tolérance se fait soit approximativement, soit d'une façon plus précise.

1° *Recherche approximative de la tolérance en H. de C.* — Le malade établit pendant 3 à 4 jours la liste des aliments qu'il absorbe avec leur poids aussi exact que possible ; le dernier jour, on fait faire

---

(1) Extraits des *Feuillets médicaux*, par Louis Caillon, à feuilles mobiles, publiés par Maloine, éditeurs à Paris. Magnifique publication indispensable à tous sans exception.

ANTISEPTIQUE URINAIRE ET BILIAIRE par excellence



Se méfier des similitudes de noms

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.

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

une analyse d'urine qui donnera la quantité de sucre dans l'urine de 24 heures. Un calcul rapide permet, à l'aide des listes d'aliments qu'on trouvera plus loin, d'apprécier la quantité d'H. de C. ingérée par jour; on note en face de chaque aliment la quantité de sucre qu'il contient. On compare avec le chiffre total du sucre émis dans l'urine de 24 heures. La différence donne la tolérance.

Ainsi un diabétique absorbant chaque jour 150 gr. d'H. de C. et urinant 95 gr. de sucre a une tolérance de 55 gr. d'H. de C. Un autre diabétique qui absorbe par 24 heures 190 gr. d'. de C. et qui urine dans le même temps, 40 gr. de sucre, a une tolérance de 150 gr. d'H. de C.(1).

Dans les cas plus sévères, lorsque la tolérance approximative est faible, inférieure à 40 ou 45 gr. d'H. de C. on procédera à une recherche plus précise.

2° *Recherche plus précise de la tolérance en H. de C.* — On prescrit au malade un régime d'épreuve comprenant 50 gr. d'H. de C.(2), régime suivi pendant cinq jours. Le dernier jour, on recherche le sucre dans l'urine de 24 heures et on le dose s'il y en a. Deux cas peuvent se présenter:

1*er cas.* La glycosurie a disparu. C'est que la tolérance est égale ou supérieure à 50 gr. Sans rien changer au reste du régime, on augmente tous les deux ou trois jours la ration en H. de C. de 10 gr. soit 50 gr. de pommes de terre (la pomme de terre est l'aliment le plus commode pour cette progression). On opère ainsi jusqu'à ce que

---

(1) Voici la façon de calculer les hydrates de carbone. Supposons que notre malade d'une tolérance de 150 grammes absorbe les aliments suivants: En face de chaque aliment contenant des hydrates de carbone, nous inscrivons la quantité d'hydrates de carbone qu'il contient:

100 grammes de pain à	54%	= 54 gr.	d'hydrates	de	carbone
300 — de lait à	5%	= 15 —	—		—
325 — de pommes de terre à	20%	= 65 —	—		—
300 gr. fruits (pommes, poires) .	13.5%	= 40 —	—		—
400 gr. légumes verts à	4%	= 16 —	—		—
Total		190 —	—		—

Les autres aliments: viandes, fromages ne contenant pas d'hydrates de carbone. Chez un tel malade, la suppression des 100 grammes de pain ramène le chiffre à 136 grammes et suffira à faire disparaître la glycosurie sans autre modification au régime.

(2) Le régime de 50 grammes d'hydrates de carbone est également réduit en albuminoïdes (61 gr.) et en graisse (118) et donne 1500 calories. Il comprend les aliments suivants:

Viande 100 gr. — Œuf: un — Fromage sec 60 gr. — Beurre 60 gr. — Huile 30 gr. Lait 100 gr. = 5 gr. d'hydr. de carbone — Légumes verts, salades à 3% d'hydr. de carbone 500 gr. = 20 gr. d'hydr. de carbone. Pommes de terre 100 gr. = 20 gr. d'hydr. de carbone — Une orange 100 gr. d'hydr. de carbone — Eau à volonté.

Aliments à répartir dans les 3 ou 4 repas de la journée.

les urines recueillies et examinées chaque jour, présentent du sucre. La quantité d'H. de C. donnée à ce moment-là est supérieure de 10 gr. à la tolérance. Si, par exemple, la glycosurie apparaît lorsque la ration hydrocarbonée est de 70 gr., la tolérance est de 60 gr.

2*e cas*. La glycosurie reste abondante: la tolérance est inférieure à 50 gr. On soumet le malade soit au jeûne, soit à la cure de légumes verts (1500 à 2000 gr. de légumes verts à 4 à 5% d'H. de C. par jour avec 100 gr. de beurre, d'huile ou de lard, 100 gr. de crème fraîche, 200 gr. de vin, 300 gr. de bouillon de légumes), répartis dans la journée. Ce régime est suivi pendant 5 à 6 jours; il contient environ 40 gr. d'H. de C., mais il fait disparaître rapidement le sucre et l'acétone, grâce à la réduction alimentaire globale. La glycosurie étant disparue, on procède à la même progression que plus haut pour trouver la tolérance. Ces régimes ont l'avantage d'augmenter notablement la tolérance du malade. Il n'est pas rare de constater que tel diabétique à tolérance presque nulle ou même nulle au début, se trouve, au moment où l'on constate à nouveau la glycosurie avec la ration progressive, présenter une tolérance de plus de 100 gr. Dans le cours de la maladie, les régimes de diète ou de légumes verts pourront de nouveau être ordonnés pendant un jour ou deux, en cas de baisse de la tolérance en H. de C.

II. Comment établir le régime définitif, une fois la tolérance obtenue

Avant de donner la liste des aliments permis et défendus avec leur teneur en H. de C., rappelons quelques *principes* qui sont à la base de tout régime diabétique.

a) Le régime du diabétique doit être individuel, chaque malade ayant un coefficient d'assimilation et une tolérance en H. de C. qui lui sont propres.

b) Ce régime doit être aussi éloigné des formules trop simplistes, si fréquemment ordonnées, que des formules fondées sur des règles de calculs trop précises. Un régime trop simple est insuffisant, un régime qui veut être trop exact n'a souvent de scientifique que l'apparence. Il y a un coefficient personnel de nutrition qui joue un rôle considérable. D'autre part, il ne faut jamais perdre de vue que le régime du diabétique est un régime de longue durée, qu'il doit être compatible avec les conditions habituelles de la vie du malade et par suite aisé à suivre.

c) La quantité totale d'H. de C. qui sera prescrite au malade doit rester d'une dizaine de grammes au-dessous de la tolérance qu'on

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.

GÉLOGASTRINE
LICARDY

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

COMPRIMÉS
2 tablettes avant
chaque repas
ou au moment des crises

LABORATOIRES LICARDY — 38, Bd Bourdon, NEUILLY-PARIS

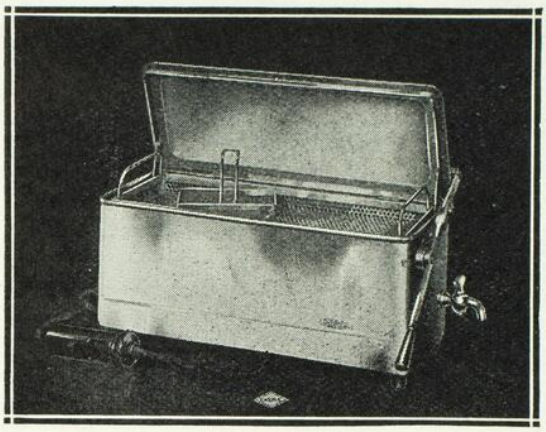
Agents pour le Canada: VINANT Limitée - 533, Rue Bonsecours, MONTRÉAL

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.

Littérature descriptive gracieusement fournie

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée

Représentants Exclusifs

LAncaster 3297 MONTREAL 30 est, rue St-Paul

a trouvée. Elle représente le maximum de féculents que le malade peut absorber sans faire de sucre dans l'urine.

d) L'alimentation ne doit être trop riche, ni en graisses, ni en albuminoïdes, sans quoi le malade risque de faire de l'acidose. Nous dirons quelles sont les quantités d'albuminoïdes et de graisses qu'il ne faut pas dépasser.

e) Les diabétiques ont une tendance à trop s'alimenter. La réduction globale de l'alimentation est indispensable. La courbe de poids corporel donne des indications plus précises sur les besoins alimentaires d'un malade que les renseignements fournis par les calculs plus ou moins approximatifs en calories.

f) En dehors des formes de diabète consomptif, nécessitant l'emploi de l'insuline, le régime doit toujours faire disparaître la glycosurie.

g) C'est la glycosurie et non la glycémie, qu'on utilise dans la recherche de la tolérance en H. de C., ainsi que dans l'établissement du régime.

h) Chaque malade doit savoir rechercher la présence du sucre dans l'urine.

Liste des aliments permis et défendus, avec leur teneur en H. de C. Une feuille de régime doit être remise à chaque malade comprenant:

1° *Les aliments autorisés*: viandes, poissons, graisses, légumes verts, salades, boissons, etc. ne contenant pas ou contenant moins de 3% d'H. de C.

2° *Les aliments autorisés en quantités limitées,* contenant moins de 30% d'H. de C. et que le médecin fixera d'après le chiffre de la tolérance du malade. Ces aliments comprennent certains fruits et légumes, le lait, le pain de régime.

3° *Les aliments défendus absolument,* trop riches en H. de C.: aliments sucrés, pâtes alimentaires, riz, légumes secs, fruits sucrés, etc. Connaissant la teneur en H. de C. de ces aliments, il sera facile de faire les calculs nécessaires pour établir le régime. On pourra substituer un aliment à un autre, en tenant compte cependant qu'à teneur égale, certains aliments sont mieux tolérés les uns que les autres. Ainsi le pain est un des H. de C. les plus mal tolérés, la pomme de terre, au contraire, un des mieux.

Voici la liste détaillée de ces différents aliments:

1° *Les aliments autorisés*: *Viandes*: toutes les viandes de boucherie, volaille, gibier. *Poissons*: crustacés et coquillages. *Graisses*

animales (lard, saindoux, beurre, crème) et *végétales* (huile). *Fromages*: fermentés, frais, cuits et non cuits. *Condiments*: sel, poivre, citron, vinaigre, moutarde, épices ou condiments aromatiques, cornichons. *Boissons*: eau, thé, café, vins non sucrés, alcool, liqueurs non sucrées (cognac, kirsch, rhum, whisky).

Ces aliments ne contiennent pas théoriquement d'H. de C. On fera les réserves suivantes: viandes, poissons et œufs, à raison de 200 à 250 gr. de viande ou de poisson par jour (un œuf équivaut à 75 gr. de viande) ; graisses (100 gr. de beurre ou d'huile), fromage et crème fraîche (60 à 80 gr.). On sera également réservé au sujet d'aliments toxiques comme l'alcool.

Légumes verts suivants: asperges, aubergines, céleris, champignons, chicorée, choux, choux-fleurs, choux de Bruxelles, concombres, cornichons, endives, épinards ,haricots verts, laitue, oseille, pis-enlit, poireaux, radis, rhubarbe, scarole, tomates. Ils contiennent moins de 3% d'H. de C. et sont autorisés d'une façon presque illimitée, 500 gr. de ces légumes ne représentent pas 15 grammes d'H. de C.

D'autres légumes contenant 6% d'H. de C.: betteraves, carottes, citrouilles, navets, oignons frais, potiron, raifort, salsifis, pourront être ramenés à 3 à 4% en les faisant bouillir dans trois eaux différentes.

Tous ces légumes constituent le fond du régime des diabétiques; ils peuvent, sans danger, être prescrits en grande quantité et aident à rassasier le malade. Ils ont, en outre, l'avantage de supporter, sous une forme agréable dans leur préparation, une forte quantité de graisses (beurre, crème ou huile).

Certains fruits peuvent rentrer dans cette liste d'aliments permis et contiennent moins de 10% d'H. de C.: citron, fraises, melon, cantaloup, olives; ils seront autorisés en quantité modérée.

2° *Les aliments autorisés en quantité limitée* sont calculés d'après la tolérance du malade en H. de C. C'est surtout dans cette liste que l'on comptera les H. de C. des aliments d'une façon précise. Ces H. de C. ajoutés à ceux que l'on aura calculés dans la liste précédente, devront donner une somme totale qui représente la tolérance. Voici ces aliments:

a) *Des légumes et des fruits contenant* 10 *à* 15% *d'H. de C. Légumes*: artichauts, fèves vertes, pois verts, truffes 15%. *Fruits*: oranges, mandarines (10%), abricots frais, amandes, brugnons, framboises, grenades, groseilles, noisettes et noix, pêches, pommes, poires (15%), cerises (17%).

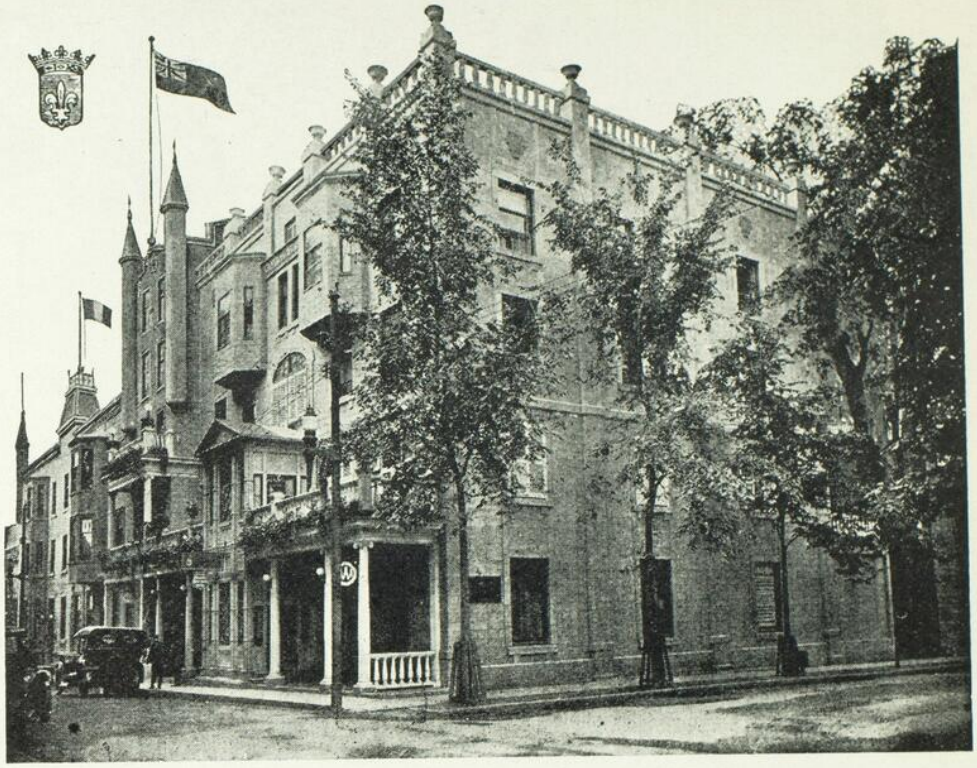
QUAND les nerfs sont irrités, que le sommeil paraît impossible, calmez votre malade avec le sédatif proéminent, le tonique calmant, ELIXIR GABAIL. Ne contient pas de *barbital*. Son efficacité est due à l'extrait de Valériane et à l'acide valérianique combinés, auxquels on a enlevé l'odeur et la saveur 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



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.

b) *Des légumes et des fruits contenant 20% d'H. de C. Légumes*: crosnes, pommes de terre, topinambour. La pomme de terre, généralement bien tolérée, appréciée de tous les malades, ne lassant pas et pouvant remplacer le pain, servira dans l'alimentation courante du diabétique, à la condition que la quantité à prendre journellement soit connue et déterminée comme celle de tous les aliments de cette catégorie. La pomme de terre frite contient deux fois plus d'H. d C. que les autres. *Fruits*: bananes, figues fraîches, prunes, raisins.

c) *Le lait* contient 50 gr. d'H. de C. par litre (5%).

d) *Le pain* doit être d'une façon générale supprimé. A la rigueur, si le malade ne cède pas aux conseils qui lui sont donnés et n'accepte pas cette suppression, ce qui est exceptionnel, on comptera le pain ordinaire à 55%, ce qui en réduit singulièrement la prescription; il est préférable de s'adresser à des pains de régime dont le poids et la teneur en H. de C. sont connus. On conseillera des pains de gluten contenant 10 à 30% d'H. de C., mais en petite quantité.

3° *Aliments défendus,* ou autorisés exceptionnellement dans le régime d'un diabétique à très forte tolérance (et alors minutieusement pesés). Ce sont tous des aliments contenant plus de 40% d'H. de C.:

Légumes secs, fèves, haricots, lentilles, pois et oignons secs (60%). *Riz*: (75%). *Fruits*: marrons (40%); abricots secs, confitures, figues sèches (60%); dates, pruneaux, raisins secs (75%). *Farines de céréales* (75%) et aliments fabriqués avec ces farines. *Pâtes alimentaires* (75%), tapioca, vermicelle, nouilles, macaroni. Enfin *miel* (75%), *sucre* (100%), ainsi que toutes préparations faites avec du sucre: pâtisseries, entremets sucrés, chocolat, confiserie, etc. On a proposé, pour remplacer le sucre, la saccharine, dont on ne dépassera pas 10 centigrammes par jour, c'est-à-dire deux comprimés de 5 centigrammes, à cause de son pouvoir irritant sur les reins et sur l'estomac.

Les *boissons* à supprimer sont: les vins sucrés (Espagne, Champagne), les liqueurs sucrées, la bière (5%), le cidre (3.4%), les limonades, etc.

Au point de vue culinaire, ni farine, ni sucre, ni chapelure, ni mie de pain, n'entreront dans la composition des plats et des sauces. Le diabétique ne prendra que des potages et bouillons aux légumes et du consommé.

assez forte de 2100 à 2200 calories.

Remarque. On se souviendra que les aliments hydrocarbonés sont tous d'origine végétale, sauf le lait; les aliments qui ne contiennent pas d'H. de C. sont tous d'origine animale, sauf l'huile et les boissons produits de la vigne, comme le vin.

III. Type de Régimes et de menus

A. *Modèle de régime à tolérance en H. de C. de 60 gr.* — Ce modèle permet de se rendre compte comment il est facile de calculer la ration en H. de C. et de varier les aliments dans un cadre déterminé. Ce régime à tolérance de 60 gr. comporte une valeur nutritive

		Teneur en H. de C.			Teneur en H. de C.
Viande	100 gr.		Légumes verts à 3%	500 gr.	15 gr.
Œufs	deux à trois		Pain de gluten à 10%	30 gr.	3 gr.
Beurre	de 80 à 100 gr.		Pommes de terre	125 gr.	25 gr.
Huile	de 20 à 40 gr.		Orange	100 gr.	10 gr.
Fromage sec	de 75 à 100 gr.		Café	deux tasses	
Crème fraîche	50 gr.	2 gr.	Vin	250 gr.	
Lait	100 gr.	5 gr.			

Voici maintenant la façon de répartir ces différents aliments pour constituer des menus variés. Les quatre repas pourront être réduits à trois si on le désire, en supprimant le goûter, dont les aliments seront répartis aux autres repas. On pourra faire passer un aliment d'un repas à l'autre.

Petit déjeuner: Une tasse de café, avec 50 grammes de crème ou 100 grammes de lait (en reportant la crème à un autre repas). Un œuf, à la coque, frit, sur le plat ou en omelette fines herbes; ou 20 grammes de jambon d'York. Une salade. Un pain de gluten de 10 grammes. Beurre frais, 10 grammes.

Déjeuner: Viande 100 grammes: (côtelette de mouton ou de veau, bifteck, rôti de bœuf, filet de porc, jambon ou charcuterie, ou poisson). Pommes de terre 100 grammes: (en purée, rôties, ou cuites au four), qu'on pourra remplacer par 200 grammes de carottes ou de navets. Légumes verts, 200 grammes: (Epinards ou oseille, ou laitue au jus, choucroute, haricots verts, cèpes à la bordelaise, choux, aubergines, tomates. On pourra prendre seulement 100 grammes de légumes verts cuits et 100 grammes de salade de laitue, de chicorée ou de céleri, ou de concombre, ou de tomates). Fromages, 40 grammes: Gruyère, Camembert, Brie, Port Salut, Petit Suisse ou 75 grammes: fromage blanc. Beurre ou huile: 50 grammes. Pain de gluten: 10 grammes. Café, une tasse, avec une pastille de saccharine. Vin: 125 grammes. Eau: 3 à 500 grammes. *Goûter*: Thé ou infusion: 100 grammes. Pain de gluten: 10 grammes. Lait: 100 grammes ou crème: 50 grammes, suivant ce qui a été consommé le matin.

Dîner: Bouillon de légumes, 250 grammes, avec 25 grammes de pommes de terre (épinards, haricots verts, céleri, pointes d'asperge),

ou potage à l'oseille, ou soupe à l'oignon, ou bouillon de viande. Un ou deux œufs, à la coque, frits, sur le plat, brouillés ou en omelette fines herbes. Légumes verts: 200 grammes, comme à midi ou salades. Fromage: 40 grammes, comme à midi. Beurre ou huile: 50 grammes. Orange: 100 grammes ou pomme: 70 grammes, ou fraises, framboises: 125 grammes. Vin: 125 grammes. Eau: 3 à 500 grammes.

Rien n'est plus facile sans rien changer à la valeur de la ration, que de chercher dans la liste citée plus haut et d'après leur tolérance, les aliments que l'on voudra remplacer, suivant le goût du malade ou suivant les saisons.

B. *Régimes comportant une tolérance supérieure à 60 grammes.* — La quantité suppiémentaire d'hydrates de carbone qui sera autorisée sera prise dans les pommes de terre, dans les légumes, dans les fruits, dont on connaît le teneur en H. de C.; et pour les malades à forte tolérance dans des aliments plus riches en hydrates de carbone: pain à 30% d'hydrates de carbone, et même légumineuses, céréales, dans la limite où ils ne dépassent pas la tolérance.

Soit un malade à tolérance de 90 grammes, il aura droit à 150 grammes de pommes de terre en plus du régime précédent, pommes de terre qui pourront être remplacées par tel autre aliment à son choix, de même teneur en H. de C.

VARIÉTÉS

AUTO-SUGGESTION ET SUGGESTION

Tel est le titre de l'ouvrage du docteur Paul-E. Jagot dans lequel l'auteur nous enseigne comment on peut obtenir la maîtrise parfaite de soi-même pour vaincre toute mauvaise habitude, pour dominer son impressionnabilité et augmenter sa vigueur physique et sa lucidité cérébrale.

Il est d'ailleurs un principe reconnu et qui fait la base du système préconisé, c'est que la nature se plie aux injonctions de l'intelligence. A travers l'espace, d'un bout du monde à l'autre, s'entre-croisent, grâce aux récentes découvertes, d'invisibles ondes, d'innombrables messages et, chose extraordinaire, l'être humain semble au milieu de ce déchaînement de forces, demeurer seul impuissant à subordonner son mécanisme psycho-physiologique et subit plutôt qu'il ne dirige l'enchaînement de ses idées, sorte de déterminisme qui neutralise nos intentions, nos volitions non disciplinées, non ordonnées vers un but immédiat ou lointain.

Or, nous affirme le docteur P. Jagot, d'après le résultat d'études psychiques, toute impulsion cérébrale actionne un automatisme réalisateur et on obtient un ascendant grâce auquel on peut tout exiger de soi-même. D'où il suit que pas un mouvement, pas un atome n'échappent à la dépendance du mental, et notre état actuel se modifie constamment, subit une évolution.

C'est d'ailleurs un fait que nos facultés, nos énergies, notre équilibre, croissent ou diminuent selon nos pensées coutumières.

Ainsi donc, d'après ce système préconisé par le docteur Jagot, d'auto-suggestion et de suggestion, quand il s'agit de son semblable, au lieu de se laisser investir passivement par l'idée spontanée on aura recours à l'idée réfléchie, maîtresse de nos volitions et de nos mouvements.

D'ailleurs, « tout l'art de suggestion, à soi-même ou à d'autres, est d'introduire dans le cours de la pensée d'autrui ou de la sienne

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

propre, les représentations évocatrices ou les formules expressives de l'effet cherché ou du but convoité, les y maintenir assez longuement et assez fréquemment pour les rendre prédominantes et déterminantes. »

Or, comment doit-on s'y prendre pour obtenir sur soi-même ou sur les autres l'effet désiré par les formules expressives ou par des représentations évocatrices du but convoité, que ce soit la santé ou la parfaite maîtrise sur soi-même, car il est avéré que si l'idée arrêtée peut engendrer la maladie, l'idée par contre guérit et commande à notre organisme.

Il y a en nous deux personnalités: la personnalité consciente et la personnalité inconsciente. La première juge et décide comment elle doit agir; la seconde, dépendante de l'imagination, de la sensibilité, des appétences sensorielles et de l'automatisme entre en conflit avec l'autre faculté raisonnante et la pousse à agir contrairement à ce qu'elle avait d'abord décidé. Souvent même cette inconscience, par une sorte de crainte ou autre notion dépressive, paralyse pour ainsi dire l'effort conscient.

C'est alors que par des formules répétées la suggestion volontaire entre en jeu et annihile les appréhensions de l'inconscient militant contre l'accomplissement de l'acte raisonnable.

L'émission alors de la pensée suggestive a un caractère logique contre les suggestions impressionnables et sensitives de l'inconscient qu'il s'agit de maîtriser, de discipliner à l'accomplissement de l'acte voulu.

Ce sont donc deux forces conscientes et inconscientes qu'il s'agit de faire servir à l'accomplissement de l'acte ou au redressement de certaines faiblesses intuitives et nerveuses inhérentes à notre nature humaine toujours aux prises avec ce dualisme de l'être pensant et agissant.

Apprenons, nous dit encore Jagot, à utiliser cet inconscient pour obtenir la suprématie sur nous-même afin que nos suggestions deviennent des ordres pour lui, afin de grandir nos facultés intellectuelles, ciseler notre être moral et régler les mouvements intérieurs de notre organisme.

Maintenant, comment pourrons-nous obtenir ces résultats et quelle méthode faudra-t-il adopter pour voir nos efforts couronnés de succès?

Tout d'abord, se placer dans un état de relâchement complet et de receptivité, de passivité des facultés conscientes bannissant toute tension d'esprit.

Ainsi qu'un alanguissement par lequel on passe de l'inconscience du rêve à la demi-conscience du réveil, cet état laissant libre

l'entrée de l'inconscient auquel il s'agit de communiquer les suggestions en rapport avec le résultat que l'on veut obtenir.

Maintenant, nous dit Jagot, la forme à donner aux injonctions que vous adressez à votre inconscient une fois dans l'état que nous venons d'apprendre à réaliser a son importance. Elle doit exprimer l'idée la plus formelle et la plus positive de ce que vous voulez obtenir.

Ainsi, répétez-vous à vous-même la formule expressive de votre désir que vous voulez voir se réaliser, laissant votre attention s'absorber sur cette formule employée, laissant l'image évoquée se refléter sur l'imagination. Comme par exemple: « Je pense à mener à bien mes projets, j'ai confiance, j'ai de l'entrain, je me domine. Chaque jour mes forces augmenteront, je me sens plus d'énergie, je me sens parfaitement à l'aise en toute circonstance. Je me sens mieux, beaucoup mieux. Je gagne chaque jour en vigueur physique et intellectuelle. »

De tout ceci, ce qu'il faut bien retenir, c'est qu'aucune tentative n'est inutile et qu'en vous suggestionnant vous déposez dans votre inconscient sous forme d'idées ou d'images des réactifs qui engendrent un travail interne lent mais efficace toujours.

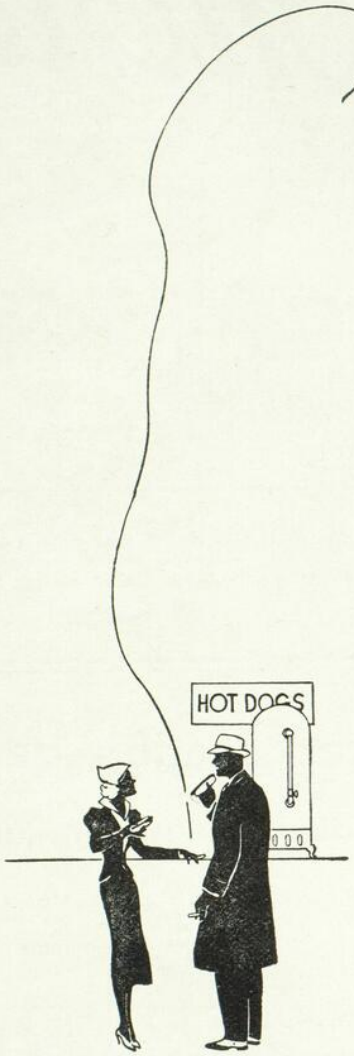
Bref, il faut commander, donner pour ainsi dire des ordres à l'inconscient d'après le but à atteindre et ce résultat immédiat ou lointain à obtenir a opéré la réaction salutaire et bienfaisante contre les mauvaises habitudes.

Une des qualités par excellence à acquérir, c'est la possession de soi: le « self-control », disent les Anglais, ou l'imperturbabilité; c'est-à-dire se soustraire à toute impressionnabilité, conserver son sang-froid en toute circonstance. Là encore l'on se suggestionne, qu'on est calme, qu'on n'est pas impressionnable, qu'on est parfaitement à l'aise, etc.

D'ailleurs le succès est assuré à ceux seulement qui ont su par leur propre initiative sortir de l'ornière, et pour cela « osez », « Dare and dare again », disent les Américains, faiseurs de fortunes colossales et pleins d'ambitions.

Au contraire quand on s'imagine « qu'on ne peut pas », serait-on doué des plus brillantes aptitudes, qu'on les étoufferait et manquerait sa vie comme il y en a tant frappés d'incapicité et d'incurable inertie.

Il ne faut jamais douter de soi-même: oser, oser toujours, gravir vers le sommet où doivent se rencontrer les courageux et les laborieux.



"Est-il vraiment convenable de se faire surprendre à manger des 'hot dogs'?"
"Certainement, pourvu que vous fumez aussi une Sweet Caporal!"

CIGARETTES SWEET CAPORAL

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

Bronchites

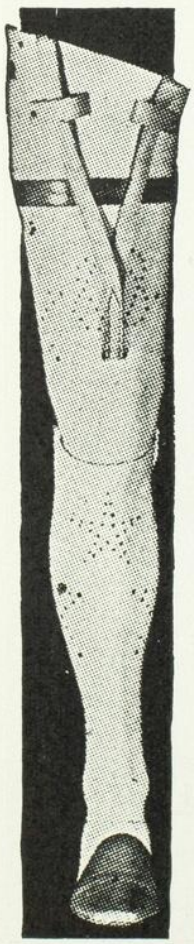
« Eliminé par les Bronches,
« le "Lacto-Creosote Famel"
« détermine un processus inflam-
« matoire simple, qui fait réagir cet
« organe contre le catarrhe cronique. »
FERRAND.

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**

Relations télépsychiques

Dans tous les temps, nous dit le docteur Paul Jagot: dans un de ses ouvrages, intitulé: « *Auto-suggestion et suggestion* » la communication de la pensée, d'un cerveau à l'autre, s'est révélée à des observateurs sagaces. Témoins dans l'ancien Orient, en Chine, dans l'Inde, la Chaldée, la Perse, l'Egypte, la télépsychie parfaitement affirmée dans leurs écrits s'y trouve mise en valeur. Ces meneurs d'hommes en ont usé, les thaumaturges y puisent le secret de leur influence. Au moyen âge les philosophes ont exposé l'ascendant d'une pensée invisible sur les êtres environnants.

Chez les contemporains la question a été tranchée affirmativement par chacun de ceux qui s'en sont sérieusement occupé. Des savants, des médecins comme Richet, dans l'ouvrage de métapsychique, comme Dupouy, dans « Science occulte, physiolopsychique », comme Marillier, dans « Suggestion mentale », et comme bien d'autres, comme Flammarion, le grand astronome, admettent que loin de constituer un phénomène rare, la transmission de la pensée entre individus était beaucoup plus fréquente que l'on ne croit généralement.

Ces faits, les plus positifs, ajoute Jagot, n'ont parfois pas immédiatement raison de ce vieux fond de déterminisme interne où siègent les racines profondes de nos assentiments ou de nos dénégations habituelles.

Ainsi, sous forme de suggestion et d'auto-suggestion, la pensée se transmet sans effort pourvu qu'elle soit vivante, claire, concrète, suffisamment prolongée et qu'elle ne présente pas avec les dispositions psychiques du sujet une incompatibilité irrésistible.

D'après certaines expériences parfaitement et indubitablement démontrées, l'on peut obtenir sur soi-mêmêe ou chez les autres, soumis à ces demi-modes de transmission, une véritable régénération psychique et morale.

« En effet, l'effort volontaire soutenu par la crispation musculaire: voilà le premier, l'indispensable régénérateur du système nerveux. Il consiste à remonter le torrent de nos inclinations, c'est le seul moyen d'utiliser et de repétrir la totalité de nos cellules qui s'atrophient par la léthargie. Car la plupart du temps nous n'agissons qu'avec le quart de notre énergie virtuelle. Mais pourquoi seul l'effort moral peut-il nous recréer? Parce que la réaction spirituelle marque nos tissus d'une empreinte plus vive. Elle les électrise plus violemment et les rend plus aptes à recevoir d'autres courants. » (Paroles d'un revenant du front) par le Colonel Jacques d'Arnoud.

D'habitude, l'effort musculaire ou intellectuel a l'inconvénient d'être souvent automatique, et de se contenter d'une partie de nos forces, tandis que l'effort volontaire soulève les lames de fond et réclame la plénitude de nos énergies.

D'ailleurs, veut-on augmenter nos forces volitives et décupler nos énergies: évertuons-nous à pousser l'aspiration de l'air entrant dans les poumons jusqu'au fond s'aidant par une contraction de l'abdomen et des bas côtés s'efforçant à l'aide de ce dernier procédé d'élargir la cage thoracique.

Au reste, le rôle de la suggestion est immense, son champ d'action couvre tout le domaine de la sensation intuitive et volitive, établissant des rapports entre les êtres et les choses.

Aussi, ces suggestions, que l'on se fait, chasseront de nos consciences toutes les toxines de tristesse qui empoisonnent notre vie intime et sociale même et, ainsi dégagées de ces poisons moraux, nos âmes deviennent rayonnantes.

Bref, ayons foi en la vie. Répétons-nous ces formules suivantes: Ça va bien, j'ai toutes les raisons d'être satisfait. Je me porte mieux. J'ai le contrôle de moi-même, etc.

En définitive, lorsque, grâce à une habitude devenue presque instinctive, nous saurons utiliser les forces mystérieuses de l'inconscient par voie d'auto-suggestion, nous pourrons également les mettre à contribution pour les maladies les plus rebelles. Tous les chaînons de notre vie allant du bas-fond de nos instincts jusqu'au sommet de notre intelligence, ces forces conscientes renferment des trésors d'énergies qui ne demandent qu'à être utilisées, endiguées et dirigées dans le sens utilitaire et profitable pour la pleine réussite de nos projets individuels et sociaux, c'est-à-dire, pour notre bonheur à tous dans une humanité toujours orientée vers l'éternel devenir.

Jules-S. LeSAGE.

MÉDECINE PRATIQUE

LES ACCÈS D'APNÉE DU NOURRISSON

Dans la première enfance, plus particulièrement pendant les premières semaines, tout au plus pendant les trois premiers mois, on peut observer des *accès d'apnée* (1).

Sans prodromes, sans cri initial, l'enfant cesse subitement de respirer, pâlit, se cyanose et tombe dans un état de mort apparente, avec résolution musculaire. Les bruits du cœur et le pouls sont nettement perceptibles. Cet état d'apnée complète a une durée de 1 à 3 minutes, parfois de 5 minutes. Puis le nouveau-né présente une inspiration brusque, ressemblant à un hoquet, la respiration se rétablit progressivement, la cyanose disparaît et l'enfant redevient tout à fait normal, sans que rien ne puisse laisser soupçonner ce qui vient de se passer.

L'accès d'apnée est rarement isolé. Le plus souvent, les crises se succèdent, d'heure en heure, pendant une journée ou deux. Le retour à l'état normal n'est pas toujours le cas, et le nouveau-né peut fort bien passer de la mort apparente à la mort réelle.

On confond souvent les accès d'apnée du nourrisson avec le spasme de la glotte et les accès de cyanose des débiles.

Dans le spasme de la glotte, qui est exceptionnel, avant 3 mois, l'accès est précédé d'une ou de plusieurs inspirations bruyantes, ressemblant à une reprise de coqueluche, l'apnée est incomplète et de courte durée; de plus, il coïncide presque toujours avec d'autres manifestations de la tétanie: signe du facial ou de Chvostek, contracture des extrémités, convulsions.

Dans les accès de cyanose des nouveau-nés débiles, la respiration est incomplètement suspendue, l'apnée est entrecoupée de quelques mouvements respiratoires. Et si l'on n'intervient pas immédiatement par un traitement approprié, l'enfant meurt. On attribue ces accès de cyanose à une défaillance transitoire du centre respiratoire du bulbe, encore incomplètement développé chez le débile.

L'étiologie et la *pathogénie* des accès d'apnée du nourrisson sont encore obscures. Ces accès témoignent sans doute d'une irritabilité extrême de l'arbre trachéo-bronchique, spéciale au nourrisson mais quelle en est la cause et par quel mécanisme se produit l'apnée? La question est encore à l'étude.

Néanmoins, il résulte des travaux les plus récents que les accès d'apnée des premières semaines traduisent, dans la plupart des cas, une *hémorragie*

(1) La première crise apparaît le plus souvent vers la fin de la seconde ou de la troisième semaine. Il s'agit donc d'un syndrome différent de l'*état de mort apparente à la naissance*, dont les deux grandes formes cliniques (la forme bleue et la forme blanche) sont bien connues.

cérébro-méningée. Après le premier mois, au cours des bronchites et des broncho-pneumonies, les accès ont également une origine encéphalique et doivent être considérés comme une manifestation de *congestion cérébrale ou méningée*.

Ainsi donc, dans les cas d'apnée du nourrisson, il faudra faire systématiquement une *ponction lombaire* entre les accès, dès que l'état de l'enfant le permettra.

Le *traitement* de l'accès lui-même doit être immédiat. Il consiste à pratiquer la respiration artificielle, suivant la manœuvre de Sylvester, et, si possible, à faire des inhalations de *carbogène* (mélange d'acide carbonique et d'oxygène), au besoin d'acide carbonique. D'autre part, on pratiquera une injection de lobéline, par voie hypodermique, en utilisant des ampoules spéciales de 1 centimètre cube dosées à 0 gr, 002.

Si l'examen du liquide céphalo-rachidien permet de conclure à une hémorragie méningée, on renouvellera la ponction lombaire les jours suivants jusqu'à disparition des accès et l'on mettra en œuvre la médication hémostaitque (injection de sang humain, coagulants).

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

BIBLIOGRAPHIE. — Jean HUTINEL et Alfred CAYLA, Les accès d'apnée du nourrisson, in *Traité de Médecine des Enfants* de P. NOBECOURT et L. BABONNEIX, tome III, p. 418, Paris, 1934. — RIBADEAU-DUMAS, L'apnée du nouveau-né, in *Encyclopédie médico-chirurgicale. Pédiatrie*, 4063, p. 5, Paris, 1934. — RIBADEAU-DUMAS, GHARIB et Mme SIGUIER, Accès d'apnée d'origine grippale. Action du carbogène (*Bulletins de la Société de Pédiatrie de Paris*, No 4, avril 1937, p. 245). — R. A. MARQUEZY et Bernard DREYFUS, Apnée du nouveau-né (*Bulletins de la Société de Pédiatrie de Paris*, No 4, avril 1937, p. 248). — P. NOBECOURT et M. MAILLET, La thérapeutique du nourrisson en clientèle, Paris, 1937, p. 809.

IODALOSE GALBRUN

IODE PHYSIOLOGIQUE, SOLUBLE, ASSIMILABLE

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

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

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

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

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

PROSTHÉNASE
GALBRUN

SOLUTION ORGANIQUE TITRÉE DE FER ET DE MANGANÈSE
Combinés à la Peptone & entièrement assimilables
NE DONNE PAS DE CONSTIPATION
ANÉMIE — CHLOROSE — DÉBILITÉ — CONVALESCENCE
DOSES QUOTIDIENNES : 5 à 20 gouttes pour les enfants ; 30 à 40 gouttes pour les Adultes
Échantillons et Littérature : Laboratoire GALBRUN, 8 et 10, r. du Petit-Musc, PARIS.

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

UROPRAZINE

ÉLIMINE L'ACIDE URIQUE

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.

BUREAUX À LOUER POUR MÉDECINS OU DENTISTES

Meubles, chaise et instruments. Salle d'attente, service de téléphone et gardes-malades. S'adresser à: Papineau-Couture, Notaire, 418 est, rue Sherbrooke, MArquette 7334.

EMPLOI DEMANDÉ

Jeune médecin désire emploi comme assistant d'un spécialiste. Ecrire à l'« Union Médicale du Canada », 418 est, rue Sherbrooke, Montréal.

ANALYSES

GASTRO-ENTÉROLOGIE

Professeurs Paul CARNOT et Jacques CAROLI. — **Du diagnostic clinique précoce du cancer de l'estomac.** « Archives de la Société Internationale de Gastro-entérologie », 1937; n° 4, p. 296.

Les statistiques colligées par les A. démontrent que le diagnostic précoce de ce type de cancer se pratique beaucoup trop tard, à un point tel que les trois quarts de ces cancers sont alors inopérables. Ceci est dû, sans doute, à la phase initiale de latence.

Il faut avoir recours à l'examen radiologique prophylactique et systématique.

Son tableau clinique est souvent celui de l'ulcère de Cruveilhier et alors, le pyrosis se présente comme un symptôme prémonitoire durant plusieurs mois.

Ailleurs, le C. G. prend le masque d'une dyspepsie nerveuse.

Ce cancer est très fréquent entre 30 et 35 ans.

Le facteur héréditaire est d'une grande importance et se retrouve avec une grande fréquence. L'anémie pernicieuse précède souvent ce cancer ou alterne avec lui. Tel est le cancer gastrique de Hayem.

Les auteurs croient à l'ulcéro-cancer de Hayem qui serait une cancérisation tardive d'un ulcère ancien. Cependant, les cancers ulcérés sont beaucoup plus fréquents que les ulcéro-cancers. Les A. insistent sur la valeur de premier choix de l'hémorragie provoquée par l'injection d'histamine comme signe de cancérisation, là où des traitements médicaux ont échoué.

Jean LeSAGE.

François MOUTIER. — **La gastroscopie. Sa valeur dans le diagnostic précoce du cancer gastrique.** « Archives de la Société Internationale de Gastro-entérologie », 1937; n° 4; p. 311.

Des 62 malades recommandés après un diagnostic clinique de cancer pour une gastroscopie, 17 ont révélé la présence d'un cancer précoce et les 45 autres ont démontré diverses affections telles que des cancers exo-gastriques, de gastrite, de syphilis gastrique ou de divers types d'ulcères, soit du fundus, soit du pylore.

On voit jusqu'à quel point il est important de différencier les lésions du fundus des lésions du segment antro-pylorique. Les lésions du fundus sont déjà très avancées lorsque les premiers signes cliniques apparaissent; au contraire, les signes cliniques des lésions antro-pyloriques peuvent se découvrir beaucoup plus précocement.

Dans la région de la poche à air, on trouvera en général une gastrite du type infiltrant. Dans la région antrale et pylorique, les surfaces demeurent planes, quoique atteintes de lésions ulcéreuses ou végétantes.

Il faut suivre, dans l'endoscopie, une méthode stricte, c'est-à-dire, après introduction, une exploration de la région gastrique haute, du fundus et de l'antre *avec une insufflation légère*, tout en déplaçant, selon les besoins, les épaules du malade.

Le diagnostic de cancer dans la région moyenne de l'estomac est difficile, et c'est souvent le prélèvement d'une pièce et l'examen histologique de la pièce prélevée au point de la gastro-entérostomie qui nous en livrera l'identité.

Mais ailleurs, on apercevra des tubercules inégaux et anarchiques ou une membrane muqueuse blanche, fissurée, cratériforme, voire polypoïde.

L'ulcéro-cancer est quelquefois caché à l'intérieur des gros plis de ses bords.

Au fundus, il faudra, à l'œil, éliminer d'abord la gastrite « neigeuse », la gastrite hyperplasique, la syphilis gastrique et l'ulcus.

L'antre est une région d'un plus grand intérêt, et c'est là aussi que l'opérateur découvrira les lésions précoces du cancer, prenant, règle générale, figure de polypes isolés, de squirrhe ou de linite.

Dans la région pylorique, les lésions de début adoptent le type de végétations en bordure du pylore que les vagues péristaltiques font ballader vers le duodénum, en aller et retour, ou en d'autres cas le pylore acquiert *une rigidité* plus ou moins complète.

Le cancer anémique commence à la région du fundique. Alors, la muqueuse est pâle, crayeuse, délavée et hypermyxique.

Il faut insister sur un dernier point: la gastroscopie aura d'autant plus de valeur que les lésions suspectes, déjà découvertes à un premier examen, seront soumises à des examens endoscopiques répétés. Ainsi obtiendra-t-on la certitude d'une lésion, de son progrès et de sa régression.

Jean LeSAGE.

PHTISIOLOGIE

J. COMBY. — **Tuberculose infantile et érythème noueux.** « Bull. et Mém. de la Soc. Médic. des Hôpitaux de Paris », 5 juillet 1937.

Sur 1832 vérifications anatomo-pathologiques pratiquées chez les enfants, 670 soit 36.50 pour cent montraient des lésions macroscopiques de tuberculose. Par une étude clinique et anatomo-pathologique, on a pu constater que l'hérédité de la tuberculose n'existe pas, alors que la contagion familiale semble être le principal facteur de la tuberculose du premier âge. La voie respiratoire paraît être sa porte d'entrée.

L'adénopathie trachéo-bronchique presque constamment constatée à l'autopsie des enfants semble être le réservoir des bacilles qui à l'occasion, par essaimage, causeront les diverses affections tuberculeuses entre autre la méningite. La tuberculose ganglio-pulmonaire des jeunes enfants évolue plus rapidement que celle des adultes. Certains nourrissons font en quelques semaines des caséifications, des excavations ganglio-pulmonaires. Il en prendra des mois, même des années pour que les mêmes dégâts se produisent chez certains adultes.

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.

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*

Quand vous choisissez le lait en poudre, prescrivez un lait modifié par l'addition de sucre de lait et de graisse de lait homogénéisé

Comprenant le besoin d'un lait de vache convenablement modifié, sous forme de poudre, c'est-à-dire d'un produit contenant les éléments constitutifs du lait dans les proportions appropriées à l'alimentation des enfants en bas âge, mais ne contenant que les éléments constitutifs du lait, Nestlé's Milk Products, Inc., conçurent leur produit connu sous le nom de **Lactogen**, et l'accueil qu'il a reçu de la profession médicale, qui en fait de plus en plus usage, démontrent bien qu'il répond à un besoin important et que sa qualité et sa sûreté ne laissent rien à désirer.

Un lait de vache desséché par pulvérisation en chambre chaude et modifié par l'addition de graisse de lait et de sucre de lait. Le seul produit disponible entièrement fait de **lait** qui, une fois liquéfié, donne une formule approximative du lait de femme en fait de pourcentages de graisse de lait, de protéine de lait, de sucre et de substances minérales (cendre) de lait.

ACCEPTED AMERICAN MEDICAL ASSN. Committee on Foods

Pour matière descriptive et échantillons, veuillez adresser votre formule professionnelle à:

NESTLÉ'S MILK PRODUCTS (Canada), Ltd.
TORONTO — METROPOLITAN BLDG. — CANADA

On trouve facilement des phtisies galopantes, des tuberculoses ulcéro-caséeuses, des tuberculoses caverneuses, chez les nourrissons, dès les premiers mois de la vie.

M. Comby ne méconnaît pas la nature tuberculeuse de l'érythème noueux et affirme que « cet erythème, fièvre éruptive d'origine tuberculeuse, peut-être, guérit toujours sans exposer plus que d'autres fièvres éruptives à une évolution tuberculeuse ». Il garde l'impression que l'érythème noueux n'est pas plus souvent suivi de méningite tuberculeuse que toute autre affection aiguë ou chronique de l'enfance. En conclusion, Comby ne considère pas que l'érythème noueux doit être considéré comme une menace qu'une tuberculose viscérale évoluera à plus ou moins brève échéance. On a dit bien à tort que l'érythème noueux est la preuve d'une infection de tuberculose primaire. Comby rapporte trois cas d'érythème noueux. Dans leurs antécédents on relève des poussées de tuberculose. Ce sont par conséquent trois cas de réinfection ou d'infection secondaire.

Paul-René ARCHAMBAULT.

NEURO-PSYCHIATRIE

J. COMBY. — **La Pyknolepsie.** « Archives de Médecine des Enfants », août 1937.

Dans une revue générale, l'auteur relate qu'il y a eu de nombreux travaux en Allemagne et en Italie concernant le pyknolepsie, mais un nombre restreint en France. Ce serait la maladie des absences psychiques fréquentes se manifestant entre l'âge de quatre à dix ans chez des sujets à hérédité comitiale ou alcoolique. Les cas qui dépasseraient onze ans doivent faire craindre la chronicité ou la transformation en épilepsie. Le début est explosif, il commence par 3 à 10 crises, pouvant par la suite aller jusqu'à 100 accès par jour. La durée est de 6 mois à 9 ans. Bénigne, la pyknolepsie ne présente ni altération du caractère, ni de l'intelligence et guérit complètement. Il en est de même de l'épilepsie infantile dont l'avenir n'est pas aussi défavorable qu'on l'imagine généralement, et, d'après l'auteur, beaucoup de ces enfants guérissent complètement et sans séquelles. La pyknolepsie ne serait donc qu'une forme spéciale de l'épilepsie et non pas un syndrome d'hystérie monosymptomatique.

Alcide PILON.

CHIRURGIE

Emor L. CARTWRIGHT. — **La conduite à tenir dans l'étranglement hémorroïdaire.** « The American Journal of Digestive Diseases and Nutrition », IV, n° 7, sept. 1937.

La question du traitement de l'étranglement hémorroïdaire est toujours d'actualité, car il y a une vive controverse entre les partisans de la méthode radicale et ceux de la thérapeutique conservatrice.

L'intention de l'auteur est de nous faire voir les avantages du traitement non retardé.

Il définit d'abord l'étranglement hémorroïdaire, où il y a thrombose des artères, des veines et des capillaires.

Il signale ensuite l'erreur commune qui veut que l'étranglement soit dû au sphincter anal et en tient au contraire pour la théorie du traumatisme (selles dures ou diarrhée profuse), causant une déchirure de la muqueuse avec thrombose.

Se basant sur cette étiologie, il croit logique d'opérer le plus tôt possible. Il ne pense d'ailleurs pas que le danger d'embolie en soit plus grand, et il ne redoute pas non plus ni l'abcès hépatique, ni la sténose consécutive.

L'A. a adressé, au sujet du travail traité, un questionnaire aux membres de l'*American Proctologic Society* et il a reçu 116 réponses.

76 opèrent tôt dans l'étranglement hémorroïdaire, 38 attendent; 2 n'ont pas de politique définie.

Sur les 76 interventionnistes, 8 seulement se servent de la pince et du cautère.

L'anesthésie a une grande importance. 18 se servent de la locale, la grande majorité, de la régionale et rachidienne, quelques-uns de l'anesthésie générale.

De ses observations personnelles et du résultat de son questionnaire, l'A. conclut à la nécessité d'opérer rapidement les cas d'étranglement hémorroïdaire.

Edouard DESJARDINS.

GYNÉCOLOGIE

ROOB. — **Diagnostic et diagnostic différentiel de la grossesse par injection intraveineuse d'extrait hypophysaire postérieure.** « Gyné. et Obsté. », tome 21, n° 3.

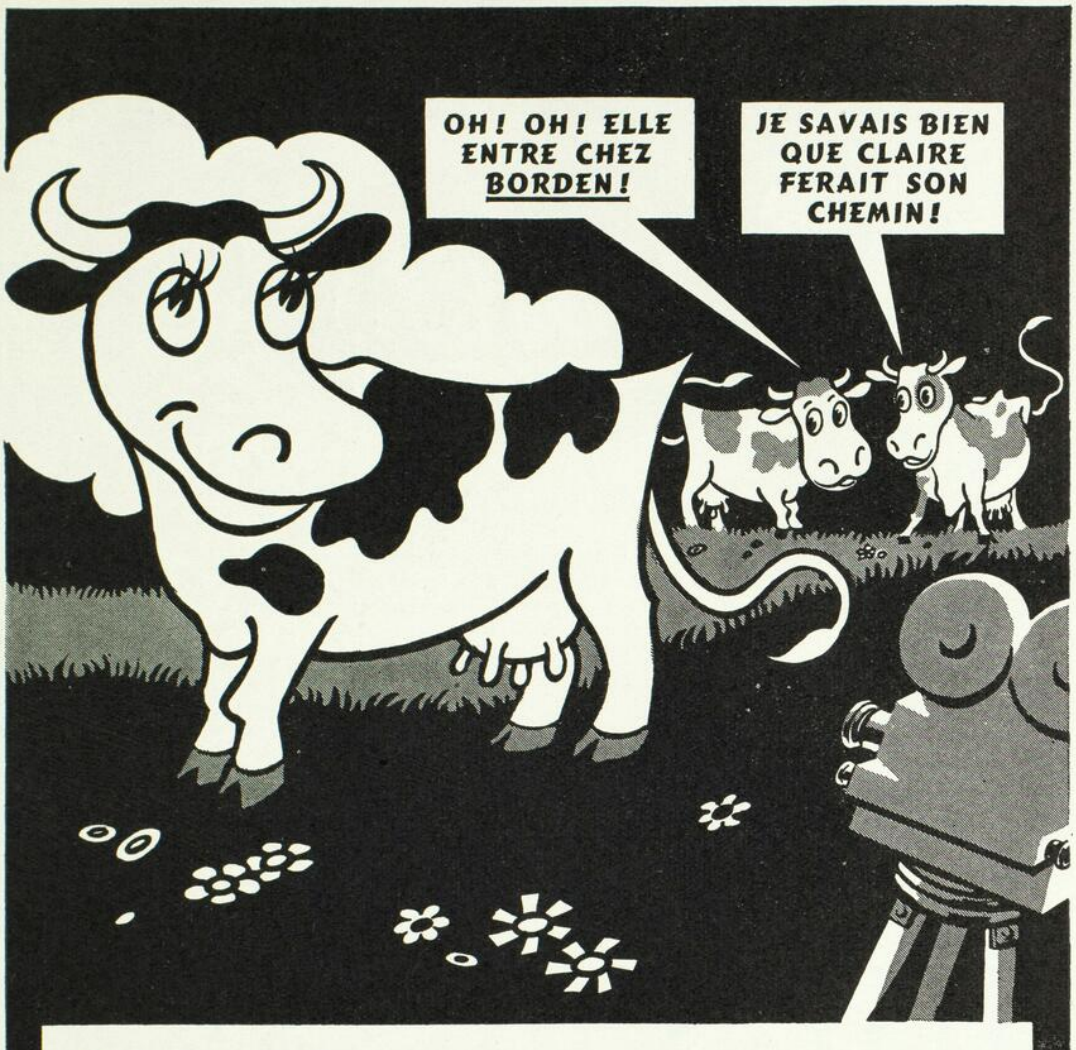
Le diagnostic clinique de la grossesse, dans sa première moitié, présente dans certains cas des difficultés considérables. Le diagnostic différentiel d'une grossesse intra-utérine avec une extra-utérine, d'une rétroflexion de l'utérus gravide avec une hématocèle rétro-utérine, d'un fibrome sous-muqueux ramolli avec une grossesse est souvent ardu et même impossible.

Toutes les méthodes de diagnostic employées ne permettent pas le diagnostic différentiel.

Un signe capital de la présence d'un œuf dans la matrice à partir des premières semaines jusqu'à l'époque où le fœtus se révèle lui-même, est le changement de consistance, la contraction très forte de l'utérus gravide qui permet de le délimiter facilement.

Ce changement de consistance peut être provoqué avec une grande intensité par l'injection intraveineuse de 0.5 cm. d'extrait de lobe postérieure de l'hypophyse. Vingt à quarante secondes après l'injection, l'utérus gravide devient fortement contracté (dureté ligneuse). L'effet a une durée de 2 à 3 minutes.

R. cite plusieurs observations toutes concluantes. — Toutes les matrices gravides ont réagi à l'injection par un changement de consistance allant jusqu'à la dureté ligneuse, permettant de localiser et différencier exactement



SANS BLAGUER — les vaches dont le lait est destiné à Borden doivent être parfaites à tous les points de vue. Leur santé est doublement sauvegardée par un service de vétérinaires et d'inspecteurs. Le lait qu'elles fournissent est soigneusement surveillé pour sa fraîcheur et sa propreté.

Ce sont ces petits détails qui assurent une valeur nutritive uniforme dans chaque boîte de Lait Borden's St. Charles Evaporé et Irradié.

Les Médecins écrivent "BORDEN'S" sur les formules de lait évaporé lorsqu'ils veulent s'assurer que les mères emploieront une marque de lait qu'ils approuvent. Le Lait Evaporé Borden's a été accepté en 1930 par le Comité de l'Association Médicale Américaine sur les Aliments.

Si vous ne connaissez pas le Lait Borden's St. Charles Evaporé, 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

l'utérus gravide d'avec les tumeurs. Les matrices non gravides n'ont réagi que très peu; la dureté ligneuse caractéristique ne s'est jamais produite.

Aucun accident de choc n'a été observé. L'avortement peut-il être provoqué par l'injection d'hypophyse postérieure, dans les premières semaines de la grossesse? Les expériences et les tentatives criminelles prouvent le contraire.

Dans les cas de diagnostic difficile, cette méthode est appelée à rendre de grands services. Son application est facile, ne présente aucun risque et permet un diagnostic rapide.

Raymond SIMARD.

Ch. LENORMANT et P. DREYFUS. — **Opération de Bouilly.** « Gyné. et Obsté. », tome XXIV, n° 1.

Cette opération leur a donné les meilleurs résultats dans beaucoup de prolapsus.

1. Elle consiste en une colpectomie antérieure, agissant sur la cystocèle qui joue le rôle capital dans la production du prolapsus. Elle supprime la partie exubérante de la paroi vaginale antérieure, crée une sangle solide, attire et fixe en avant le col.

2. L'amputation du col, qui en combat l'hypertrophie accompagnant et aggravant souvent le prolapsus.

3. La colpo-périnéorraphie postérieure qui s'oppose à la rectocèle et reconstitue le corps périnéal.

Indications opératoires. Les grands prolapsus surtout quand il y a altérations du col.

Technique.

1. Curettage utérin.

2. Résection du lambeau vaginal antérieur. C'est une colpectomie et non un avivement. Il doit être étendu jusqu'à appliquer le col contre la symphyse, au-dessous de l'urètre. Lambeau trapézoïde, refoulement complet de la vessie et section transversale du lambeau vaginal à sa base.

3. Amputation du col. Fendu en deux valves par deux incisions latérales. Puis hémostase des cervico-vaginales qui sont ligaturées de chaque côté avant l'amputation. Abattage de la valve antérieure du col et suture de la tranche vaginale de la colpectomie antérieure à la tranche du col. Enfin ablation de la valve postérieure après avoir sectionné le vagin dans la demi-circonférence du col et l'avoir décollé de celui-ci, jusqu'à l'isthme: suture de la tranche vaginale postérieure à la demi-circonférence du col.

4. Colpo-périnéorraphie postérieure.

Résultats éloignés. Toutes les opérées revues après échéance tardive, ne présentaient aucune récidive.

Raymond SIMARD.

DERMATOLOGIE

AYRES et al. — **Furoncle et Anthrax.** « Journ. Am. Med. Ass. », 13 mars 1937.

Dans des affections aussi courantes que les furoncles et les anthrax il a paru surprenant à l'A. que les traitements soient si différents parmi les médecins.

Pour confirmer son impression il envoya un questionnaire sur le traitement employé dans les furoncles de la face et les anthrax.

Un groupe composé surtout de chirurgiens emploie les méthodes radicales, l'incision cruciale ou l'incision au moyen du cautère.

Beaucoup d'autres par contre, y compris les dermatologistes, préfèrent la radiothéraphie, les vaccins, les bactériophages et des applications locales.

Les auteurs emploient ces dernières méthodes qui donnent selon la statistique recueillie des résultats plus esthétiques et des guérisons plus rapides.

Maurice FERRON.

JEGHERS et ROBINSON. — **L'arthrite psoriasique.** Dans « Journ. Am. Méd. Ass. », 20 mars 1937.

Le cas suivant est intéressant à plus d'un point:

Un patient âgé de 54 ans entre à l'hôpital pour des troubles articulaires évoluant depuis 2 mois. Les genoux, les coudes, les poignets et les doigts sont œdématiés, douloureux. Il présente en même temps une éruption de psoriasis dont les premières atteintes remontent à 20 ans mais qui s'est étendue depuis quelques mois.

Pendant 6 semaines sans s'occuper des lésions de la peau on essaye les traitements ordinaires des arthrites sans obtenir de succès.

Devant ce résultat on porte le diagnostic d'arthrite psoriasique et il fut décidé de traiter les lésions cutanées seulement.

Dès que celles-ci furent améliorées les articulations prirent du mieux et tout disparut après un mois et demi.

Le rhumatisme psoriasique survient d'ordinaire rapidement après une aggravation des lésions cutanées. Il peut atteindre des petites et des grosses articulations et ressembler à l'arthrite rhumatoïde et à l'ostéo-arthrite.

L'évolution peut se compter en semaines, en mois ou en années. Les troubles disparaissent peu après les lésions cutanées mais peuvent revenir lors de poussées successives.

Le traitement doit donc être dirigé contre les plaques cutanées avec des résultats assez constants.

Maurice FERRON.

Il n'est pas nécessaire de voir l'homme assis près du cendrier. Vous connaissez l'individu: gérant de ventes ou chef de promotion nerveux. Jour après jour en quête de nouvelles affaires; il se précipite, arpente le plancher, s'en va tambour battant. Consciemment, il souffre de maux de tête, lourds, à rendre fou. Vous conseillez le repos, une relâche dans ses activités. Qu'est-ce qui pourrait soulager ses maux de tête, demande-t-il?

Sincèrement, nous conseillons « Bromo-Seltzer ». Son double effet synergique procure le maximum de soulagement avec une dose minima. « Bromo-Seltzer » stimule aussi les centres supérieurs. Le citrate donne la saveur gazeuse et l'alcalinisation pour combattre l'hyperacidité gastrique.

Vous pouvez recommander « Bromo-Seltzer » avec confiance à cause de son efficacité à enrayer sûrement toute douleur d'origine nerveuse.

Échantillons et littérature envoyés sur demande.

BROMO-SELTZER LTD.
TORONTO, CANADA

Préparez-vous à l'hiver avec cette riche source de VITAMINES A et D.

Avec l'approche de l'hiver s'accroît le besoin d'une source supplémentaire de Vitamines A et D. Pour résoudre les problèmes du dosage adéquat, de la commodité et de l'économie, plusieurs médecins prescrivent Navitol à leurs patients.
Navitol est un mélange d'huiles de foie de poissons spécialement choisies, raffinées — égal en Vitamines A et D à l'huile de foie de flétan avec viostérol — coûte cependant 40% de moins. Chaque gramme fournit 55,000 unités de Vitamine naturelle A et 10,000 unités de Vitamine naturelle D (unités internationales).

Une dose prophylactique quotidienne moyenne de dix gouttes (ou d'une capsule de 3 minim.) fournit 9,400 unités de Vitamine A et 1,700 unités de Vitamine D (unités internationales). Achetée dans la bouteille de 50 c.c., avec compte-gouttes, cette dose coûte moins d'un cent par jour.

On peut se procurer Navitol en bouteilles de 5 c.c. et de 50 c.c., avec compte-gouttes, ainsi qu'en boîtes de 25, 100 et de 250 capsules de gélatine soluble.

Pour imprimés, écrire au Professional Service Department, 36 Caledonia Road, Toronto.

Prescrivez

NAVITOL

l'Huile SQUIBB contenant des **Vitamines Naturelles**

E·R·SQUIBB & SONS OF CANADA, Ltd.

Fabricants de produits chimiques pour le Corps Médical depuis 1858.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Procès verbal de la sixième séance

Tenue le 10 mai 1937, à l'hôpital du Sacré-Coeur

Président: M. Albéric MARIN.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

1. Pneumothorax compressif. — M. Ls VERSCHELDEN.

Le rapporteur présente l'histoire d'une malade atteinte de tuberculose à forme ulcéro-caséeuse avec tous les signes classiques. Après 6 mois de repos, un pneumothorax artificiel est institué, mais on remarque une adhérence qui retient le lobe supérieur (poumon droit). Les insufflations sont continuées pendant 2 ans, avec persistance de la bride, l'expectoration restant bacillifère. On décide alors de pratiquer un Jacobeus. 6 mois après: un épanchement bénin qui rétrocède peu à peu, et au bout de 4 ans le retour à la santé paraît complet.

Quel est l'avenir de ce pneumothorax? Doit-on le continuer? D'après Burnand, la durée moyenne d'un pneumo compressif doit être d'environ de 4 ans; mais Rist est plutôt d'opinion qu'une compression trop prolongée présente plus d'inconvénients que d'avantages, parce qu'au cours de ce temps la plèvre et les poumons subissent des modifications qui nuiront plus tard à leur fonctionnement.

2. Varices de l'oesophage. — M. Y. LAURIER.

Elles constituent une des complications des maladies du foie, et notamment des cirrhoses. Symptômes: dysphagie, rarement des douleurs, et surtout des hémorragies. Le sang est plutôt noir, liquide, tombe parfois dans l'estomac et dans l'intestin: hémorragies intestinales. Le diagnostic avec l'hématémèse est difficile, et il n'est guère possible qu'au moyen de l'œsophagoscopie. Traitement: repos absolu, abstention de tout aliment par la bouche; hémostatiques, opiacés, petites transfusions répétées.

En discussion: M. COMTOIS demande s'il y avait d'autres varices ailleurs et s'il y avait un spasme de l'œsophage. R. — Non, dans les deux cas, l'état général antérieur était très bon; l'hématémèse fut le seul et le premier signe de l'affection.

3. Abcès pulmonaire et pulmothorax.

MM. DESHAIES et G. ROLLAND.

Il y a 20 ans, les abcès pulmonaires étaient à peu près méconnus; on faisait davantage le diagnostic de pleurésies purulentes. Il s'agit ici d'abcès aigus putrides: broncho-pneumonie nécrosante (Archibald), l'obstruction se faisant dans la bronchiole, d'habitude près du cortex, avec formation d'adhérences et épaississement de la plèvre; ce sont des abcès primitifs, et non des complications de pneumonies ou de broncho-pneumonies. Les dangers sont la perforation pleurale et pyopneumothorax secondaire, obstruction bronchique par rétention de pus. M. Deshaies cite un cas d'abcès avec vomique, image hydro-aérique, etc., guéri par résection costale, ponction et évidement de l'abcès. Le pneumothorax artificiel est indiqué et peut être utile dans les abcès centraux, simples et non putrides.

En discussion: M. C. BERTRAND convient que le pneumothorax n'est pas la méthode de choix; il recommande la pneumotomie, et même la pneumectomie.

4. Diagnostic étiologique de la sciatique. — M. J.-E. SAMSON.

Existe-t-il vraiment une sciatique idiopathique? Le rapporteur cite les causes générales: infections, intoxications, diathèses, et locales: la compression. Les erreurs de diagnostic sont nombreuses; témoins, deux cas qu'il rapporte: le premier, celui d'un médecin, pris subitement d'une douleur dans la cuisse, pense à la sciatique et se traite comme tel; c'était une arthrite sacro-iliaque, qui fut guérie par l'arthrodèse avec greffe; le second: une arthrite apophysaire lombo-sacrée prise pour une sciatique, et guérie par la greffe. Autres causes de sciatique: lombalisations, sacralisations, spondylolisthésis, apophysites, fractures d'apophyses, cancer du bassin, etc. Et, M. Samson conclut: en présence d'un syndrome douloureux à caractère sciatique, on doit penser aux causes mécaniques avant d'affirmer la nature idiopathique du mal. Et il ajoute: il n'y a pas plus de sciatique idiopathique qu'il y a d'épilepsie essentielle.

5. Cancer pulmonaire. — M. G. MIGNEAULT.

Les cancers primitifs du poumon originent dans les bronches. Les cancers métastatiques envahissent la plèvre et les ganglions. Les signes au début se résument à peu de chose: toux coqueluchoïde, expectoration couleur de fraise, signes de compression. Il existe des cancers pulmonaires suppurés qui font penser à des abcès. M. Migneault insiste sur la nécessité d'un diagnostic précoce; il rappelle que chez tout sujet de 40 ans atteint de pneumopathie qui n'a pas fait sa preuve, il faut penser au cancer; et il insiste sur le caractère de polymorphisme de cette affection.

En discussion: M. Y. LAURIER remarque l'absence très fréquente de cellules cancéreuses dans les expectorations et les liquides de ponction; il note aussi que les rayons X ont donné quelques résultats dans les sarcomes du poumon.

Pour assurer un

sommeil

paisible et reposant:

"ELIXIR-MÉDINAL"

Délicieux à prendre

Schering

EMPAQUETAGE UNIFORME

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

SCHERING (CANADA) LTD. (Case postale 358, Place d'Armes), MONTRÉAL

(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.

6. Un sujet clinique. — M. E. MATHIEU.

Il s'agit d'un cas d'invagination intestinale aiguë: un enfant de 8 mois devient subitement très agité, gémit puis se met à crier de plus en plus fort; pouls à 140; le ventre est souple, mais on note la présence de sang dans les selles. L'intervention montre une invagination intestinale iléo-cæcale. On doit penser à cette éventualité chaque fois qu'il y a émission de sang par l'anus (entre 6 et 8 heures après le début de la crise). Le pronostic est mauvais si l'on n'intervient qu'après la 20e heure.

Aucune affaire nouvelle n'étant au programme, la séance est levée à 11 h.

Le président:
Origène DUFRESNE.

Secrétaire:
G.-A. SEGUIN.

Procès verbal de la septième séance

Tenue à l'Université, le 18 juin 1937.

Président: M. Origène DUFESNE.

CONFERENCE

La radiothérapie des cancers à l'Institut du radium de Paris.

M. Antoine LACASSAGNE,
directeur-adjoint de l'Institut du Radium de Paris.

L'action du radium et des rayons X varie essentiellement suivant la radiosensibilité des tissus. Les cancers les plus radiosensibles sont:

1° Les cancers d'origine sanguine (lymphatique ou myélogène); 2° les cancers gonocytaires; ceux des glandes endocrines; 3° les cancers des revêtements pavimenteux ou de leurs dérivés (glandulaires, pilo-sébacés); 4° les cancers des revêtements cylindriques et de leurs dérivés; 5° les cancers des tissus de soutien; 6° les cancers des tissus musculaires et nerveux. A cause de leur grande radiosensibilité les cancers des trois premières variétés sont guérissables par les radiations, les deux suivants le sont beaucoup moins; quant aux derniers, on peut dire qu'ils sont à peu près incurables.

La biopsie est presque une nécessité dans la radiothérapie des cancers; cependant, il faut envisager les dangers qu'elle présente, v. g. dans le cas de cancers ulcérés et profonds. C'est la biopsie qui apprend s'il faut préférer la radiothérapie à l'opération, et vice versa. La radiosensibilité est difficile à apprécier, elle change suivant le siège de la tumeur même dans le cas

de deux cancers histologiquement identiques. Une telle différence dépend des tissus environnants.

Reste à savoir à quel genre de radiothérapie on doit avoir recours. Le radium, dans les cancers interstitiels et intracavitaires; le radium, ou les rayons X dans les cancers externes; la télécuriethérapie (le plus loin possible de la peau).

Les plus fréquents et les plus radiosensibles des cancers sont les cancers des revêtements pavimenteux et leurs dérivés: *a*) les cancers de l'épiderme et leurs dérivés; *b*) les cancers des revêtements de la cavité buccale; *c*) les cancers des voies aéro-digestives supérieures; *d*) le cancer du col utérin.

Les cancers de l'épiderme et leurs dérivés sont les plus bénins, ils évoluent très lentement; leur diagnostic précoce est facile. Leur évolution et leur propagation diffèrent suivant qu'ils siègent aux glandes pilo-sébacées, à l'épiderme (spino-cellulaires), au mamelon (danger de métastase).

Les cancers des revêtements de la cavité buccale ne ressortissent plus autant de la chirurgie, ceux de l'amygdale étant tout particulièrement sensibles aux radiations. Ceux du plancher de la bouche et de la partie postérieure de la langue sont d'un diagnostic tardif à cause de leur localisation; leur accès est gêné par le voisinage des maxillaires et des dents. Le cancer du dos de la langue et de la face interne des joues est le moins radiosensible, mais son accès facile permet un rayonnement très rapproché.

Au larynx, la radiosensibilité est bonne, mais il y a danger de nécrose de la partie ostéo-cartilagineuse. Les résultats sont presque nuls dans le cancer de l'œsophage parce que la tumeur est profondément située, le canal mince, et que le diagnostic est le plus souvent tardif.

Le cancer du col utérin est presque exclusivement guérissable par les radiations, et elles se révèlent de la plus grande utilité dans les cas inopérables. L'accès est facile, l'organe a peu d'importance, et il est possible de donner des doses maxima (radium par voie intracavitaire et rayons X en dehors).

Conclusions: Il faut se garder de prôner l'efficacité de la radiothérapie, mais on ne doit pas non plus penser que c'est une faillite. La guérison du cancer présente de grandes difficultés, et il est important avant tout de poser les premières indications du traitement, car c'est le premier traitement qui compte. En somme, c'est le concours indispensable de trois hommes qui fera foi de tout: l'anatomo-pathologiste, le radiothérapeute et le chirurgien.

Aucune autre affaire nouvelle n'était au programme, la séance est levée à 11 heures.

Le Présindent:
Albéric MARIN.

Le secrétaire:
G.-A. SEGUIN.

RECONSTITUANT.

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

Néobovinine

avec Malt et Fer

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

Extraits de Foie d'une efficacité antianémique remarquable.

Fer sous ses formes organique et inorganique.

Extrait de Malt riche en hydrates de carbone très assimilables.

Vitamines B_1 et B_2 en quantité généreuse, qui stimulent l'appétit et contribuent au bon état de santé.

ÉCHANTILLONS GRATIS SUR DEMANDE

JOHN WYETH & BROTHER INC.
2109, Ottawa St., Walkerville, Ont.

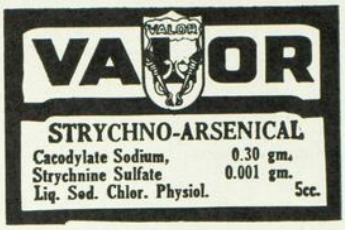
Veuillez m'adresser gratis un échantillon de Néobovinine avec Malt et Fer pour essai clinique.

Adresse .....

Docteur .....

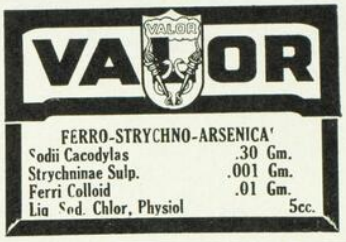
Cité ..... Province .....

3 ASSOCIATIONS STRYCHNIQUES INDOLORES



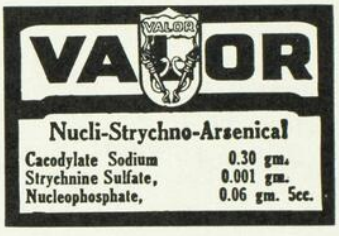
ARSENIC

à dose massive.



FER

sous une forme assimilable



ACIDE NUCLEINIQUE

médication phosphorée intense.

USINES CHIMIQUES DU CANADA, Inc., 1338, Lagauchetière Est, Montréal

SUPPLÉMENT

MANDELATE D'AMONIUM SQUIBB
(MANDAM)

Le Mandelate d'Amonium Squibb (Mandam) est un nouvel antiseptique urinaire très efficace per os pour le traitement des cystites, pyélites, aiguës ou chroniques, ou autres infections des voies génito-urinaires. Il est fabriqué sous forme de comprimés. C'et le premier produit de ce genre et sous cette forme — les autres préparations d'acide mandelique ne se trouvent qu'en elixirs ou sirops.

Sous forme de comprimés, le Mandelate d'Amonium Squibb est simple, agréable, efficace et facile à administrer. Les comprimés sont insipides et ne sont pas affectés par l'humidité (à moins d'être exposés à l'air pour un assez long temps).

Le Mandelate d'Amonium Squibb (Mandam) est fabriqué en comprimés de 7½ gr. (0.5 gr.) chacun; en flacons de 200 et 1000; aussi en comprimés de 3¾ gr. (0.25 gr.) chacun; spécialement désignés pour les nourrissons et les enfants, en flacons de 100 et 500. Une provision de douze jours de papier à épreuve Nitrazine et un tableau en couleur sont fournis avec chaque flacon de 100 et 200 comprimés pour faciliter les épreuves de l'acidité urinaire.

(Mandam et Nitrazine sont les marques de commerce de E. R. SQUIBB & SONS of Canada, Ltd.)

Procès verbal de la huitième séance — 3 sept. 1937.

Président: M. Louis VERSCHELDEN.

CONFERENCE.

La sériescopie, moyen d'étude et de repérage des lésions pleuro-pulmonaires.

M. Paul COTTENOT, électroradiologiste de l'hôpital Broussais.

Le repérage précis des lésions de la plèvre et du poumon en vue d'une intervention chirurgicale se heurte souvent à des difficultés considérables à cause de la quasi-impossibilité que l'on éprouvait jusqu'ici de situer exactement la lésion (abcès, caverne, tumeur, projectile, etc.), et d'en déterminer la profondeur. La radiographie thoracique, en effet, donne des ombres complexes, qui sont la superposition des images multiples des différents plans thoraciques; d'autre part, des renseignements inconstants sont trop souvent fournis par la seule confrontation de deux clichés pris l'un en face, l'autre de profil.

Un procédé nouveau, dû au médecin hollandais Ziedses des Plantes, obvie à ces inconvénients. C'est la sériescopie. Elle consiste à regarder, superposées sur un même négatoscope, une série de stéréoradiographies (au nombre de 4) et à les faire glisser synchroniquement les unes sur les autres dans la direction où a été décalée l'ampoule pour la prise de la stéréoradiographie. On met ainsi en évidence des points appartenant à des plans de plus en plus éloignés de la plaque. Et grâce à un appareil inventé par le rapporteur lui-même, le sélecteur cardio-respiratoire, il est possible de prendre successivement ces quatre radiographies exactement au moment même de la respiration, condition indispensable à l'obtention de bons résultats.

Cette méthode donne des renseignements précieux en vue d'une intervention; elle permet d'explorer tout le thorax en profondeur, plan par plan, de déterminer ainsi la forme, la situation, la profondeur d'une lésion, de mettre en évidence des cavités noyées dans un bloc de condensation, afin de mesurer, avec une précision remarquable, la distance qui sépare par exemple un foyer d'abcès des parois thoraciques. Elle permet aussi de trouver la meilleure voie d'accès conduisant tout droit à la lésion, quelle qu'elle soit.

En effet, le négatoscope, sur lequel on fait glisser les films, a été étalonné de telle sorte que, à mesure que se déroulent devant les yeux les images des différents plans thoraciques, une aiguille, se déplaçant sur un cadran, indique à chaque instant en centimètres la profondeur du plan examiné.

Le conférencier montre un film dans lequel les images de diverses lésions pulmonaires se font de plus en plus claires et précises au fur et à mesure qu'elles se rapprochent des parois thoraciques, antérieures ou postérieures, dont elles sont le plus rapprochées.

Invité à prendre la parole, M. Lardennois, chirurgien des Hôpitaux de Paris, considère comme une grande invention ce procédé de la sériescopie tel que perfectionné par M. Cottenot. La technique est simple, l'appareil relativement peu coûteux, les résultats constants, bref, un aide inestimable au chirurgien, tant pour répérer la voie d'accès à la lésion que pour en estimer la profondeur.

Le secrétaire: G.-A. SEGUIN.

Le Président: Louis VERSCHELDEN.

LIVRES NOUVEAUX

LIVRES REÇUS EN SEPTEMBRE

Traité de chirurgie orthopédique, tome 4. Par L. OMBREDANNE et P. MATHIEU. Volumes 1, 2, 3 et 5 reçus précédemment.

Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) sur les maladies infectieuses. Par A. LEMIERRE. Volume de 76 pages. En vente chez Masson et Cie, éditeurs, 120 boulevard St-Germain, Paris. 24 francs.

Les immunités locales. Par A. BESREDKA. Volume de 224 pages. En vente chez Masson et Cie, 120 boulevard St-Germain, Paris. 35 francs.

Physiologie du système lymphatique. Par H. ROUVIERE et G. VALETTE. Volume de 156 pages, en vente chez Masson et Cie, 120 boulevard St-Germain, Paris. 45 francs.

Endocrinologie clinique, thérapeutique et expérimentale. Par P. SAINTON, H. SIMONNET et L. BROUHA. Volume de 834 pages. Masson et Cie, Paris. 130 francs.

Les rhumatismes de l'épaule. Par Robert MERKLEN. Volume de 200 pages. En vente chez Gaston Doin et Cie, éditeurs, à Paris. 30 francs.

Les régulations hormonales en biologie, en clinique et en thérapeutique. Volume de 850 pages. En vente chez J. B. Baillière et Fils, 19 rue Hautefeuille, Paris. France.

La tuberculose. Par A. JOUSSET. Volume de 141 pages. En vente chez G. Doin et Cie, Paris. Prix: 15 francs.

Thérapeutique biologique. Par Gaston LYON. Volume de 650 pages. En vente chez G. Doin et Cie, éditeurs, Paris. Prix: 80 francs.

L'homéopathie sans mystère. Par le Dr Louis BERCHER. Volume de 120 pages. En vente chez Gaston Doin et Cie, 8, Place de l'Odéon, Paris. Prix: 32 francs.

Tuberculose du tube digestif. Par André CADE, Paul SANTY et Jean HEITZ. Volume de 410 p. avec 23 figures. En vente à la Librairie Gaston Doin, 8, Place de l'Odéon, Paris. 85 francs.

Séméiologie radiographique pulmonaire. Par Jacques STEPHANI. Volume de 120 p. En vente chez Gaston Doin, 8, Place de l'Odéon, Paris. 36 francs.

Les médications dermatologiques. Par Georges LEVY, avec la collaboration de Paul CHERAMY. Volume de 240 p. En vente chez G. Doin, 8, Place de l'Odéon, Paris. 45 francs.

Urgences de chirurgie. Par Louis DAMBRIN. Volume de 140 p. En vente chez G. Doin, 8, Place de l'Odéon, Paris. 37 francs.

Précis de phtisiologie. Par Albert GIRAUD et F. CARDIS. Volume de 490 p. En vente chez G. Doin, 8, Place de l'Odéon, Paris. 100 francs.

Les sérums de convalescents. Par A. STILLMUNKES. Volume de 170 p. En vente chez G. Doin, 8, Place de l'Odéon, Paris. 32 francs.

NOUVELLES

Cinquantième anniversaire de pratique de la médecine
Le Dr L.-J.-O. SIROIS,
de Saint-Ferdinand d'Halifax.

Les membres de la Société Médicale du district d'Arthabaska ont célébré le mois dernier le cinquantième anniversaire de pratique de la médecine de notre très distingué confrère, le Dr Sirois, de Saint-Ferdinand d'Halifax.

Ses confrères lui ont offert un banquet, présidé par le Dr A.-J. Boisvert, de Plessisville, auquel assistaient son fils, le Dr Alexandre Sirois, de Thetford Mines, les Drs Langlais, de Trois-Pistoles, et Pagé, d'Iberville, les deux seuls confrères d'études du héros de la fête.

Le président du Collège des Médecins et Chirurgiens y était représenté par le Dr Vézina, professeur à l'Université Laval de Québec.

Cette nouvelle mérite un peu plus qu'une simple mention. Depuis 40 ans bientôt nous connaissions le Dr Sirois. Non seulement il fut un praticien habile et très répandu, mais il a été très actif et très écouté dans toutes les questions d'intérêts professionnels. Longtemps il a combattu par la plume et par la parole dans les réunions professionnelles pour le maintien de nos droits et privilèges au point de vue canadien-français. Il a lutté avec énergie et succès contre tous les empiétements du charlatanisme. Le bill Roddick a été une autre mesure dangereuse pour nos Universités, il y a plus de 25 ans. Lorsque ce bill fut publié à Ottawa il en fut un des adversaires les plus actifs et les plus acerbes. Son énergie, son habileté et sa ténacité contribuèrent très largement au renvoi de cette mesure telle qu'elle fut proposée d'abord. La profession médicale canadienne-française, éclairée par ses nombreuses publications, résolut de se grouper derrière les leaders de ce temps-là. Le Dr Sirois était un des principaux parmi eux. Enfin, il contribua aussi par sa franchise et son désintéressement à la refonte des Statuts dans lesquels on stipulait que le nombre des Gouverneurs devait être réduit d'une façon raisonnable et équitable afin d'alléger le budget du Collège sans en diminuer le prestige et l'influence.

Tels sont les principaux événements, entre autres, auxquels a pris part le Dr Sirois. Ajoutons pour terminer que la dignité de sa vie

professionnelle privée a servi d'exemple à tous ceux qui l'ont connu. Lorsqu'un médecin a pratiqué toute sa vie dans un district rural, animé d'un tel esprit public, il mérite qu'on le salue à la fin de sa carrière.

L'Union Médicale du Canada se joint donc à tous ses collègues et à ses confrères et lui adresse ses félicitations et ses souhaits de longévité.

La Direction.

SOUPER INTIME

L'*Union des Praticiens* de Montréal donne un souper intime en l'honneur du Dr Sylvio Lafortune, nouveau gouverneur de la prison de Montréal, pour le mercredi 20 octobre prochain, à 8 h. 30 p. m., au Club Canadien, 438 est, rue Sherbrooke, Montréal. Le prix du billet est de 1.00. Tenue de ville.

Il n'y aura, strictement, que des médecins invités et il y sera discuté des problèmes de haute portée médicale. On espère que l'honorable ministre de la Santé, M. le Dr Albini Paquette, sera présent à cette réunion.

Tous les médecins sont cordialement invités à y participer.

On se procure des billets en s'adressant aux présidents des sociétés médicales de la ville ou aux directeurs médicaux des hôpitaux.

(Communiqué)

CONDOLEANCES

L'un de nos plus dévoués collaborateurs, le Prof. Gaston Lapierre, a été douloureusement éprouvé par la mort de sa belle-mère, Mme Martineau. Nous prions Mme Lapierre et le Docteur d'agréer les condoléances sincères de toute la grande famille des lecteurs de *l'Union Médicale du Canada*.

La Rédaction.

FELICITATIONS

Le Dr Roma Amyot a épousé Mlle Paradis, au cours du mois dernier. Nos plus sincères félicitations à notre infatigable rédacteur et à Mme Amyot.

La Rédaction.

BOURSE D'ETUDES

Le Dr Jean Lacerte, de Québec, spécialiste pour les maladies des yeux, du nez et des oreilles, vient d'obtenir du gouvernement une bourse qui lui permettra de poursuivre des études médicales spéciales en France et en Autriche. Le nouveau boursier est le fils du Dr et de Mme Eugène Lacerte, de Thetford-Mines. Nos félicitations à l'heureux et digne récipiendaire.

TRAITEMENT EFFICACE DE LA

COQUELUCHE

ET DE SES COMPLICATIONS PAR

L'AMPHO-QUINTIVACCIN

Par c.c. : Le Lysat de 1 milliard de corps microbiens et 1 milliard de bactéries entières stérilisées et stabilisées.

Traitement Per Os

-- ACTIF et COMMODE --

LABORATOIRES DES AMPHO-VACCINS

A. D. RONCHESE

Agents Généraux

MILLET, ROUX & Cie, Limitée

1215, Rue Saint-Denis - Montréal

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

GELOTANIN •

MÉDICATION ANTIDIARRHÉIQUE

Indications: TOUS LES CAS DE DIARRHÉES

Particulièrement recommandé dans les { DIARRHÉES DES TUBERCULEUX / DIARRHÉES DES NOURRISSONS

Présenté en cachets de 0.50 pour adultes
paquets de 0.25 pour enfants et nourrissons.

•

LABORATOIRES E. CHOAY, 48, rue Théophile-Gautier, Paris

•

Agents exclusifs: HERDT & CHARTON, Inc., Montréal.

Echantillons et littérature sur demande.

BIBLIOGRAPHIE

Précis de Médecine coloniale (deuxième édition refondue). Par Ch. JOYEUX, professeur de Parasitologie à la Faculté de Médecine de Marseille, ex-médecin colonial, et A. SICE, professeur à l'Ecole d'application du corps de Santé colonial de Marseille. Un volume de 1,250 pages avec 240 figures (collection des Précis Médicaux). Broché: 140 francs; cartonné toile: 170 francs. Masson et Cie, éditeurs, libraires de l'Académie de Médecine, 120 blvd Saint-Germain, Paris.

Ce précis est destiné au médecin exerçant dans les pays chauds, au jeune praticien colonial, à l'étudiant. L'auteur y envisage les maladies communes des pays chauds, rares ou inconnues en France. Quant aux affections cosmopolites, il indique quelques particularités de leur évolution sous les tropiques.

Les maladies coloniales sont envisagées de la façon suivante: celle des appareils (première partie); les affections fébriles (deuxième partie); enfin les maladies générales (troisième partie). Cette classification peut-être plus empirique que nosologique, a l'avantage de rendre le livre facile à consulter. Le même plan est suivi pour la description de chaque affection: définition historique, répartition géographique, épidémiologie (agents pathogènes et modalités épidémiologiques), symptomatologie, marche de la maladie, complications, pathogénie, anatomie pathologique, diagnostic, pronostic, traitement, prophylaxie. On appréciera la part importante qui est faite aux questions d'épidémiologie et de prophylaxie.

Des références bibliographiques suffisantes sont indiquées. En raison des progrès accomplis dans la pathologie exotique, au cours de ces dernières années cette édition comprend des additions assez considérables. Le nombre des figures a été aussi augmenté.

On voit l'intérêt que présente cet ouvrage pour la médecine coloniale, pour l'administration, pour les grandes entreprises privées ou publiques.

Maladies des femmes enceintes. Par Henri VIGNES, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Accoucheur des Hôpitaux de Paris. III. Affections de la peau. Avec la collaboration de F. HANOUN et G. VIAL. Un volume de 202 pages: 28 fr. — IV. Affections des muqueuses génitales. Un volume de 126 pages: 24 fr. Masson et Cie, éditeurs, libraires de l'Académie de Médecine, 120, blvd Saint-Germain, Paris.

Ce livre a été écrit pour les accoucheurs aussi bien que pour les praticiens. Aux uns, il apporte des éléments d'information sur les recherches les plus récentes en ce qui concerne la physiologie pathologique de la grossesse

et ses possibilités thérapeutiques; aux autres, ils permet de suivre plus facilement une femme enceinte dans les diverses particularités pathologiques qu'elle peut présenter, de mieux saisir les adaptations, les réactions multiples d'un organisme qui se trouve dans des conditions spéciales en face de la maladie.

Les deux premiers volumes étaient consacrés aux affections du tube digestif, du foie, du pancréas et aux maladies de la nutrition. Les tomes III et IV sont consacrés aux affections cutanées qui s'observent avec une grande fréquence au cours de la grossesse. De ces dermatoses observées chez la femme enceinte, les unes gardent leur morphologie et leur évolution habituelles; les autres sont modifiées, quelquefois améliorées, plus souvent aggravées. Ce sont ces deux derniers groupes de faits que l'auteur aura plus spécialement en vue.

Comme il l'a fait dans les deux premiers volumes, le docteur Vignes étudie ici ces affections dans l'esprit que les accidents observés chez les femmes en couches ne sont pas d'un ordre spécial, mais que le développement du nouvel être détermine une physiologie un peu spéciale de l'organisme féminin et que celle-ci crée les caractères propres aux maladies de la femme enceinte.

PRÉCÉDEMMENT PUBLIÉ

I. Affections du tube digestif, 40 fr. — II. Affections du foie, du pancréas, maladies de la nutrition, parois abdominales, péritoine, 25 fr.

Les sérums de convalescents, leur emploi dans la prophylaxie et le traitement des maladies infectieuses (Poliomyélite, Rougeole, Scarlatine, etc.) par A. STILLMUNKES, médecin des hôpitaux de Toulouse, Directeur du Cenrte d transfusion et de sérothérapie des maladies infectieuses. 1 vol. in-8° de 172 pages avec figures, 32 fr. Librairie Octave Doin, Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, Place de l'Odéon, Paris 6e.

La thérapeutique des maladies infectieuses est de plus en plus orientée vers la sérothérapie spécifique. Nombreux sont les sérums d'origine animale qui, après les sérums antidiphtérique et antitétanique sont venus enrichir l'arsenal des médications biologiques.

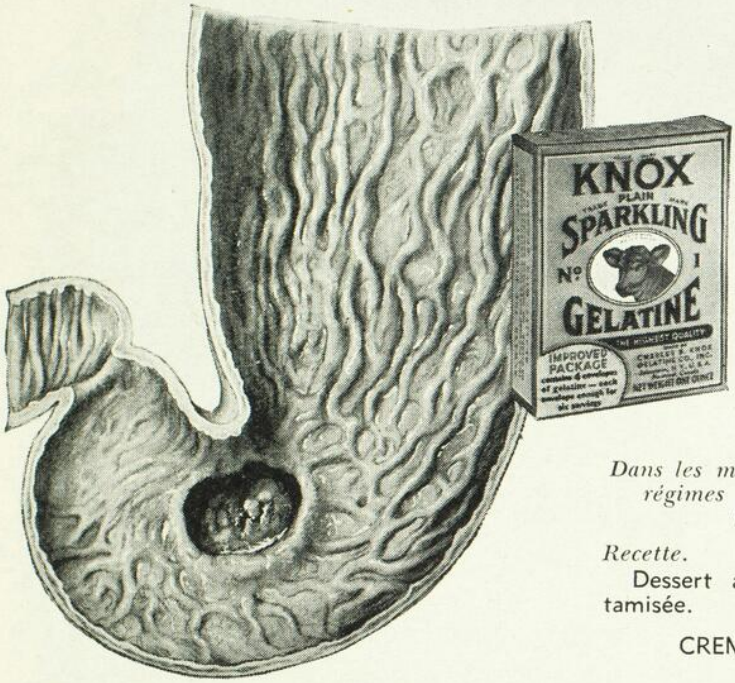
Depuis quelques années on assiste à une évolution intéressante sur la valeur prophylactique ou thérapeutique des sérums de convalescents. Ceux-ci ne proviennent plus des animaux, l'homme en est le seul dépositaire et il en sera ainsi tant que le laboratoire restera incapable de reproduire expérimentalement la maladie.

Le champ des applications de la sérothérapie s'est augmenté des acquisitions relatives à l'utilisation des sérums humains. Aucun accident n'est à redouter quand on les emploie: les résultats sont en tous points excellents.

Les sérums de convalescents ont été l'objet d'un grand nombre de publications, mais jusqu'ici aucun travail d'ensemble n'avait réalisé la synthèse de ces notions.

Le Docteur A. Stillmunkes a estimé qu'il était intéressant et utile de faire cette mise au point; il était d'ailleurs particulièrement qualifié pour le faire. Il a réalisé sa tâche sous une forme élégante et accessible aux étu-

Gélatine Knox «B.P.», Important Adjuvant dans les REGIMES des DYSPEPTIQUES



Lorsque vous conseillez un régime dans les troubles digestifs, rappelez-vous que la Gélatine Knox (B.P.) est un adjuvant précieux. La Gélatine Knox n'est pas seulement une protéine qui se digère bien, elle peut être ajoutée à n'importe quel aliment dans la composition de salades et de desserts appétissants.

Dans les cas d'hyperacidité gastrique ou dans le traitement d'ulcères, des repas fréquents sont recommandés. Des gelées de jus de fruits ou un dessert de gélatine ordinaire, légèrement sucré, permettent de varier les boissons usuelles prises entre les repas.

La Gélatine Knox est scientifiquement préparée avec les os longs et durs de pattes de bœuf — elle surpasse le minimum requis par B.P. — son pH est d'environ 6.0 — elle ne contient pas d'hydrate de carbone — renferme moins de 0.1% de matières grasses — est sans odeur — sans goût — bactériologiquement sûre.

KNOX SPARKLING GELATINE

Dans les menus quotidiens et les régimes prescrits, employez la Gélatine Knox.

Recette.

Dessert avec pulpe de pruneaux tamisée.

CREME DE PRUNEAUX
(Six portions)

1. Faites tremper la Gélatine dans de l'eau froide environ 5 minutes, en employant:
   1 enveloppe de « Knox Sparkling Gelatine »
   ¼ de tasse d'eau.
2. Ajoutez aux ingrédients suivants, en brassant parfaitement:
   ¾ de tasse de jus de pruneaux chaud
   1 tasse de pulpe de pruneaux cuits
   2 cuillerées à soupe de jus de citron
   ½ tasse de sucre
   ¼ de cuillerée à thé de sel.
3. Faites refroidir. Lorsque le mélange commence à épaissir, ajoutez-y:
   2 blancs d'œufs, fortement battus.
4. Rinsez le moule ou le plat dans l'eau froide et remplissez-le du dessert. Faites refroidir. Pour servir, démoulez et garnissez avec de la crème fouettée, ou servez avec une sauce "custard".

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

Veuillez m'envoyer des livrets de prescription de régimes, ainsi que votre littérature la plus récente.

Nom .....

No ..... rue .....

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

LA BANQUE D'ÉPARGNE

DE LA CITÉ ET DU DISTRICT DE MONTRÉAL

FONDÉE EN 1846

COFFRETS DE SÛRETÉ À TOUS NOS BUREAUX

SUCCURSALES DANS TOUTES LES PARTIES DE LA VILLE

S528

diants et aux praticiens: chacun peut y trouver les notions théoriques ou pratiques qui lui sont nécessaires.

Cette monographie comprend dix chapitres:

I. — *Terminaison des maladies infectieuses et ses caractéristiques humorales.*
II. — *Les sérums de convalescents.*
III. — *La rougeole.*
IV. — *La scarlatine.*
V. — *Les oreillons.*
VI. — *La coqueluche.*
VII. — *La poliomyélite.*
VIII. — *La vaccine et ses complications nerveuses.*
IX. — *Technique et préparation des sérums de convalescents.*
X. — *Les Centres actuels de Séroprophylaxie: Organisation, Jurisprudence, Rôle social du Centre de Toulouse.*

En somme l'ouvrage constitue un exposé succinct mais suffisamment complet de la méthode, dont la connaissance est indispensable à tous les praticiens et hygiénistes. Souhaitons que l'auteur poursuive la tâche déjà si bien commencée et nous apporte dans des publications ultérieures la mise au point relative aux diverses maladies infectieuses qui sont justiciables des mêmes traitements.

La tuberculose, étude pratique, traitement par l'allergine, par A. JOUSSET, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin honoraire des Hôpitaux. 1 vol. in-8° de 140 pages, 15 fr. Librairie Octave Doin, Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, Place de l'Odéon, Paris 6e.

Ce livre, qui n'est pas un précis de la tuberculose, traite néanmoins avec des aperçus cliniques très originaux, de la tuberculose en général.

L'auteur y fait preuve d'une remarquable indépendance d'esprit et dit comment il est arrivé à concevoir la tuberculose: « un *consortium de lésions,* créant un ensemble d'affections dont le lien commun est très faible ».

L'abus de l'anatomie pathologique et de son complément la radiographie, y est sévèrement dénoncé.

Le lecteur appréciera la clarté des chapitres relatifs aux formes cliniques, et au diagnostic, et tout particulièrement au *diagnostic précoce de la forme chronique commune.*

Mais l'auteur insiste surtout sur les conceptions et les méthodes qui l'ont conduit à la découverte de l'*Allergine.*

Après un résumé des caractéristiques de cette substance, il aborde ses indications thérapeutiques et la technique de ses injections. Il s'étonne qu'une substance qui a pu parfois guérir jusqu'à des méningites ne soit pas essayée plus souvent dans des cas moins graves, surtout après que d'autres armes ont été vainement employées pour réduire le bacille.

Les rhumatismes de l'épaule, par Robert MERKLEN, Médecin de l'Hôpital Reine-Hortense, d'Aix-les-Bains. 1 vol. in-8° de 206 pages, avec 17 figures 30 fr. Collection des Actualités de Médecine Pratique, Directeur: Dr R.-J. Weissenbach, médecin des hôpitaux de Paris.

Les rhumatismes de l'épaule sont fréquents. Ils représentent pour les malades qui en sont atteints une incommodité pénible entraînant une incapacité souvent longue. Ils doivent, par conséquent, retenir l'attention des médecins.

Ces rhumatismes ont fait l'objet de très nombreuses et très remarquables études partielles. Un effort de synthèse paraissait donc s'imposer, car, jusqu'à ce jour, aucun ouvrage d'ensemble ne leur avait été consacré.

L'architecture et les fonctions de l'articulation scapulo-humérale peuvent, dans une certaine mesure, expliquer les particularités des rhumatismes localisés à l'épaule; aussi un rappel anatomique et physiologique précède-t-il les chapitres consacrés aux arthrites et aux périarthrites.

Certaines affections voisines doivent être distinguées des rhumatismes de l'épaule, elles sont passées en revue à propos du diagnostic. Enfin, un chapitre de pronostic général et un autre très détaillé de traitement complète cette synthèse, particulièrement au point, des rhumatismes de l'épaule.

Précis de phtisiologie, évolution générale, diagnostic et traitement de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte, par Albert GIRAUD. Deuxième édition entièrement remaniée par l'auteur et revisée par F. CARDIS, médecin directeur du Sanatorium Belvède-Leysin. 1 vol. in-8° de 490 pages, avec 45 figures dans le texte, et XXXIII planches radiographiques hors texte, 100 fr. Librairie Octave Doin, Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, Place de l'Odéon, Paris 6e.

Le but de ce Précis a été de présenter au lecteur, en un seul volume, l'ensemble de nos conceptions actuelles sur l'évolution générale, le diagnostic et le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Ecrit dans un esprit didactique et pratique, l'ouvrage s'adresse à la fois à l'étudiant désireux de s'initier aux choses de la Phtisiologie et au médecin praticien qui est dans l'impossibilité de rechercher dans les traités spécialisés, consacrés à telle ou telle branche de la pathologie pulmonaire, un exposé des notions dont il a besoin pour l'exercice de son art.

Le succès obtenu par la première édition, rapidement épuisée, a montré à l'auteur qu'il avait, ce faisant, rendu un réel service à la médecine française, et l'a engagé à ne rien changer au plan général du livre.

Par contre, en bien des matières, et en particulier pour tout ce qui touche à la question capitale de la thérapeutique, une nouvelle mise au point était indispensable: elle a été faite largement, et de nombreux chapitres ont été refondus, d'autres se sont ajoutés; enfin, l'iconographie radiologique, dont l'importance augmente chaque jour, occupe une place plus étendue encore que dans la première édition.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES ANNONCES

Abbott Laboratories Ltd, (*Les produits de Métaphène*) XII

Anglo-French Drug Cie, (*Elixir Gabail*) XLIX

Antiphlogistine, (*Toute inflammation détermine des modifications dans le réseau capillaire*) XXII

Ayerst, McKenna & Harrison, Limited, (*Emménine*) .. XX

Banque Canadienne Nationale, (*À votre disposition*) .. XLVI

Banque d'Epargne (**La**) (*Bonheur et Succès*) LXX

Borden Company Limited, The, (*Lait Borden's St. Charles, Evaporé*) LVII

Boudot, L., (*Dia-Tosan*) LXIV

Bromo-Seltzer Ltd., ... LXI

Canada Drug Company, (*Paveral*) LX

Canadian Metalix Co. Ltd., (*Philips Metalix Rotalix*) .. XI

Carling Breweries Limited, (*Invalid Stout*) LVII

Casgrain & Charbonneau, Ltée, (*Sulfocide*) XXXVI

Carnation Company Limited, (*Inestimable dans le régime prénatal*) XIV

Casgrain & Charbonneau, Ltée, (*Stérilisateur "Castle"*) XLVIII

Casgrain & Charbonneau, Ltée, (*Ray. X Westinghouse*) XLVIII

Ciba, Compagnie, Limitée, (*Trasentine et le Perandren "Ciba"*) III

Cloutier & Cloutier Cie Ltée, (*Pourquoi troubler la réception d'émissions radiophoniques*) X

Denver Chemical Manufacturing Co., (*Antiphlogistine*) XXII

Duckett J. A., (*Dernière Création de la Prothèse*) LIV

Eddé, J., Limitée, (*Lactobyl*) VI

Eddé, J., Limitée, (*Elixir complexe de Pancrinol*) .. VI

Eddé, J., Limitée, (*Pipérazine Midy*) XIX

Eddé, J., Limitée, (*Hémostyl*) XXVII

Eddé, J., Limitée, (*Nucléarsitol Robin*) XXX

Eddé, J., Limitée, (*Phospho-Strychnal*) XXXIII

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

Etablissements Byla, Les, (*Phylactone Byla*) IX

Etablissements Byla, Les, (*Phytogénine Byla*) IX

Fellows Medical Mfg. Co., Ltd., (*Jusqu'à quel point les sels minéraux sont-ils importants dans le régime*) XXV

Frosst, Charles E. & Co. (*Kondremul*) *Deuxième page intérieure de la couverture.*

Herdt & Charton, Inc., (*Uroprazine*) LV

Herdt & Charton, Inc., (*Gélotanin*) LXIV

Hirbour, Arthur, (*Pharmacie d'Ordonnances*) LXIV

Hoffmann-LaRoche Limitée, (*Larostidine "Roche"*) .. XXIII

"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, (*Leurs malaises pourraient provenir de la salle à manger*) .. .. (*Troisième page de la couverture*)

Knox Gelatine Laboratories, (*Important adjuvant dans les régimes dyspeptiques*) LXIX

Laboratoires A. Bailly, (*Pulmo-Bailly*) XVIII

Laboratoire du Bismol, (*Agobyl*) *Quatrième page de la couverture.*

Laboratoires Clin, Comar & Cie, (*Arsaminol*) I

Laboratoires Clin, Comar & Cie, (*Cacodylate de Soude Clin*) I

Laboratoires Clin, Comar & Cie, (*Métharsinate Clin*) .. I

Laboratoires A. Guerbet & Cie, (*Lipiodol*) XLVII

Laboratoires A. Guerbet & Cie, (*Gélogastrine*) XLVII

Laboratoires Lobica, (*Lactobyl*) VI

Laboratoire Nadeau Limitée, (*Sodiosal*) XXX

Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Ltée, (*Propidex*) XIII

Laboratoires du Dr P. Astier, (*Riodine Astier*) XXV

Laboratoires Soudan de Paris, (*Dia-Tosan*) LXIV

Laboratoires Midy, (*Pipérazine Midy*) XIX

Librairie Beauchemin Limitée, (*Linguaphone*) XXVIII

La Cie Canadienne des Agences Modernes, (*Les Lithinés du Dr Gustin*) LII

La Cie Canadienne des Agences Modernes, (*Magnésie du Dr Gustin*) LII

Listers Limited, (*Listers*) LX

Mercier & Dion, (*Fourrures*) XXI

Millet, Roux & Cie, Ltée, (*L'Ampho-Quintivaccin*) . . LXIII

Monty, Gagnon & Monty VIII

Nestlé's Milk Products (Canada) Ltd., (*Quand vous choisissez le lait en poudre, prescrivez un lait modifié par l'addition de sucre de lait et de graisse de lait homogénéisé*) LVIII

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, (*Mandélium*) XVII

Rougier Frères, (*Sedlitz Chanteaud*) XXVI

Rougier Frères, (*Sténol Chanteaud*) XXVI

Rougier Frères, (*Rami*) XXVI

Rougier Frères, (*Pastilles Boratol*) 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
Rougier Frères, (*Propidex*) XIII
Rougier Frères, (*Spectrol*) LVII
Sanatorium de Blois L
Sanatorium Prévost II
Schering (Canada), Ltd., (*Elixir Médinal*) LXIII
Siemens-Reiniger (Canada) Limited, (*Le Spherix "Siemens"*) V
Squibb & Sons of Canada, Ltd., E. R., (*Navitol*) LXII
Usines Chimiques du Canada, Inc., (*Valor Strychno-Arsenical*) LXVI
Usines Chimiques du Canada, Inc., (*Valor Ferro-Strychno-Arsenical*) LXVI
Usines Chimiques du Canada, Inc., (*Valor Nucli-Strychno-Arsenical*) LXVI
Vinant Ltée, (*Arsaminol*) I
Vinant Ltée, (*Cacodylate de Soude Clin*) I
Vinant Ltée, (*Métharsinate Clin*) I
Vinant Ltée, (*Neurotrophol Byla*) IX
Vinant Ltée, (*Splenarmone Byla*) IX
Vinant Ltée, (*Phylactone Byla*) IX
Vinant Ltée, (*Phytogénine Byla*) IX
Vinant Ltée, (*Lipiodol*) XLVII
Vinant Ltée, (*Gelogastrine*) XLVII
Vinant Ltée, (*Pulmo-Bailly*) XVIII
Wander, A., Limited, (*Ovaltine*) XXIX
Wyeth & Brother, Inc., John, (*Néobovinine*) LXV

Les médecins donnent une attention grandissante à l'importance des aliments pour le maintien du bien-être physique. Des régimes mal équilibrés, défectueux — longtemps suivis — peuvent conduire à plusieurs malaises.

Une erreur commune de nos jours: les aliments très perfectionnés ne fournissent pas suffisamment de déchets pour l'intestin. Comme résultat, il s'ensuit, trop souvent, une constipation habituelle.

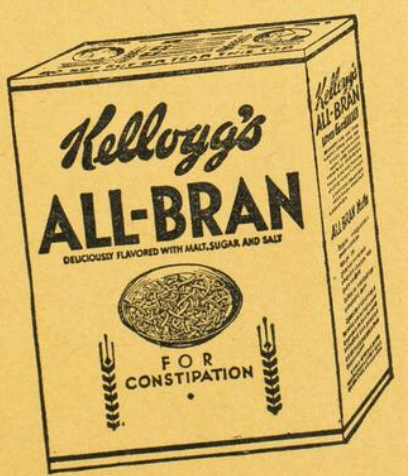
Cet état peut être soulagé par l'adjonction, au menu ordinaire, d'une nourriture laxative. Kellogg's ALL-BRAN fournit le volume de déchets nécessaire, aussi bien que la vitamine B pour le maintien du tonus musculaire de l'intestin et le fer générateur du sang.

ALL-BRAN absorbe au moins deux fois son volume d'eau dans l'organisme. Il forme une masse molle, stimule légèrement et nettoie le système.

ALL-BRAN peut être servi comme céréale avec du lait ou de la crème, ou peut être transformé par la cuisson en muffins, pains, etc.

Vendu par tous les épiciers.
Fabriqué par Kellogg, London, Ontario.

Kellogg's
ALL-BRAN



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.