

L'Union Médicale du Canada

REVUE MENSUELLE

Fondée en 1872

BULLETIN

Une médaille au Prof. Emile Sergent . Le Rédacteur en chef . . . 703

MÉMOIRE

Tentative d'explication des paralysies
faciales périphériques improprement
appelées « a frigore » Philippe PANNETON . . . 704

RECUEIL DE FAITS

La tuberculose est-elle contagieuse? . . Albert LeSAGE 718
Ostéo-synthèse de la colonne vertébrale Eugène SAINT-JACQUES 721
Clou de tapissier dans la bronche droite.
Ablation J.-N. ROY 724
La longue évolution d'une rupture de
l'urètre méconnue Paul BOURGEOIS 728
Exophtalmie sans goitre Réal DORE 731
Ulcère et cancer gastriques Albert JUTRAS et
Ant. CANTERO 733
Menstruation et tuberculose J.-A. MILLET 739

PETITE CLINIQUE

Psychopolynévrite de Korsakoff Jean SAUCIER 742

REVUE DES LIVRES

Traité élémentaire d'exploration clinique
médicale, par Emile Sergent . . . L. 747
Traité de chirurgie orthopédique . . . Eugène SAINT-JACQUES 752

MÉDECINE PRATIQUE

Les hémorragies gastro-intestinales ulcé-
reuses LeSAGE 755

(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 Phénolphthaléine (2,2 grains par cuillerée à bouche).

Bouteilles de 16 onces

Charles E. Frosst & Co.

PHARMACIENS-FABRICANTS DEPUIS 1899

MONTREAL
CANADA

RICHMOND
VIRGINIE

GENESERINE

Polonovski et Nitzberg

*granules — dragées — gouttes
ampoules.*

SÉDATIF DES
TROUBLES SYMPATHIQUES

—♦—
HYPO-ACIDITÉ

—♦—
TACHYCARDIE

GENATROPINE

Polonovski et Nitzberg

granules — gouttes — ampoules.

SÉDATIF DU VAGUE

—♦—
HYPERCHLORHYDRIE

—♦—
SPASMES DIGESTIFS

—♦—
VOMISSEMENTS

GENOSCOPOLAMINE

Polonovski et Nitzberg

granules — gouttes — ampoules.

ANESTHÉSIE CHIRURGICALE

—♦—
PARKINSONISME

—♦—
SYNDROMES
POSTENCÉPHALITIQUES

GENOSTHENIQUES

Polonovski et Nitzberg

granules — gouttes — ampoules.

NEURASTHÉNIE

—♦—
SURMENAGES

—♦—
CONVALESCENCE

AMIDAL

Amidon paraffiné

*poudre — cachets — comprimés
dragées.*

ENTÉRITES

—♦—
ENTÉROCOLITES

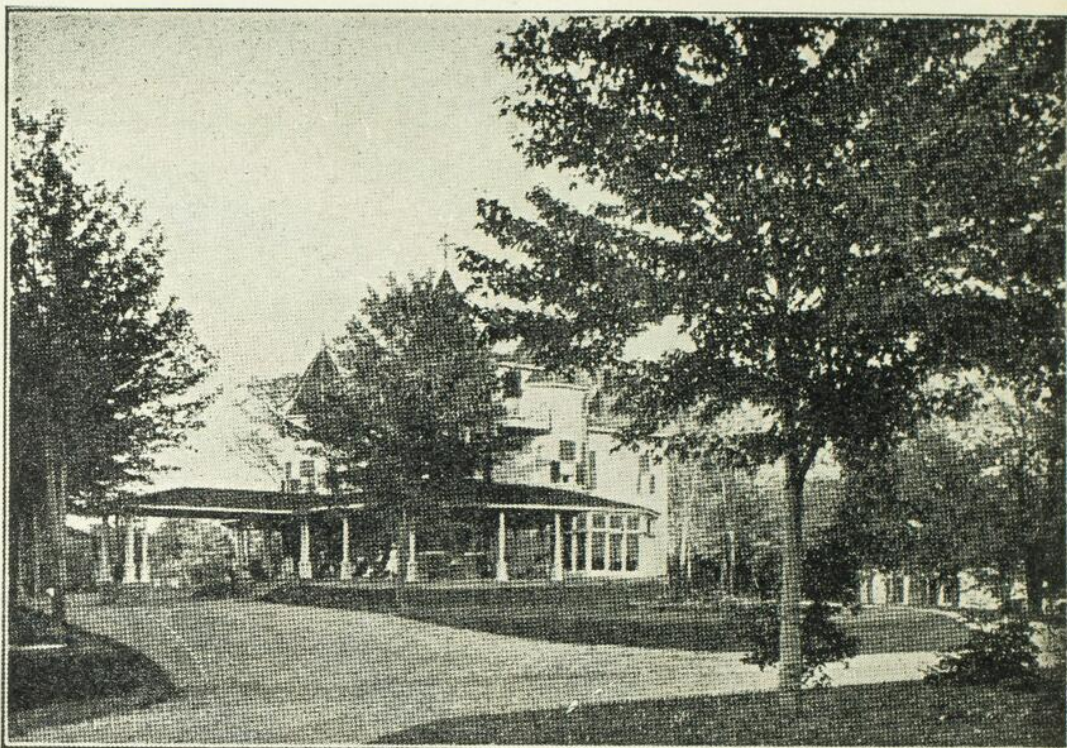
—♦—
DIARRHÉES

Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, Pharmacien, PARIS

Agents pour le Canada: **VINANT Ltée, 533, rue Bonsecours, 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 pyréthérapies. Prospectus sur demande.

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

4455 Boulevard Gouin ouest,

Téléphone, BYwater 1240

TRASENTINE "CIBA"

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

ANTISPASMODIQUE

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

Tolérance parfaite.

Utilisable par voie orale et parentérale.

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

POSOLOGIE:

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

Par voie parentérale: 1 à 2 ampoules par jour.

PRÉSENTATION:

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



COMPAGNIE CIBA LIMITÉE

-

MONTRÉAL

LE MAPHARSEN

**"LE RAFFINEMENT DE LA THÉRAPEUTIQUE
ARSENICALE."**

La Compagnie Parke, Davis présente à la profession médicale une nouvelle préparation arsenicale anti-syphilitique: 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.

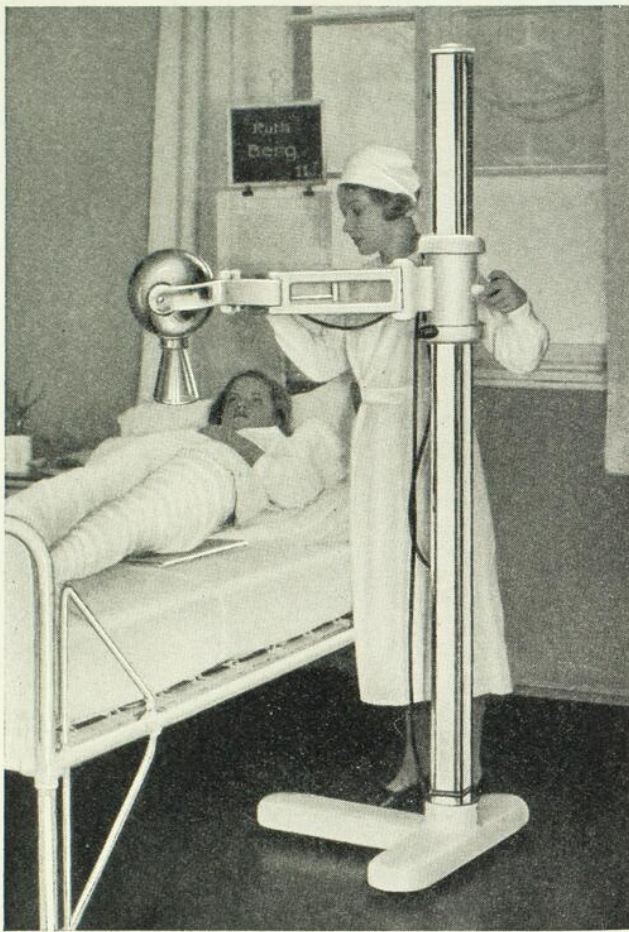
Les laboratoires de recherches de Parke, Davis et Cie ont soumis le Mapharsen à des épreuves sévères tant au point de vue chimique, pharmacologique que biologique. Le Mapharsen constitue un agent thérapeutique de tout premier ordre comparativement à d'autres produits du même genre dans le traitement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

TAXOL

LE
REÉDUCATEUR
TYPE
DE L'INTESTIN
SANS
ACCOUTUMANCE

Laboratoires LOBICA
PARIS

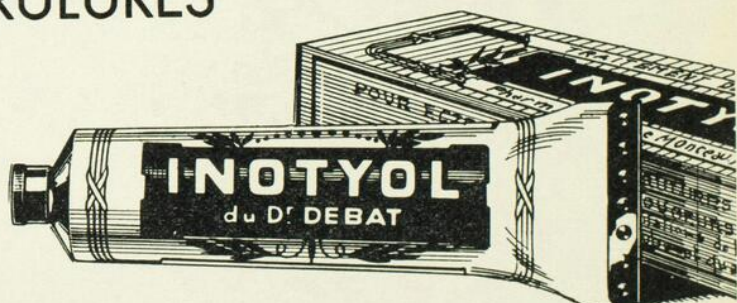
J. EDDÉ, Ltée, Agents

ECZÉMAS

ULCÈRES - BRÛLURES

Lésions et
Irritations
de la Peau

Agent Général
J. EDDÉ Ltée
MONTRÉAL



Pommade **INOTYOL**

L'Union Médicale du Canada

Fondée en 1872



Prix de l'abonnement pour 1937

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

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

Conditions de Publication

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

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

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

AMherst 8900-3733

MONTY, GAGNON & MONTY

Ambulances de luxe, chauffées

Transport des malades à la ville et à la campagne.

Service prompt et sûr.

Pompes funèbres

Salons mortuaires

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

Ambulanciers de l'Hôpital Notre-Dame

GARDES-MALADES — STENO BILINGUE

GARDE-MALADE DIPLOMEE

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

HOPITAL PRIVE SAINTE-AGATHE-DES-MONTS

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

HOSPITALISATION

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

CONDITIONS D'ADMISSION

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

Heures de visite:

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

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

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

ELECTRARGOL

Argent colloïdal électrique à petits grains, stérile et stable

Constitue la base de la

MÉDICATION ANTI-INFECTIEUSE GÉNÉRALE ET LOCALE

Médecine: Pleurésies, Méningites, Phlébites.

Gynécologie: Métrites, Vaginites.

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

Ampoules de 5 et 10 c.c.

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

SOLUTION de Salicylate de Soude du Docteur **CLIN**

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

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

RHUMATISME

ARTHRITISME

SCIATIQUE

LABORATOIRES CLIN, COMAR & CIE, PARIS

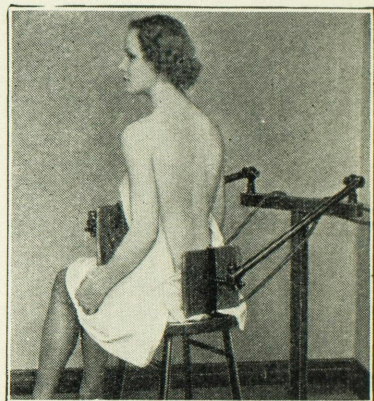
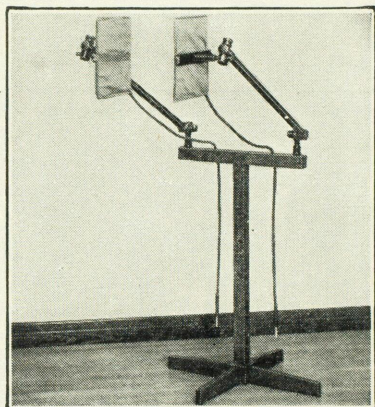
Agents pour le Canada: **VINANT Ltée**, 533, rue Bonsecours, **MONTREAL**

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

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

COURANTS CHIRURGICAUX SOUS CONTRÔLE
SÉCURITÉ — ÉCONOMIE — SIMPLICITÉ

GARANTIE DE 1000 HEURES SUR LES TUBES



Support à électrodes "McIntosh" à ondes courtes

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

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

Cloutier & Cloutier Cie, Ltée

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

4338, rue Saint-Denis

BELAIR 1616

MONTREAL, 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.; Gatién, 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.), Joan-

nette (A.), Jutras (A.), Laberge (J.-E.), Lafresnière (G.), Lapierre (G.), Laquerrière (A.), Larichelière (R.), Laroche (A.), Lauzer (R.), Lebel (A.-B.), Lefebvre (R.), Lefrançois (C.), Léger (A.), LeSage (A.), LeSage (J.), Letondal (P.), Léveillé (J.-A.), Magnan (A.), Major (W.), Manseau (J.-A.), Manseau (O.), Marin (A.), Marion (D.), Martel (J.-A.), Martin (P.), Mercier (O.), Millet (J.-A.), Morin (P.), Mousseau (J.-A.), Nègre (L.), Panet (E. de B.), Panet-Raymond (J.), Panneton (P.), Paquette (J.-P.), Paré (L.), Patoine (L.), Pilon (A.), Poirier (P.), Pouliot (G.-E.), Prévost (J.), Provencher (G.), Ricard (J.-P.-M.), Riopelle (J.-L.), Robillard (E.), Roch (S.), Rolland (R.), Roux (R.), Roy (G.), Roy (J.-N.), Samson (J.-E.), Saucier (J.), St-Germain (J.-P.), St-Jacques (E.), Simard (L.-C.), Smith (P.), Tessier (L.-J.), Tétreault (H.-I.), Tétreault (Julien), Tremblay (J.), Vidal (J.-A.), Valiquette (Hugo).

SUITE DU SOMMAIRE

SOCIÉTÉS

Réunion scientifique de l'hôpital Notre-Dame	762
Société de gastro-entérologie de Montréal	780
57e assemblée scientifique de l'hôpital Saint-Luc	788
Rapport de la deuxième séance de la Société médicale de Montréal	789

NOUVELLES

Le Docteur T. E. McKenty L. G.-L.	792
Sympathies au Docteur J.-A. Vidal	793
Prix Casgrain & Charbonneau	793
Thérapeutique auxiliaire de l'arthrite	793
La semaine gastro-entérologie	793
Le Congrès de Psychiatrie	794
Nomination à la Faculté de Médecine	795
Congrès international de l'insuffisance hépatique	795
Bibliographie	796
Livres reçus	800

ANALYSES

PHTISIOLOGIE

L'admission aux fonctions publiques des tuberculeux guéris (p. 756).

NUTRITION

Hypoglycémie avec courbe de tolérance paradoxale simulant l'ulcère peptique (756).

NEURO-PSYCHIATRIE

Les syndromes psycho-anémiques (p. 757). Considération sur la benzédrine (p. 758). Méningite à streptocoque hé-

molytique (p. 759). Les facteurs héréditaires dans l'épilepsie.

UROLOGIE

A propos de pyurie amicrobienne (p. 760). De l'insuffisance du sphincter lde l'urètre chez la femme et de sa reconstitution (p. 760).

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE

Le décollement obstétrical de l'épiphyse supérieure de l'humérus (p. 761).

PAUL CARDINAUX

Docteur es-Sciences

“PRECISION FRANÇAISE”

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

Téléphone: PLateau 1555.

Compagnie Générale de Radiologie,

PARIS

Protection Anti-X
intégrale

RAYONS X

Sécurité électrique
absolue

DIATHERMIE

ELECTROLOGIE

TUBES “SHOCKPROOF” PHILIPS

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

CATALOGUES, DEVIS, RENSEIGNEMENTS SUR DEMANDE

Sulfamidyl

SULFANILAMIDE ABBOTT

UN AGENT SPÉCIFIQUE POUR COMBATTRE LES INFECTIONS DUES AU STREPTOCOQUE

Le traitement efficace des infections streptococciques avec des agents chimiothérapeutiques spécifiques, fut récemment l'objet de nombreuses études cliniques.

Au début, le traitement ne fut appliqué qu'aux souris — puis, ensuite, poursuivi efficacement sur les humains.

Bien que certains dérivés du para-amino-benzène-sulfonamide furent employés au début des recherches, l'on constata bientôt que la drogue de base était essentiellement responsable des effets thérapeutiques.

Le docteur G. W. Raiziss et ses collaborateurs des Laboratoires de Recherches Dermatologiques de Philadelphie, après deux années d'études suivies, présentent le para-amino-benzène-sulfonamide à la profession médicale sous le nom de Sulfamidyl.

INDICATIONS: Le Sulfamidyl est indiqué dans le traitement de l'érysipèle, septicémie puerpérale, septicémie en général; l'amygdalite et pharyngite streptococciques, arthrite purulente, otite moyenne, mastoïdite, fièvre scarlatine, péritonite streptococcique, endocardite aiguë, ainsi que dans nombre d'autres conditions infectieuses dues au streptocoque hémolytique et méningocoque.

De plus amples informations vous seront envoyées sur demande.

*Les comprimés de Sulfamidyl Abbott sont présentés
en flacons de 25 et 100 comprimés de 5 grs.*

LABORATOIRES ABBOTT

LIMITÉE

388 ouest, rue Saint-Paul - Montréal, Qué.

BULLETIN

UNE MÉDAILLE
AU PROFESSEUR ÉMILE SERGENT

Nous nous empressons de porter à la connaissance de tous les amis du Professeur Sergent la nouvelle suivante que l'on vient de nous adresser:

« Les élèves et les amis du Professeur Émile Sergent, membre de l'Académie de Médecine, médecin de l'hôpital Broussais-La Charité ont décidé, en témoignage de leur affection et de leur reconnaissance, de lui offrir une Médaille dont l'exécution a été confiée au maître graveur Dropsy. »

On nous apprend que notre excellent ami Sergent, atteint par la limite d'âge, quitte son enseignement et le service hospitalier de Paris au mois de novembre. C'est pourquoi ses élèves et ses amis veulent, en cette occasion, lui exprimer leur amitié et leur admiration pour les services rendus à l'enseignement français et par la propagande française faite à l'étranger au cours des nombreuses missions qu'il a remplies dans l'Amérique du Nord, en particulier au Canada, dans l'Europe Centrale, en Italie, en Espagne, au Portugal et dans l'Amérique du Sud. Ses fréquentes et substantielles publications scientifiques, ses traités, ses monographies ont depuis longtemps consacré sa réputation au point de vue scientifique. Sa fidélité à ses amis, sa haute valeur morale et le prestige dont il jouit, tant en France qu'à l'étranger, en font un des Maîtres les plus réputés des temps actuels. Son dévouement envers les médecins canadiens et leurs Universités a marqué une date heureuse dans l'influence que nous avons exercée auprès de l'École Française.

Nous faisons appel à tous ses amis Canadiens Français pour se joindre à ses amis Français et lui apporter le témoignage de notre gratitude et de notre vive reconnaissance pour sa grande bienveillance et son inlassable dévouement à notre égard en toutes occasions.⁽¹⁾

Pour l'« Union Médicale du Canada »
Le Rédacteur en chef.

(1) Tout souscripteur de 100 francs recevra une reproduction de la Médaille. Prière d'envoyer les souscriptions par chèque, chèque postal (Paris 599) ou mandat au Trésorier M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris VIe.



MÉMOIRE

TENTATIVE D'EXPLICATION DES PARALYSIES FACIALES PÉRIPHÉRIQUES IMPROPREMENT APPELÉES " A FRIGORE "

A propos de deux cas de paralysie d'origine dentaire

Par Philippe PANNETON,
Médecin de l'hôpital Notre-Dame,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.

En quelques mois, le hasard m'apportait deux cas de paralysie faciale du type périphérique consécutives à des extractions dentaires; des dommages étant réclamés dans chaque cas, j'étais poussé à chercher une explication satisfaisante et, par conséquent, à remettre en question tout le problème des paralysies faciales du type périphérique à étiologie inconnue dites habituellement « *a frigore* ».

La littérature médicale nous rapporte au moins un de ces cas chaque année. A la suite soit d'une extraction dentaire sous anesthésie locale, soit d'une amygdalectomie dans les mêmes conditions, il s'agit chaque fois de l'apparition, dans les quelques heures qui suivent l'intervention bénigne, d'une paralysie le plus souvent rapidement complète. L'un de mes deux cas n'a jamais rétrocedé; le second après s'être amélioré de moitié, est resté stationnaire depuis un an.

Fait remarquable, la dent enlevée se trouvait être dans un cas une prémolaire *supérieure*, dans l'autre une prémolaire *inférieure*.

Or comment, par quel mécanisme, par quelle voie, l'avulsion d'une dent avec injection préalable de novocaïne pouvait-elle entraîner la paralysie?

Ou, en d'autres termes: Quelle relation existe-t-il entre le facial dans son trajet à travers l'aqueduc de Fallope, d'une part, et, d'autre part, les *deux* régions prémolaires du même côté, la supérieure et l'inférieure.

Trouver la réponse à cette question était pour moi toucher la solution de tout le problème.

*
* *

Anatomiquement, une telle relation pouvait être: a) de pur voisinage; b) vasculaire; c) lymphatique; d) nerveuse.

Relation de voisinage?

L'idée d'une propagation toxique, infectieuse ou œdémateuse de proche en proche ne saurait nous arrêter longtemps. En effet, si la distance entre les dents et les branches terminales du facial au niveau des muscles de la face n'est pas très grande, en ligne droite au moins, il n'y a pourtant entre ces deux objets aucune relation de continuité. D'ailleurs, une telle relation existerait-elle qu'elle ne saurait expliquer que des paralysies partielles, limitées, circonscrites au territoire de quelques-unes des branches terminales de l'arbre facial. Or, ces paralysies ne se rencontrent jamais en fait. Du moins ne les ai-je jamais vues signalées.

Cette première explication doit donc, à mon avis, être mise de côté.

Relation vasculaire?

Un rapide examen de l'angéiologie des régions intéressées suffit à faire écarter cette seconde hypothèse.

La région où s'étalent les terminaisons du facial est irriguée par l'artère du même nom. Le tronc du nerf, lui, est nourri par des *vasa nervorum* issus de la stylo-mastoïdienne, par en bas, de l'auditive interne, par en haut.

Les régions dentaires, elles, sont nourries par la maxillaire interne, pour le maxillaire supérieur et la mandibule.

La transmission de l'état pathologique à la VIIe paire ne peut donc emprunter cette voie.

Relation lymphatique?

On connaît assez bien, très bien même, les lymphatiques de la région buccale. On connaît moins les lymphatiques maxillaires et surtout dentaires; pour ces derniers, leur existence même est encore à démontrer.

Touchant les lymphatiques des régions gingivales, nos connaissances sont un peu plus précises. Nous avons appris, en effet, par les

travaux de Schweitzer et ceux de Bartels, à quoi il faut ajouter la thèse de Pierre Sassier, que les lymphatiques de ces régions se jettent dans les ganglions sous-maxillaires.

Nous voilà rendus assez loin du facial! Ajoutons à cela que la propagation lymphatique est toujours relativement lente. Et dans les cas qui nous intéressent, personne n'a relevé cet engorgement ganglionnaire témoin habituel de l'infection lymphatique.

Il semble donc que la voie de transmission lymphatique doive aussi être mise de côté.

Relation nerveuse?

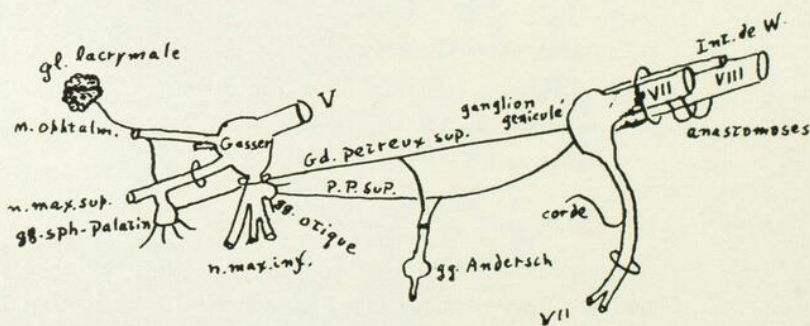
La seule hypothèse restante nous paraît devoir être d'une relation nerveuse.

Disons tout de suite que, pour moi, c'est bien par la voie nerveuse que les lésions, opératoires ou autres, déclencheront l'apparition d'une paralysie faciale périphérique précoce.

Voici donc notre première proposition:

I. *Le pont de transmission se trouve au niveau des deux nerfs pétreux superficiels, grand et petit, qui tous deux viennent se jeter dans le ganglion géniculé, au contact du facial.*

Entre le nerf facial et les deux régions prémolaires, supérieure et inférieure, entre l'aqueduc de Fallope et le massif facial, voilà le seul lien anatomique et physiologique; lien ténu, il est vrai, mais suffisant pour peu que l'on songe à l'importance de l'équilibre neuro-végétatif et surtout à la commande que possède le réseau neuro-végétatif sur l'équilibre vasculaire.



Anatomie: Point n'est besoin de s'étendre sur la description anatomique. Le schéma ci-après, partout admis dans ses grandes lignes, suffira à établir les points utiles:

Ainsi donc, et par simple élimination, nous avons été conduits à considérer la voie nerveuse sympathique (para-sympathique compris) comme la seule logique, et la plus simple, sûrement, permettant d'expliquer l'atteinte du nerf facial dans son canal osseux à la suite de lésions inflammatoires ou toxiques des régions dentaires.

Il resterait à exposer de quelle façon une lésion des régions dentaires pourrait, par l'intermédiaire des pétreux et du ganglion géniculé, entraîner une paralysie faciale. Nous y reviendrons plus loin. Auparavant, nous voulons voir comment notre hypothèse nous apporte une explication désormais plausible non seulement des paralysies d'origine dentaire, mais même de la plupart des paralysies faciales dites « a frigore ».

Cela s'exprimerait par les deux nouvelles propositions que voici :

II. *Un grand nombre, et peut-être la plupart des paralysies faciales du type périphérique, appelées généralement « a frigore », sont d'origine sympathique.*

III. *Ces paralysies sont, à mon avis, sous la dépendance de lésions profondes, temporaires ou permanentes, du massif facial.*

*

* *

Certes, il faut que la force de l'habitude soit bien grande, même chez ceux-là que leur occupation ou leur entraînement quotidien sembleraient devoir porter à plus de circonspection, pour que le terme et l'idée de paralysie faciale « a frigore » soient encore courants. Que l'on n'ait pas jusqu'ici fourni d'explication satisfaisante de ce phénomène pathologique ne me paraît même pas une justification.

Il est toutefois un certain nombre pour qui le pas est fait; sans plus attendre, ils ont rayé ce terme de leur vocabulaire médical. Ils n'ont aucune objection à admettre notre ignorance de la pathogénie de ces paralysies; en outre, il leur semble que la seule acceptation d'une expression impliquant une étiologie de fantaisie ne peut que nuire à la recherche sérieuse d'une solution satisfaisante.

Car cette recherche se fait.

Dès 1895, Neumann rejetait sans hésitation l'hypothèse du froid. Ce n'était encore là qu'une opinion.

Mais en 1907, Ramsay Hunt arrachait au « froid » un certain nombre de paralysies faciales. Il expliquait et prouvait, à la satisfaction générale, qu'elles étaient des paralysies dues à une maladie herpétique du ganglion géniculé. Démonstration que l'avenir devait confirmer

en nous laissant le *syndrome herpétique du ganglion géniculé* ou *syndrome de Hunt* d'occurrence fréquente.

En 1909, Waterman, analysant une statistique de 450 cas de paralysie faciale typiquement « a frigore », exclusion faite de ceux où l'examen avait révélé une atteinte infectieuse de l'oreille moyenne ou toute autre lésion patente, montre leur occurrence *au moins aussi grande en été qu'en hiver!* Cette statistique vaut qu'on la reproduise ici :

Janvier 41	Mai 29	Septembre . . . 48
Février 35	Juin 47	Octobre 38
Mars 34	Juillet . . . 38	Novembre . . . 41
Avril 34	Août 31	Décembre . . . 36

Il fait ressortir, en outre, le fait que les paralysies survenues pendant la canicule ont été les plus graves et les plus tenaces!

Une telle statistique eût dû, ce me semble, suffire à porter le coup de grâce à l'appellation. A moins que d'autres statistiques, plus nombreuses, ne fussent venues à l'encontre; ce qui n'a pas été.

Claude déclarait que l'influence du froid n'était étayée par aucune preuve valable. (Racoveano.)

Pour Bérard, il était impossible au froid de causer, par une action directe, un œdème du névritème. (Id.)

Verger, Radovici et Nobécourt attribuent à la poliomyélite antérieure touchant soit le ganglion géniculé, soit le noyau moteur du facial, nombre de paralysies classées « a frigore ». (Id.)

Jumentié, Kron, Barré, Leriche, Causse, Rodier, Worms, etc., sont cru que l'irritation du trijumeau pouvait à elle seule entraîner la paralysie du facial. Quelques-uns ont même suggéré que l'on pourrait songer à des troubles de la vascularisation dans le tronc du facial, avec ou sans l'intervention du sympathique. (Id.)

Racoveano lui-même écrit: « Jusqu'à présent, on n'a jamais apporté aucune preuve scientifique précise, clinique, expérimentale ou anatomique-pathologique pour soutenir l'étiologie « a frigore » et, au contraire, ce domaine étiologique est considérablement diminué, successivement, en faveur d'autres domaines étiologiques (zonas géniculés, paralysies syphilitiques, paralysies polio-encéphaliques, paralysies d'origine oto-mastoïdienne, etc.)... »

Pour Findley, l'infection dentaire ou amygdalienne peut reproduire le syndrome du ganglion géniculé de Hunt, soit la paralysie faciale, en entraînant non plus un zona, mais une inflammation toxique à ce niveau.

Des cas de paralysie faciale du type périphérique ont été rapportés par Guébel, Worms, Fronteau, Dechaume, Friedrichowsky, Weissblatt, Whitaker, Bercher et Horpeit, Maumary, Bonheim, Urbantschitsch, Subirana et Monteys-Vinamata, etc., à la suite d'avulsion dentaire; par Forchner, Mercandino, Urbantschitsch, Gerlings, à la suite de tonsillectomie.

Dernièrement, Audibert, Paganelli et Mattei exposaient une hypothèse suivant laquelle « la paralysie faciale périphérique dite « a frigore » serait fonction d'une atteinte artérielle des *vasa-nervorum*. »

J'ajouterai à cela les considérations suivantes :

S'il s'agissait de paralysies par action directe du froid sur les terminaisons nerveuses périphériques du nerf facial, comment ne rencontrerions-nous jamais de paralysies partielles, purement terminales, limitées à un groupe restreint et variable de muscles faciaux ?

Comment expliquer les paralysies après extraction dentaire ou extirpation amygdalienne sous anesthésie locale ?

Comment expliquer l'apparition de paralysies faciales « a frigore » chez les nourrissons des Crèches, où l'exposition au froid est rigoureusement inexistante ? J'en ai rencontré trois cas, l'an dernier, à la Crèche d'Youville. Or ces enfants sont tenus à une température constante de 70 degrés (F.).

Le Canada, et tout particulièrement notre province de Québec, possède un climat extrême. Le thermomètre descend facilement, même à Montréal, à 30 degrés sous zéro (F.). Il semblerait que dans ces conditions la paralysie faciale « a frigore » y dût être infiniment plus fréquente que dans le midi des Etats-Unis, par exemple; particulièrement chez les terrassiers et les ouvriers du bâtiment. Or, il n'en est rien.

L'automobilisme, chez nous, apporte une preuve négative du même genre.

La conduite étant à gauche, et nombre de chauffeurs conduisant, même en hiver, glace baissée, nous devrions avoir une différence énorme de fréquence entre les paralysies faciales « a frigore » du côté gauche et celles du côté droit. Il n'en est rien.

Dans notre pays, il est bien peu de gens à qui il ne soit arrivé, au cours de leur vie, de se geler une joue « à blanc ». Or, quelque insistance que j'aie mise à m'informer, je n'ai pu connaître qu'un seul cas (Roy) de paralysie faciale consécutive à ces congélations temporaires.

Il est enfin une catégorie de travailleurs qui, chez nous, comme dans tous les pays nordiques, réalisent une véritable expérimentation

permanente. Ils passeront sept à huit heures consécutives avec une joue exposée à un vent glacial et violent, tandis que l'autre est fortement chauffée. Je veux parler des mécaniciens et chauffeurs de locomotive qui en hiver, pendant leurs longs trajets, sont souvent penchés à l'extérieur et présentent ainsi, mécaniciens, la joue droite, chauffeurs, la joue gauche, à un froid extrêmement rigoureux. Je le répète: ce sont là des conditions d'expérience véritablement idéales, pour la provocation des paralysies « a frigore », si elles existaient. Or, le médecin-chef de l'un de nos grands réseaux ferroviaires m'affirme catégoriquement que la paralysie faciale, 1° n'est pas plus fréquente dans cette catégorie d'employés que dans les autres et dans le reste du public; 2° que dans les très rares cas où il l'a rencontrée, sa latéralisation ne paraissait aucunement influencée par l'occupation du malade.

De telles preuves logiques pourraient être multipliées à l'infini.

Devant ces constatations accessibles à tout médecin et à tout physiologiste, comment l'idée même d'attribuer au froid ces paralysies peut-elle encore avoir cours; bien plus, apparaître dans les revues scientifiques sous les signatures les plus respectables. Pour la commodité? Pourquoi ne pas intituler: « Paralysie faciale du type périphérique »; ce qui eût au moins poussé chacun à chercher une étiologie moins fantaisiste.

Pour ma part, c'est la répudiation d'une théorie inadmissible qui m'a poussé à chercher un mécanisme différent et logique et m'a conduit à une explication qui me paraît rejoindre, en la dépassant, la théorie d'Audibert.

*

* *

Pour être acceptable, une hypothèse anatomique explicative de paralysies faciales périphériques, devrait, à mon sens, répondre aux conditions suivantes:

a) Être basée sur une relation: 1° constante; 2° commune aux deux régions dentaires intéressées dans mes deux cas: et, en outre, aux régions comme l'amygdalienne, puisque nous connaissons aussi des cas de paralysie consécutive à une amygdalectomie.

b) Permettre de suivre la transmission physiologique entre le point de départ (infection, injection) et le tronc du facial dans l'aqueduc.

c) S'appuyer sur des faits d'expérience.

d) Pouvoir se rapprocher de faits relevés ailleurs dans l'économie.

Or, c'est à tous ces critères que me paraît répondre mon hypothèse d'une détermination nerveuse extra-faciale des paralysies du

facial. L'idée d'une relation, d'un lien, entre le massif du facial et la VIIe paire dans son trajet intra-mastoïdien est assurément raisonnable. En effet:

a) Elle est basée sur une relation anatomo-physiologique: 1° constante; 2° commune aux deux maxillaires de même qu'à la région tonsillaire.

b) Par les ganglions otique et sphéno-palatin, par les deux pétreux, le ganglion géniculé puis le facial au niveau de son coude, elle présente un lien ininterrompu.

c) Outre les cas du genre de nos deux cas d'origine dentaire, on sait que la section rétro-gassérienne de la Ve paire entraîne parfois des paralysies faciales que les neuro-chirurgiens attribuent à la blessure d'un pétreux superficiel.

d) On connaît depuis longtemps les paralysies, souvent avec atrophie consécutive, du nerf optique, paralysies que l'on attribuait autrefois à des embolies, alors que nous savons aujourd'hui qu'il s'agit de spasmes artériels dus sans aucun doute à une action transmise par le sympathique.

*

* *

Quel serait donc maintenant le mécanisme de la paralysie du facial par l'intermédiaire du sympathique?

Rappelons tout d'abord le principe de physiologie bien connu depuis Claude Bernard: l'irritation du sympathique entraîne une vaso-constriction; la section, physiologique ou matérielle, du sympathique amène une vaso-dilatation.

Nous rencontrons ici, en partie du moins, l'intéressante hypothèse émise par Audibert, Paganelli et Mattei pour qui « la paralysie faciale dite « a frigore » est fonction d'une atteinte artérielle des vasa-nervorum ».

Où cependant je ne saurais être d'accord avec eux, c'est lorsqu'ils suggèrent d'expliquer la paralysie par « une *thrombose*, un blocage soudain dans la circulation artérielle. » Et surtout lorsqu'ils ajoutent: « ... pas d'autre étiologie possible. »

Leur hypothèse me paraît présenter, à côté de points logiques communs à leur théorie et à la mienne, des difficultés d'explication telles que je me vois forcé de préférer, et sans hésitation, la voie sympathique comme premier moteur. Car, ne l'oublions pas, il n'y a pas qu'une thrombose, ou plus exactement une embolie, qui puisse effectuer un blocage soudain de la circulation sanguine à l'intérieur

du nerf. L'irritation du sympathique (ou peut-être la section physiologique, l'inhibition du para-symphatique) peut causer une anémie semblable, tout aussi brusque et tout aussi complète, comme cela se passe sous nos yeux dans le spasme de l'artère centrale de la rétine.

Je reprocherais à la seconde partie de leur hypothèse de ne pas tenir compte des faits suivants :

a) Comme je le disais plus haut, il n'y a pas de relation directe, ininterrompue, entre le facial et les régions lésées, lorsque la paralysie est la conséquence évidente d'une lésion constatable comme dans les cas d'extraction dentaire.

b) Chose étonnante et bien difficile à admettre, cette thrombose des vasa-nervorum serait l'apanage du seul nerf facial. Pourtant, comment cette thrombose, qui pour eux ne serait que la manifestation locale de l'artério-sclérose, de l'hypertension, de l'hypotension, tous états pathologiques *généralisés*, comment cette thrombose ne se produirait-elle jamais ailleurs? Pourquoi la VIIe paire, et celle-là seule? Car nous mettons de côté, bien entendu, les causes intracrâniennes de paralysie.

c) En réalité, il me paraît loin d'être démontré que la paralysie faciale périphérique, comme ils l'affirment, se rencontre toujours, ou presque toujours, chez des sujets atteints des lésions ci-haut mentionnées de l'arbre vasculaire. L'âge est à peu près indifférent. Les vieillards ne sont apparemment pas plus souvent touchés que les adultes; au contraire, peut-être.

Et comment, de cette façon, expliqueraient-ils les paralysies faciales du type « a frigore », sans lésion de l'oreille moyenne, ni syphilis, bien entendu, et que l'on rencontre chez les nourrissons.

d) Il existe quelques protocoles d'autopsies pratiquées sur des porteurs de paralysie faciale du type qui nous intéresse ici. Ce sont ceux de Minkowski, Déjérine et Theorari, Myer, Mirallié, Alexander, André Thomas. Or dans tous les cas la même constatation a été faite, à savoir: une dégénérescence descendante des fibres du facial, à partir du ganglion géniculé. Rien autre.

Or, dans cette région, il n'existe plus de vaisseaux nettement individualisés. Ils se sont fragmentés en le lacis intérieur de capillaires que sont les vasa-nervorum.

e) La théorie de la thrombose ne saurait comprendre ni les paralysies huntiennes, ni celles qui sont consécutives aux interventions sur les dents ou les amygdales. Et encore moins les paralysies consécutives à la gassérectomie.

Comment en effet une thrombose irait-elle se faire, après une avulsion dentaire, dans un territoire vasculaire qui n'a avec la région traumatisée aucune communication proprement vasculaire?

Si je discute un peu longuement la théorie de Audibert et de ses collaborateurs, c'est que, Hunt mis à part, ils sont apparemment les premiers qui aient cherché à expliquer de façon rationnelle, par autre chose que le fantaisiste « coup de froid », des paralysies jusqu'ici mystérieuses; et ce n'est certes pas là un petit mérite.

Déjà cependant, en 1931, Worms et Chams avaient tenté un audacieux rapprochement; ils avaient signalé les angiospasmes en particulier *dans la paralysie faciale « a frigore »*. Malheureusement, ils se contentèrent de constater, sans tenter une explication qui, ce me semble, se présentait presque sous la plume. Car à quel élément physiologique un tel spasme pouvait-il se rattacher, sinon au sympathique.

* *
*

Me voici donc conduit à ma quatrième proposition, qui résume, en les complétant, les trois premières:

IV. *Les paralysies faciales périphériques sont la plupart du temps, sinon toujours, la conséquence d'un trouble circulatoire dans les vasa-nervorum de la VIIe paire, particulièrement dans la région du ganglion géniculé, au niveau du premier coude du facial; et ce, à la suite d'une lésion physiologique du sympathique céphalique transmise audit ganglion soit par les filets sensitifs de la conque (paralysie de Hunt), soit par l'intermédiaire des deux nerfs pétreux superficiels qui le relie au massif facial (paralysies après injection dentaire, amygdalienne; paralysie avec herpès de la moitié du voile [un cas personnel]).*

Les faits qui me paraissent militer en faveur de cette explication sont nombreux. En voici un certain nombre dont quelques-uns ont été mentionnés plus haut:

1° Elle permet de faire entrer dans le cadre général des paralysies faciales périphériques les paralysies de Hunt qui viennent l'appuyer.

2° Elle est parfaitement d'accord avec les autopsies publiées jusqu'ici.

3° Elle rejoint indirectement, en la modifiant et la complétant, l'hypothèse de Audibert.

4° Elle explique les constatations de Worms et Chams.

5° Elle s'appuie sur les travaux indiscutés de Claude Bernard.

6° Elle repose sur des bases anatomiques et physiologiques universellement admises.

7° Elle permet de concevoir l'apparition de paralysies faciales à tout âge, même chez le nourrisson.

8° Le mécanisme en est superposable de façon qui me paraît saisissante, à celui des atrophies optiques parfois temporaires, parfois définitives, elles aussi, à la suite de spasmes constatables *de visu* et où le sympathique intervient certainement.

9° Elle explique les paralysies faciales après gassérectomie.

10° Elle rend compte du symptôme, si fréquent lors de l'apparition des paralysies faciales à étiologie invisible, du symptôme douleur mastoïdienne profonde.

Cette douleur, Hunt l'avait déjà relevée. Il l'avait interprétée, justement, croyons-nous, comme traduisant la souffrance profonde du ganglion géniculé; dans les cas où, bien entendu, l'oreille moyenne n'était pas en cause. On ne compte plus en effet le nombre de trépanations mastoïdiennes pratiquées pour paralysie faciale et où l'opérateur, trompé par cette douleur, est tombé sur une mastoïde parfaitement saine.

11° Il est évident que dans les algies dentaires étendues, il existe une souffrance qui dépasse le nerf dentaire.

La douleur est, au début, localisée à la dent. Puis tout le massif facial se prend; cette douleur devient profonde, massive. Pour moi, qui la connais personnellement, cette douleur exprime la souffrance du sympathique, et j'en crois trouver deux preuves:

a) La névralgie dentaire suraiguë s'accompagne presque toujours, sinon toujours, de larmoiement. Or, il s'agit là d'un phénomène dont nous savons qu'il est régi par le sympathique.

b) La névralgie dentaire suraiguë s'accompagne souvent, très souvent, d'un trouble de la tonicité des muscles de la face. La seule anesthésie dentaire étendue peut même entraîner cette flaccidité. (Cf. Froment, *Nouv. Traité de Méd.*, fasc. XX, p. 332, Masson, éditeur, Paris, 1935.)

12° Tous les dentistes connaissent la fréquence des hémorragies sous-cutanées ou sous-muqueuses étendues, progressives, tardives, à la suite d'une injection de toxique dans les régions dentaires. C'est là un phénomène d'extravasation qui pourrait s'expliquer par un trouble de l'équilibre vasculaire périphérique d'origine nerveuse sympathique.

13° Le tic douloureux de la face s'expliquerait fort bien, lui aussi, par un mécanisme du genre de celui que je propose. Nous trouvons

au niveau du premier coude de l'aqueduc de Fallope le point de jonction de l'élément sensitif: intermédiaire de Wrisberg et branches efférentes du ganglion géniculé (pétreux), avec l'élément moteur: facial. Le tout dans un aqueduc osseux inextensible.

14° Un cas personnel de paralysie faciale présentait du zona de la moitié du palais mou. Or, il présentait en même temps des crises vertigineuses marquées.

Il existe justement deux branches anastomotiques qui vont du ganglion géniculé à la VIIIe paire.

*
* *

Il resterait à expliquer comment une altération fonctionnelle du sympathique entraînerait une paralysie faciale: soit ce qui se passe exactement au niveau des vasa nervorum du tronc nerveux.

Mais nous manquons de documents; cela se passe dans une région inaccessible à l'exploration. Et il n'existe pas, que je sache, de protocole d'autopsie faite sur un paralysé récent.

Ici encore, cependant, nous pouvons nous appuyer sur la logique.

Qu'il s'agisse de toxémie par infection ou par injection, l'action du sympathique peut se manifester de deux façons:

Soit par une vaso-dilatation avec œdème consécutif et prolongé, déclenché par une inhibition des fibres sympathiques. Les hémorragies sous-muqueuses des dentistes viendraient à l'appui de cette hypothèse;

Soit une vaso-constriction avec suppression de la nutrition des fibres nerveuses par irritation des fibres sympathiques. Phénomène identique à ce qui se passe dans le spasme de l'artère centrale de la rétine.

Dans les deux cas, il est facile de comprendre le trouble de fonctionnement qui se produirait dans le tronc du nerf qui nous intéresse aujourd'hui.

Un œdème aigu survenant au niveau du ganglion géniculé, dans sa loge osseuse étroite tout juste suffisante pour les éléments normaux, amènerait des dégâts importants; temporaires, si l'œdème est de courte durée; permanents, pour peu que la compression et la dissociation par l'œdème soient prolongées.

De même, l'interruption de l'apport sanguin par un spasme vasculaire aurait sur le nerf facial le même effet que sur le nerf optique: la perte temporaire ou définitive, partielle ou totale de la fonction.

Il est un élément important dont on pourrait me reprocher de n'avoir pas suffisamment tenu compte: le para-sympathique.

Malheureusement, nous sommes beaucoup moins renseignés sur le para-sympathique que sur le sympathique proprement dit. D'ailleurs, les deux systèmes ne sont pas nettement individualisés; ils sont mêlés l'un à l'autre de façon quasi inextricable. C'est pour cela que, au cours de ce travail, je n'ai pas tenté de séparer ces deux réseaux qui, anatomiquement, semblent n'en faire qu'un; et c'est consciemment que j'ai parlé du sympathique, et non du para, lorsque j'ai mentionné, par exemple, des phénomènes du côté des glandes lacrymales. Nous savons pourtant déjà que « c'est le facial, par les pétreux, qui assure la plupart des filets lacrymaux et apporte ainsi à la glande une innervation *para-sympathique* » (Bailliart). Toutefois, « le sympathique intervient lui aussi, à n'en pas douter » (id.). Peut-être aurais-je dû me contenter du terme plus vague: fibres nerveuses organiques, au lieu d'employer constamment le terme: sympathique. Je m'en suis abstenu, peut-être à tort, pour plus de clarté.

Quoi qu'il en soit, j'ai cru que le fait d'établir, avec une probabilité qui me paraît suffisante, comment une lésion distante pouvait entraîner une paralysie faciale, était une justification de ce travail; et que ce serait faire faire un grand pas à la question que d'établir enfin une hypothèse plus acceptable que celle du froid.

Résumé

Les quatre propositions suivantes résumeront ce me semble l'exposé précédent:

I. Dans les cas de paralysie faciale d'origine dentaire, le pont de transmission se trouve au niveau des deux nerfs pétreux superficiels, grand et petit, qui tous deux viennent se jeter dans le ganglion géniculé, au contact du facial.

II. Un grand nombre, et peut-être la plupart des paralysies faciales du type périphérique, appelées généralement « a frigore », sont d'origine sympathique.

III. Ces paralysies seraient sous la dépendance de lésions profondes du massif facial.

IV. Les paralysies faciales périphériques sont la plupart du temps, sinon toujours, la conséquence d'un trouble circulatoire dans les vasa nervorum de la VIIe paire, particulièrement dans la région du ganglion géniculé; et ce à la suite d'une lésion physiologique du sympathique céphalique.

BIBLIOGRAPHIE:

- ALEXANDER. — *Archv. F. Physy.*, 1902, p. 778.
- AUDIBERT, PAGANELLI et MATTEI. — *La Presse Médicale*, 27 juin 1936, No 52.
- BAILEY. — *Journ. of Nerv. and Mental. Dis.* 73: 180, 1931.
- BAILLIART. — *Rapp. Soc. Franç. d'Ophtalm.* 1927.
- BARTELS. — *Das. Lymphgefasssystem*, Iéna, 1909.
- BERCHER et HORPETT. — *Rev. de Stomat.* 31, 867, 1929.
- BONHEIM. — *Deutsch Monatsb. f. Zahn*, 45, 355, 1927.
- DECHAUNE. — *Bull. et Mém. Soc. Méd., de Paris*, 139: 123, 1935.
- DEJERINE et THEOARI. — *Semaine Médicale*, 1897, p. 453.
- FINDLEY. — *Med. Journ.*, Australia, février 1933.
- FORSCHNER & LOOS. — *Monats, f. Ohrn*, 61: 231, 1937.
- FRIDRICHOWSKY. — *Bratisl. Lek. List*, 12: 189, 1932.
- FRONTEAU. — *Arch. Méd. d'Angers*, 39, 84, 1935.
- GERLINGS. — *Acta Oto-Lor.*, 17, 420, 1932.
- GRINKER. — *Neurology* (Thomas ed.).
- HUNT. — *Journ. Nervous and Mental Dis.* 1907.
- HUNT. — *Amer. Journ. Med. Science* 1908, 136, 226.
- MAUMARY. — *Soc. de Chirug. de Paris* 20: 531, 1928.
- MERCANDINO. — *Dia Medica* 3: 447, 1930.
- MIRALLIE. — *Revue Neurologique*, 1906, juillet.
- MINKOWSKI. — *Archv. F. Phych.*, 1890, p. 367.
- MYER. — *Journ. Exp. Med.*, 1897, p. 607.
- NEWMANN. — *Neurolog. Centrabl.*, 1895, p. 859.
- RACOVEANO. — *Rapp. 2e Congrès Interbalkanique* oct. 1933.
- ROY. — *Annales de O.-R.-Lar.* I, 745, juillet 1931.
- SASSIER. — *Thèse. Legrand*, éd., Paris 1927.
- SUBIRANA et MONTEYS - VINAMATA. — *Rev. d'oto-Neur. Ocul* 14: 757, 1936.
- SCHWEITZER. — *Arch. f. Mikrosk. Anat.* 63: 807, 1907.
- THOMAS. — *Revue Neurologique*, 1907, p. 1273.
- URBANTSCHITSCH. — *Wien, Med. Wchn.*, 81: 1600, 1931.
- WEISSBLATT. — *Deutsch. Monat. F. Zahn*, 49: 1003, 1931.
- WITAKER. — *U. S. Vet. Bur. M. Bull.* 6: 811, 1930.
- WORMS. — *Revue de Stomat.* 38: 7, 10, 1936.
- WORMS et CHAMS. — *Soc. d'Ophtalm. de Paris*, 21: février 1931.

RECUEIL DE FAITS

LA TUBERCULOSE EST-ELLE CONTAGIEUSE?

Par Albert LeSAGE.

Je n'ai pas l'intention, par un seul fait, de résoudre cette brûlante question, si vivement débattue, depuis quelques mois, par le professeur Emile Sergent et Auguste Lumière, de Lyon. Mais le hasard nous éclaire, quelquefois, sur certains points litigieux de doctrine. En voici un, tout récent, qui m'a vivement impressionné, à cause des péripéties douloureuses de ce petit drame intime.

Il s'agit d'un jeune homme de 24 ans, commis de bureau depuis cinq ans dans une grande maison de commerce, où il a, comme compagnon de travail, un jeune homme de 22 ans. Celui-ci est pâle, tousse et crache. Ils ont des conversations fréquentes, ils font usage, à tour de rôle, d'un seul et même appareil de téléphone.

Bref, celui-ci, allant de mal en pis, est obligé de quitter son emploi pour aller faire une cure d'air et de repos. Il succombe à la tuberculose au bout de douze mois.

Durant cette époque, notre jeune ami lui fait de fréquentes visites.

En mai 1937, il vient à mon cabinet consulter au sujet de de douleurs dans le dos et à la cage thoracique, de fatigue, etc.

A l'examen, nous sommes en présence d'un jeune homme qui a bonne mine : peau, tissu cellulo-adipeux, muscles, etc., mais la région thoracique gauche est affaissée tandis qu'une voussure énorme fait saillir le thorax et l'épaule à droite.

A l'auscultation du poumon on n'entend aucun râle, mais une respiration rude et saccadée à la base gauche et en arrière.

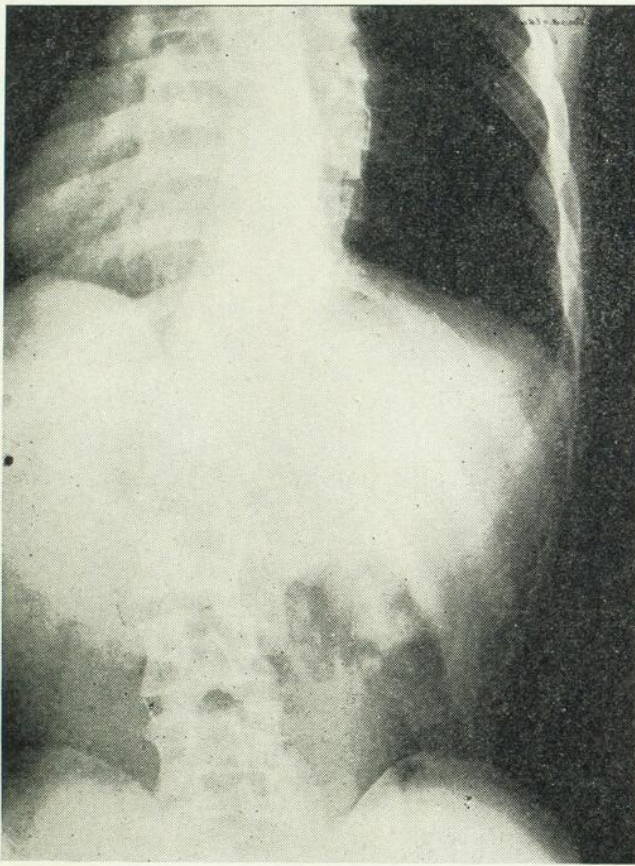
Ni toux, ni fièvre, l'appétit est bon.

Ces malaises datent de quelques mois.

Il y a des signes évidents de décalcification. En présence de ces signes nous songeons d'abord à un affaissement de la colonne vertébrale par raréfaction osseuse : hypocalcémie. Mais cette longue fréquentation, jointe aux petits signes pulmonaires, nous incita à

compléter notre examen clinique par une radiographie. Voici le rapport :

Colonne vertébrale: Spina bifida de la 1ère sacrée. Scoliose de la colonne vertébrale commençant à la dernière lombaire, qui est inclinée vers la gauche, se poursuivant à L1 et D12 qui sont inclinées vers la droite et à D7 où commence une nouvelle inclinaison vers la gauche. Cette scoliose paraît une scoliose de croissance sans signe en aucun point de maladie osseuse.



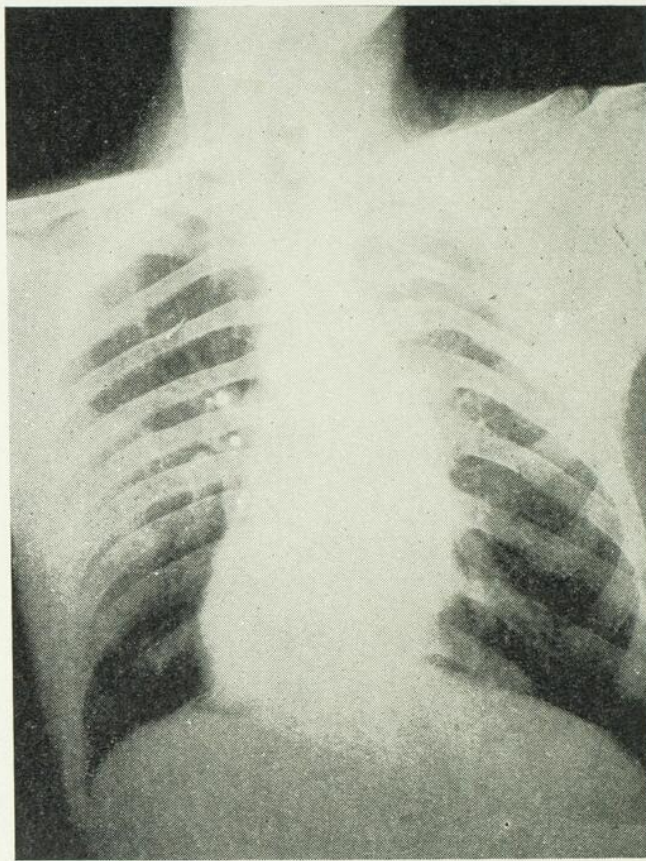
Poumons: Scopie normale.

Graphie: Déformation de la partie supérieure du thorax avec voile du tiers supérieur au poumon. A la partie inférieure du poumon droit, péri-lobulite et tramite de dessin précis. A gauche, calcification au-dessus du hile, un peu de flou à la partie moyenne du poumon. Sur le reste du champ pulmonaire, tramite à dessin précis.

En résumé, le voile et la déformation de la partie supérieure du poumon droit paraissent le résultat de la scoliose. Pour le reste, il existe probablement de légères traces d'une primo-infection. — A. LAQUERRIERE.

Conclusion: Tuberculose fibreuse du poumon; fléchissement de la colonne vertébrale dont la cause, au point de vue clinique, n'est pas douteuse.

Que faire? Demander un congé et se résoudre à séjourner dans les montagnes où une cure d'altitude, de repos, de soleil et de récalcification pourrait, seule, fortifier et redresser cette colonne qui



s'affaisse, tandis que le poumon retrouvera sa souplesse et sa vigueur.

C'est ce que nous lui avons conseillé, en présence de ses parents... surpris et attristés.

Quelle sera l'évolution de cette maladie?

Que deviendra ce jeune homme?

La tuberculose est-elle contagieuse?



(*) Communiqué à la Société de Phtisiologie, mai 1937.

OSTÉO-SYNTÈSE DE LA COLONNE VERTEBRALE

Par Eugène SAINT-JACQUES,

Chirurgien en Chef de l'hôpital Ste-Jeanne-d'Arc.

On est parfois amené à faire l'ostéo-synthèse de la colonne vertébrale. Le plus généralement il s'agit alors d'aider à la consolidation d'un Mal de Pott qui coudait la colonne.

Naturellement on ne doit procéder à l'ostéo-synthèse qu'après avoir corrigé l'angulation vertébrale.

Il y a aussi un autre état pathologique de la colonne qui peut bénéficier de l'ostéo-synthèse. Ce sont ces ostétites vertébrales de nature mal définie, avec bavure ostéo-phytique et accompagnées de douleurs dorsales, qui vont s'accroissant avec la courbure croissante de la colonne. Les douleurs peuvent s'étendre aux bras, comme nous l'avons vu chez un de nos malades.

Le premier malade, où nous fîmes ultérieurement l'ostéo-synthèse vertébrale — arriva à l'hôpital avec une gibbosité pottique, causant une *paraplégie*.

Après un redressement graduel de la colonne et disparition lente de la gibbosité, nous vîmes la paraplégie rétrocéder un peu — jusqu'à ce qu'enfin le malade pût se tenir debout et marcher.

La marche était difficile parce que les deux hanches étaient touchées par un processus d'arthrite qui se rapprochait plutôt du type « déformant » — que du type coxalgique.

Quand le processus vertébral fût apparemment éteint — nous crûmes le moment venu d'aider à la consolidation de la colonne par l'ostéo-synthèse.

Quel procédé emploierions-nous? — Le plus en vogue, le seul presque employé est celui d'Albee, par lequel nous allons prendre le greffon osseux sur la crête du tibia. Pour ce faire, il faut une instrumentation spéciale — celle d'Albee.

Quoi qu'on dise, la position opératoire n'est pas commode.

Sans oublier que le changement des deux champs opératoires — de la jambe à la colonne vertébrale — expose à l'infection du greffon ou d'une des plaies opératoires. Évidemment on peut faire cette intervention à deux équipes.

Pouvions-nous faire aussi bien — et plus simplement?

L'idée nous vint d'aller chercher le greffon tout au voisinage du champ opératoire vertébral — et de nous servir d'une *côte*. Les manipulations sont d'une grande simplicité.

Procédé opératoire. — Le malade est couché à plat ventre. Un coussin rond et étroit est placé sous les clavicules — un autre sous les crêtes iliaques — de la sorte la poitrine est dégagée pour l'anesthésie.

Le dos et le côté thoracique, où l'on prendra le greffon sont stérilisés à la Tr. Iode, qui continue à nous donner entière satisfaction, sans chercher midi à quatorze heures des procédés plus compliqués.

Une incision de 5 à 6 pouces est faite sur la 7 ou 8e côte. Puis on incise le périoste costal, en prenant soin de laisser adhérente à la côte une étroite lisière de périoste de un demi-centimètre — et l'on dénude le reste de la côte, avant et arrière, sur une longueur de 4 à 6 pouces.

Naturellement on prendra soin de ne pas ouvrir la plèvre, ce qui est facile avec un peu d'attention. Sectionnez le greffon costal et mettez-le dans un bassin d'eau stérilisée ou de sérum physiologique.

Puis, le malade étant déjà dans la position favorable pour atteindre facilement la colonne vertébrale — on fait sur celle-ci à l'endroit voulu une incision elliptique de bas en haut — de telle sorte que la suture de la peau ne portera pas ultérieurement sur les apophyses postérieures.

On isole les apophyses épineuses — puis au ciseau et maillet on fait avec douceur sur ces dernières l'encoche qui recevra le greffon qui s'étendra ainsi de 4 à 6 vertèbres.

On termine en rapprochant simplement les tissus aponévrotiques et musculaires avec du catgut chromé — la suture de la peau et un plâtre de maintien — le malade se trouvant réjà en bonne position à cette effet — position de lordose accentuée.

Les résultats furent d'une simplicité absolue. Pas de choc opératoire, malgré une sérieuse lésion cardiaque. Les deux plaies guérirent rapidement par première intention. Et le greffon n'a depuis lors causé le moindre inconvénient — bien au contraire.

Le second cas ainsi opéré fut celui d'un jeune homme qui vit sa colonne vertébrale graduellement se raidir et se fléchir, surtout à la région cervicale, avec apparition de douleurs aux épaules et aux bras.

UNE MÉTHODE DE TRAITEMENT EFFICACE
des
INFECTIONS AIGUËS

par les injections intraveineuses de



CARBONACTYL

Carbone animal en suspension aqueuse
à deux pour cent



Pneumococcémies et affections pulmonaires
Absès — Phlegmons — Arthrites — Epididymites
Erysipèle — Zona — Etc.



*Présenté en boîtes de 6 et 12 ampoules de 5 c.c.,
aussi en flacons de 10 c.c.*



Laboratoires POULENC FRÈRES du Canada, Ltée

350, rue Le Moyne - - Montréal

CAL-BIS-MA-CAL-BIS-MA-CAL-BIS-MA-CAL-BIS-MA

CAL-BIS-MA-CAL-BIS-MA-CAL-BIS-MA-CAL-BIS-MA-CAL-BIS-MA-CAL-BIS-MA-CAL-BIS-MA-CAL-BIS-MA-CAL-BIS-MA-CAL-BIS-MA-CAL-BIS-MA



Hyperacidité gastrique

La *rapidité* de l'action est essentielle pour assurer le soulagement de l'hyperacidité gastrique — et c'est là une qualité que possède Cal-Bis-Ma. L'effet neutralisant doit en outre se *prolonger* afin d'éviter un retour de la poussée d'acidité — et ici aussi Cal-Bis-Ma produit le résultat voulu. La muqueuse gastrique irritée doit être calmée et protégée contre toute irritation ultérieure — et c'est là encore l'une des missions importantes de Cal-Bis-Ma. Demandez un paquet d'essai et les imprimés descriptifs.

CAL-BIS-MA

WILLIAM R. WARNER & CO., Limited

727-733 King Street West,

Toronto, Ontario

Cal-Bis-Ma (en poudre) est présenté en boîtes métalliques (avec étiquette amovible) contenant $1\frac{3}{4}$ et 4 onces et une livre. Aussi en tablettes, 110 dans une bouteille.

CAL-BIS-MA-CAL-BIS-MA-CAL-BIS-MA-CAL-BIS-MA

Chez lui nous crûmes à propos de faire de même l'ostéo-synthèse de sa colonne par le même procédé, plaçant le greffon de la 5^e cervicale en descendant.

Et le résultat? aussi simple que chez le premier opéré. En 15 jours ses douleurs aux épaules et aux bras étaient disparues: le malade depuis lors peut les remuer sans difficulté ni douleurs.

Ce procédé d'ostéo-synthèse est-il nouveau? En tout cas nous avons cru vous le soumettre à cause des excellents résultats qu'il a fournis — de sa simplicité d'exécution — et pour le fait qu'il ne nécessite aucune instrumentation nouvelle ou spéciale et pour cet avantage que les deux foyers opératoires étant voisins — l'opérateur est moins exposé à transmettre l'infection — et que la prise du greffon costal est certes plus simple et rapide.



CLOU DE TAPISSIER DANS LA BRANCHE DROITE. ABLATION. ⁽¹⁾

Par J.-N. ROY, F.A.C.S.,

Professeur à l'Université de Montréal,
Chef de service à l'hôpital Notre-Dame,
Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris.

Les clous de tapissier à pointe aiguë dans les bronches, présentent quelquefois un problème assez difficile à résoudre, et avant de les extraire, l'endoscopiste doit considérer la position exacte que ces corps étrangers occupent dans la cavité. Si la pointe, qui est généralement en haut, se trouve dans l'axe du tube, il est alors facile d'en faire l'ablation. Mais si, au contraire, elle a une direction plus ou moins transversale à l'extrémité du bronchoscope, les manœuvres peuvent devenir beaucoup plus laborieuses. Chevalier Jackson dit avoir observé de nombreux malades morts d'emphysème du médiastin, ou de pneumothorax, à la suite de la rupture d'une bronche, lors de tentatives d'extraction de clous de tapissier par des endoscopistes insuffisamment expérimentés. En présence d'un clou qui se trouve avoir une position oblique à l'embouchure du bronchoscope, il faut le saisir le plus près possible de sa pointe, de préférence avec une pince à courbure latérale, et le repousser légèrement vers la profondeur. Après cette première manœuvre, la pointe est attirée à l'intérieur du tube, et la tête du corps étranger doit être bien maintenue en contact avec l'extrémité du bronchoscope. De la sorte, l'opérateur peut faire l'extraction sans danger pour la région glottique.

On peut encore prendre le clou, et pour faciliter l'introduction de sa pointe dans l'instrument, lui faire subir une certaine rotation.

Nous rappellerons qu'il est particulièrement important, — comme nous l'avons déjà dit dans un travail antérieur,⁽²⁾ — d'attirer le corps étranger pour que, autant que possible, sa partie inférieure touche le bout du tube. Le tout peut être ainsi enlevé ensemble sans

(1) Communication faite à la « Société de Broncho-Esophagoscopie de Langue Française », Paris, 29 mai, 1937.

(2) J.-N. Roy. — « Prothèse dentaire dans la bronche gauche: bronchoscopie, ablation. » *Bronchoscopie, Esophagoscopie et Gastroscope*, Paris, juillet-sept. 1936.

complications du côté de la glotte. En effet, s'il existe un espace entre l'extrémité de l'instrument, et le corps étranger retenu par la pince, deux complications sont susceptibles alors de survenir.

Lorsque le bronchoscope est retiré du larynx, il se produit naturellement un spasme des cordes vocales, et si le corps étranger n'est pas solidement maintenu, ce spasme peut le faire glisser de la pince, et le faire retourner dans les voies respiratoires. Dans ce cas, il vaut mieux demander une autre radiographie, pour le localiser de nouveau, avant de reprendre la bronchoscopie.

Ou encore le corps étranger, traversant la région glottique fermée, peut produire à cet endroit une lésion plus ou moins considérable qui, dans certaines circonstances, se termine par un œdème, et oblige l'opérateur à pratiquer une trachéotomie pour empêcher le malade d'étouffer.

Les corps étrangers très minces, qui peuvent pénétrer à l'intérieur du bronchoscope, doivent être enlevés d'abord avec la pince, avant de retirer l'instrument.

En présence d'un clou de tapissier dont la tête se trouve en haut, il est généralement facile d'en faire l'extraction. Cependant, l'endoscopiste est quelquefois obligé de se servir d'un crochet pour mobiliser cette tête hémisphérique, afin de permettre une meilleure prise à la pince. L'observation qui fait le sujet de cette communication est la suivante.

Observation. L'enfant E. R..., âgé de 15 ans, admis à l'hôpital Notre-Dame, le 21 août 1936, raconte que la veille il était à travailler, penché sur un parquet, avec un clou de tapissier dans la bouche. S'étant levé brusquement, il aspira ce corps étranger. Après un spasme du larynx, il eut une légère toux, sans gêne respiratoire consécutive.

A l'examen du pharynx, nous observons un peu d'hyperémie. Le larynx, sans érosion, est à peine congestionné. Rien d'intéressant à voir à la région nasale.

Nous demandons alors une radiographie qui localise un clou de tapissier dans la bronche droite. (Voir photographie).

L'examen des poumons, pratiqué par le Dr G. Barry, permet de faire les constatations suivantes: « Légère sensibilité à la pression, de la zone d'alarme droite. Rares petits frottements pleuraux au tiers postérieur droit. Aucun autre signe à noter pour le moment. »

La température est de 38° C. Le jour suivant, elle monte jusqu'à 40° C., et descend ensuite graduellement.

Le malade se plaint d'un léger malaise au thorax du côté droit, accompagné d'une toux passagère.

Pour des raisons incontrôlables, l'ablation de ce corps étranger ne peut être pratiquée que le 25 août.

Opération. Comme toujours dans ces cas, nous faisons l'anesthésie locale du pharynx et du larynx, au moyen d'un pulvérisateur, avec une solution de cocaïne au dixième. Anesthésie de la trachée à la cocaïne à 3% avec une seringue intratrachéale. Le petit malade étant couché, nous renversons sa tête fortement en arrière sur l'appui-tête de Haslinger. L'instrumentation de Chevalier Jackson, que



Aspect radiographique du corps étranger.

nous considérons comme la meilleure, est alors employée. Ayant découvert le larynx avec le laryngoscope, nous passons un bronchoscope de 40 cm. de longueur sur 7 mm. de diamètre. Cet instrument, descendu dans la bifurcation de la bronche droite principale, permet d'observer du pus qui est enlevé avec l'aspirateur. Nous voyons ensuite le clou de tapissier, localisé à 4 cm. environ de l'éperon bronchique, en position oblique quant à l'axe du tube. Après avoir saisi la pointe avec une pince à courbure latérale, nous lui faisons subir une rotation de 50° approximativement, et l'introduisons dans le bronchoscope. Le clou est finalement attiré jusqu'à ce que sa tête hémisphérique touche l'extrémité de l'instrument, et nous retirons ensuite le tout ensemble très doucement. L'intervention a duré envi-

ron cinq minutes. Comme il était peu probable qu'il y eût lésion de la glotte, lors du passage du corps étranger dans cette région, nous ne jugeons pas opportun de faire une laryngoscopie directe consécutive.

Les suites opératoires sont normales, et la température disparaît le jour suivant, ainsi que le malaise à la poitrine.

Le clou mesure 18 mm. de longueur avec une tête hémisphérique de 8 mm. de largeur.

Le malade se rétablit rapidement, et laisse l'hôpital, en parfait état de santé, quelques jours après son admission.



LA LONGUE ÉVOLUTION D'UNE RUPTURE DE L'URÈTRE MÉCONNUE

Par Paul BOURGEOIS,

Chargé du service d'Urologie à l'hôpital Notre-Dame.

H. G., 23 ans, journalier, au cours d'un accident d'automobile, le 12 septembre 1935, subit une fracture du bassin qui nécessite son hospitalisation dans un hôpital de province. On lui fait immédiatement un appareil plâtré. Il accuse tout de suite des troubles urinaires intenses caractérisés par de l'urétrorragie et de l'hématurie; les mictions sont excessivement douloureuses et ne se font qu'au prix d'efforts pénibles. Dans les jours qui suivent, les douleurs diminuent peu à peu, et finalement le malade réussit à uriner sans trop de douleurs. Le plâtre est enlevé le 21 novembre 1935; le malade constate une grosse tuméfaction au périnée qui dans les jours qui suivent devient rouge, très douloureuse et s'accompagne de mictions goutte à goutte plus que laborieuse.

Au début de décembre, il vient consulter un chirurgien qui le fait immédiatement entrer à Notre-Dame et lui fait d'urgence une périnéotomie. La poche urineuse se vide, le malade est dilaté et le cours des mictions se rétablit avec la persistance d'une fistulette intermittente sur le raphé scrotal. Nous voyons alors le malade et nous lui proposons une intervention dans le but de réparer cette fistulette et de le guérir définitivement.

Le malade, fatigué, refuse pour le moment et décide de retourner chez lui pour quelque temps; nous sommes forcés de nous rendre à sa demande et nous lui proposons de se rapporter aussi tôt que possible.

Il nous revient le 25 juin 1936; depuis quelques jours les troubles se sont aggravés; il urine difficilement; par l'orifice fistuleux s'écoule du pus mélangé à de l'urine; un globe vésical est constaté. Le cathétérisme est impossible.

Le malade est préparé soigneusement pendant quelques jours, et le 2 juillet, sous anesthésie générale, une cystostomie est faite comme premier temps; le malade est alors mis en position de la taille et une périnéotomie large est alors faite. Une dissection laborieuse nous permet d'enlever des tissus fibreux excessivement durs qui

enserrent l'urètre et rendent difficile la libération. La fracture des deux branches du pubis vicieusement consolidée nous empêche de réussir le cathétérisme rétrograde. De plus, l'état général du malade nous oblige à en rester là pour le moment.

La plaie est laissée largement ouverte et un tamponnement est fait pour contrôler le suintement sanguin très marqué.

A la suite de cette intervention, l'état général du malade se remonte rapidement.

Le 21 août 1936, sous anesthésie générale, nous faisons une nouvelle périnéotomie, et cette fois avec une urétrotomie externe nous installons une sonde à demeure dans la vessie.

Du 21 août au 2 septembre nous changeons la sonde à demeure tous les deux jours, sous anesthésie générale, car l'urètre du malade est excessivement sensible et réagit fortement. Un abcès se forme à l'angle pénoscrotal, si bien que nous avons une nouvelle perte de substance sur le plancher de notre urètre.

Le 8 octobre, la fistule périnéale est fermée, l'orifice de cystostomie est fermé, le malade urine facilement, le canal admet facilement un béniqué 59. Il ne reste plus que la fistule de l'urètre pénien, que nous refermerons plus tard quand toute infiltration sera disparue, et le malade retourne chez lui pour revenir dans 4 ou 5 mois.

Le 3 avril 1937, il nous revient considérablement engraisé; il urine facilement; son urètre est toujours à 60 béniqué; il a été entretenu par son médecin. La fistule de l'angle pénoscrotal est souple et le malade est en excellente condition pour ce que nous espérons tous deux: le dernier stade opératoire.

Le 7 avril 1937, sous anesthésie au cyclopropane, nous refaisons une cystostomie et une uréthroplastie à lambeaux selon le procédé de Duplay modifié par Marion.

Les suites opératoires sont normales, et le 8 mai 1937 nous laissons partir le malade. Depuis 10 jours tout est en ordre: il urine facilement, son urètre est souple, ses urines sont claires.

*

* *

Nous avons tenu à rapporter cette observation, en réduisant au minimum les détails, pour démontrer en quelque sorte tous les ennuis que peut causer une rupture de l'urètre méconnue. Ce malade a subi entre nos mains cinq interventions, dix-neuf anesthésies, et nous avons dû travailler un an et demi pour arriver à le guérir.

Tout malade qui est victime d'un accident devrait subir un examen sérieux: les hématuries ou urétrorragies seraient rattachées à leur propre cause; autrement, on s'expose à des troubles qui non seulement mettent en danger la vie du blessé, mais lui réservent un avenir souvent peu enviable.

La constatation de cette rupture immédiatement aurait pu conduire à une simple cystostomie d'urgence et peut-être que tout se serait arrangé par la suite, ou même, au pis aller, à une résection circulaire de l'urètre faite dans des conditions de santé infiniment meilleures.



EXOPHTALMIE SANS GOITRE

Par Réal DORÉ,

Chirurgien à l'Hôpital Général du Christ-Roi, Verdun.

Une femme de 47 ans (HG de V, dossier 9190) m'est dirigée avec un diagnostic de goitre exophtalmique.

De ses antécédents héréditaires il n'y a rien à noter. Pas de goitre familial chez les siens.

On relève ce qui suit de ses antécédents personnels: menstruations régulières jusqu'à l'époque de la ménopause apparue il y a deux ans, mariée à 21 ans, neuf grossesses, quatre fausses couches.

Depuis trois mois la patiente accuse ce qui suit: nervosité, inappétence, insomnie, étourdissements, palpitations, digestion pénible, polyurie diurne (une fois par heure), pollakiurie (cinq fois).

À 35 ans cette patiente pesait 117 livres, 101 livres à 40 ans et 87 livres depuis deux ans.

Examen clinique.

Exophtalmie marquée. Aspect général déshydraté. Dentition défectueuse. Rhino-pharyngite chronique (Dr G.-E. Pouliot). La glande thyroïde est normale de volume et de consistance. L'abdomen est flasque et très déshydraté. L'utérus est en rétroflexion et le col est celui d'une multipare. Pas d'œdème des membres inférieurs. Les réflexes sont normaux et la peau est moite.

Électrocardiogramme: tracé normal sauf manque d'amplitude d'où myocardite chronique. (Dr L.-P. Pelletier).

À l'auscultation du cœur il y a un souffle d'insuffisance mitrale. Le pouls est lent et régulier.

Urines: traces d'albumine, aspect trouble.

Sang: formule normale, BW négatif, azotémie 0.50, glycémie 1.60, chlorurémie 2.25, MB moins 2%.

Quelques commentaires.

Chez cette patiente il n'y a ni goitre ni hyperthyroïdie. Le syndrome hyperthyroïdien est absent (pas de tachycardie ni d'éréthisme du cœur; la glande thyroïde est normale de volume et de consistance; le métabolisme basal est normal; même poids depuis deux ans).

Il s'agit d'une hypersympathicotonique, syndrome qui se manifeste par de l'exophtalmie, des palpitations, une peau moite, etc.

L'état actuel de cette patiente suffit amplement pour surexciter son système sympathique (présence du syndrome cardiorénal, ptose de l'estomac d'où traction du plexus solaire; cette traction, à elle seule, est susceptible d'être l'épine irritative du sympathique; par l'action du stimulus morbide transmis à distance l'œil est exophtalmié. La ménopause est aussi de nature à altérer sa santé).

Morale: l'exophtalmie n'est pas la signature de la présence de la maladie de Basedow; dans différents états pathologiques, autres que celui du Basedow, ce symptôme peut être observé.

Différentes causes de l'exophtalmie.

1. Excès de tissu graisseux de l'orbite.
2. Dilatation des veines du fond de l'œil.
3. Ligature et thrombose veineuses expérimentales.
4. Excitation expérimentale, chez le chien, du sympathique cervical.
5. M. Labbé: l'éphédrine, chez le chien, cause de l'exophtalmie.
6. Contraction du muscle de Muller. (Pemberton et Wilder, clinique Mayo, n'admettent pas cette théorie. Le muscle de Muller, peu développé, est à l'état embryonnaire).
7. L'injection expérimentale, chez le chien, d'extrait antéhypophysaire est suivie d'exophtalmie.
8. Rynearson (Clinique Mayo) cite un cas d'exophtalmie apparue chez une thyroïdectomisée devenue par la suite myxœdémateuse.
9. Code et Essex: la contraction de la gaine conique de l'orbite crée une propulsion du globe oculaire.

La pathogénie de l'exophtalmie est encore obscure. Un système sympathique surexité semble, plus que tout autre, être la cause de l'exophtalmie.



ULCÈRE ET CANCER GASTRIQUES

Par Albert JUTRAS et Ant. CANTERO.

L'observation suivante prouve combien il est imprudent de ne pas surveiller, par la radiographie et la gastroscopie, un ulcère d'estomac soumis au traitement médical.

Madame B., 51 ans, novembre 1935, se présente pour des troubles digestifs qui datent de sept ans et pour un amaigrissement de quinze livres en deux mois (162-147).

La maladie ayant débuté par des indigestions et du subictère, avait été mise sur le compte de la lithiase biliaire et traitée comme telle par les médecins consultés à l'époque.

Depuis deux ans les symptômes se caractérisent par leur horaire post-prandial et leur périodicité: douleurs vives à l'épigastre et sensations de ballonnement deux heures après les repas; accalmies spontanées durant quelques semaines. Les malaises sont nettement soulagés par la prise d'aliments et de poudres alcalines. Quelques vomissements alimentaires, mais jamais d'hématémèse ni de melæna.

Signes physiques.

Malgré sa perte de poids, la malade reste grasse. Les chairs sont un peu molles et pâles, mais l'état général n'inspire aucune inquiétude. Epigastre légèrement sensible et contracturé; le reste de l'abdomen se montre souple, indolent, sans tumeur perceptible. Creux sus-claviculaires, axillaires et inguinaux sans adénopathie. Autres appareils: normaux.

Tubage gastrique.

Epreuve à l'histamine: HCL: absence à jeun.
HCL: absence après la 1ère heure.
Acidité totale à jeun: traces.
Acidité totale après 1 heure: 1.38%.
Acide lactique: présence.

Examen microscopique: Cellules épithéliales et mucine abondante.

Résumé du protocole radiologique (11 nov. 1935).

Estomac vide à jeun. Organe normotonique et normosthénique conformément au type architectural du sujet. Pas d'anomalie de situation. Rien à signaler au fornix et dans la région haute du corps. Les difficultés d'analyse commencent à l'incisure angulaire dont l'épaisseur est augmentée (2½ à 3 cm.). Le péristaltisme est nettement interrompu à ce niveau; la palpation elle-même modifie à peine l'élargissement de l'incisure et provoque, à cet endroit précis, une douleur vive dont le siège et les caractères correspondent aux malaises spontanément ressentis et indiqués par la patiente. Le pivotement

derrière le fluoroscope met en évidence une petite image diverticulaire sur le versant postérieur de la petite courbure. Les radiographies prises en oblique antérieure droite et en décubitus ventral montrent cette niche (fig. 1) se projetant en dehors du contour stomacal. Elle est de forme conique; elle mesure environ 1 cm. de diamètre à sa base et 1 cm. de profondeur.

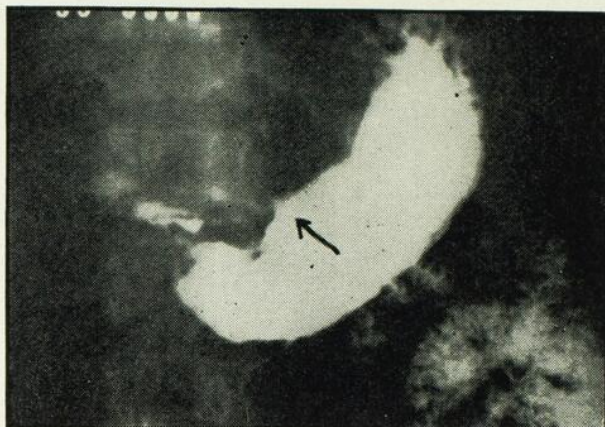


Fig. 1. — La flèche pointe vers la niche conique sur le milieu de la petite courbure.

L'accord des signes cliniques et des signes radiologiques impose le diagnostic d'*ulcus profund* dans la portion moyenne de la petite courbure gastrique.

Le repos au lit, la diète, les antispasmodiques et le chlorhydrate d'histidine suppriment rapidement les symptômes subjectifs et ramènent le poids à son chiffre ancien (163 lbs). Ravie d'une telle amélioration, la patiente sollicite son congé d'hôpital; mais, malgré ses promesses, elle néglige le contrôle périodique de sa guérison apparente.

Quinze mois se passent! Aucune nouvelle. Silence.

Quand nous la revoyons, elle a maigri de vingt-deux livres; son teint est jaune et sa mine, fatiguée. Elle dit mal digérer et manquer totalement d'appétit. Elle ne vomit pas, cependant. Les douleurs d'autrefois ne sont pas revenues. Au palper abdominal, nous constatons une certaine défense musculaire autour de l'ombilic, mais rien de bien défini. Le cœur est arythmique (extrasystoles) et donne 95 pulsations à la minute. Pression art.: 110-45.

Examen du sang.

Hémoglobine 67%; globules rouges 2,920,000; globules blancs 8,000; polynucléaires 61.5%; lymphocytes 28%; grands mononucléaires 9%; éosinophiles 1.5%.

Anémie secondaire hypochromique; lymphocytose et monocytose légères.

Le tubage gastrique révèle 10 c.c. d'un liquide trouble, grisâtre, plein de débris et anacide. L'épreuve à l'histamine accuse aussi une absence totale de Hcl. Microscopie: cellules épithéliales nombreuses, pus, globules rouges, mucine.

Un nouvel examen radiologique (7 avril 1937) se résume comme suit: Rétrécissement annulaire de l'antra stomacal avec incontinence pylorique (fig. 2). Le péristaltisme s'arrête dans la portion moyenne de la petite

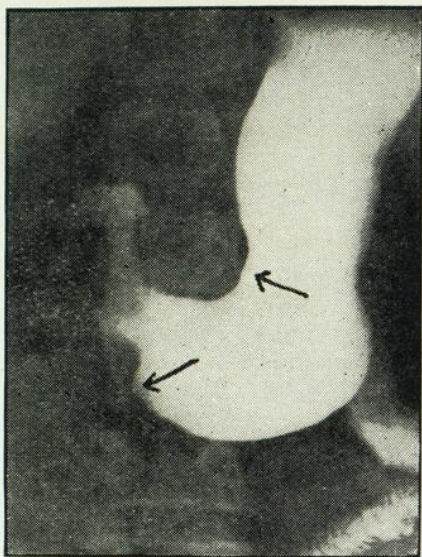


Fig. 2. — Rétrécissement en virole de la région prépylorique. La zone de rigidité sur les courbures remonte jusqu'aux points indiqués par les flèches.

courbure qui reste rigide dans tout le segment inférieur. Sur la grande courbure, les contractions s'immobilisent au voisinage d'une encoche permanente à 5 ou 6 cm. du pylore. En outre, les clichés en couche mince décèlent à l'angle de la petite courbure une grosse niche encerelée de clair (ménisque) et vers laquelle les plis muqueux convergent (fig. 3). La base du bulbe duodénal est aplatie.



Fig. 3. — L'opacification en couche mince révèle un cratère rempli de substance opaque. Une bordure claire traduisant un bourrelet d'infiltration et des plis muqueux convergeant vers l'ulcération. La portion prépylorique n'est pas opacifiée.

Gastroscopie (10 avril 1937) : le mauvais état général de la malade rend l'examen pénible et nous oblige à l'écourter. Nous avons tout de même le temps d'apercevoir, dans la région de l'*angulus*, un très gros cratère à fond sanieux, bourgeonnant et entouré d'une muqueuse tendue, infiltrée, et décolorée. Les plis de la muqueuse saine convergent vers la lésion; ils s'arrêtent au bourrelet péri-ulcéreux.

Cette fois, d'après les données de la radio et de la gastroscopie, nous concluons ferme à un cancer ulcéré affectant la moitié inférieure de l'estomac.

Nous envisageons une tentative de gastrectomie (Dr Fauteux); mais la mort survient prématurément à la suite de la rachianesthésie. L'ablation partielle post-mortem de l'estomac permet les constatations anatomo-pathologiques suivantes:

Examen anatomo-pathologique (Dr W. H. Chase):

Macroscopie (fig. 4): à l'ouverture de la pièce on trouve, sur une distance de 8 cm., la muqueuse transformée en un épaissement dur et



Fig. 4. — Photographie du spécimen post-mortem (Dr Chase).

gris pâle. Celui-ci est à cheval sur la petite courbure et envahit chacune des faces sur une longueur de 6 cm.; de la sorte, il circonscrit la lumière gastrique sauf un intervalle de 2 cm. à la grande courbure. A l'extrémité

céphalique de la tumeur, existe une cavité mesurant 2 cm. de diamètre et dont le fond se constitue de petits bourgeons gris et de consistance ferme.

Microscopie (fig. 5) : la coupe montre une infiltration considérable de toutes les couches gastriques par un épithélium glandulaire embryonnaire.



Fig. 5. — Microphotographie (Dr Chase).

Entre les flots néoplasiques se trouve un stroma lâche constitué de tissu fibreux et de nombreux leucocytes; les cellules tumorales remplissent plusieurs vaisseaux lymphatiques et envahissent quelques veines dilatées. La muqueuse adjacente à l'épithélioma manifeste une hyperplasie marquée.

Conclusion: adéno-carcinome ulcéré de l'estomac.

Commentaires

Cette observation nous remet en face d'une possibilité encore très controversée: la transformation de l'ulcère en cancer. Certains auteurs prétendent, avec Aschoff, que l'ulcus ne subit jamais la dégénérescence maligne; d'autres partagent avec Zender l'avis que l'épi-

thélioma gastrique ne saurait exister sans ulcère préalable. Sans doute, la vérité se trouve entre ces deux extrêmes. Avec Gutmann, nous croyons que l'ulcère peut se cancériser; le cancer, s'ulcérer; l'ulcère et le cancer, coexister en toute indépendance d'origine.

Que s'est-il passé chez notre malade? Qui pourrait nous reprocher, d'après l'histoire clinique et les premières radiographies, d'avoir pensé, en novembre 1935, que la lésion était bénigne?

Fausse ou juste, cette interprétation n'eût peut-être pas abouti aux mêmes conséquences, si nous eussions pu observer, à des intervalles réguliers et à l'aide des rayons X et du gastroscope, l'action véritable du traitement.

Un ulcère bénin n'augmente jamais de volume. Une niche qui grandit indique toujours une ulcération maligne. Ces deux notions sont capitales. Elles mettent à l'abri de l'erreur quiconque accepte la vérification périodique des dimensions du cratère. Un contrôle hebdomadaire ou bi-mensuel assure la sécurité. Une niche, qui n'a pas manifestement rétrocedé en un mois de traitement, doit être considérée comme suspecte.

Aucune impression clinique d'amélioration ne peut soustraire le patient ou son médecin à ces règles de prudence.



MENSTRUATION ET TUBERCULOSE ⁽¹⁾

Par J.-A. MILLET,
Médecin à l'hôpital du Sacré-Cœur

Les troubles de la menstruation, chez la tuberculeuse, ont depuis toujours retenu l'attention du clinicien, qui a eu le choix de penser avec Daremberg, Sabourin, Bezançon, que la dysménorrhée et l'aménorrhée entraînaient sa patiente vers une fin prématurée ou d'accepter l'opinion de Granzow et d'autres, que ces épiphénomènes signaient la présence d'une heureuse réaction de l'organisme. Hypothèses contradictoires, qui ont donné lieu à de nombreuses recherches dans les domaines de l'anatomo-pathologie, de la physiologie et de l'endocrinologie.

Il est certain qu'à l'autopsie on a reconnu des lésions tuberculeuses de la trompe, de l'utérus et très rarement de l'ovaire, suivant Louise de Jong, qui, sur vingt autopsies de tuberculeuses cachectiques, observa seulement une hypoplasie de la glande interstitielle et une absence du corps jaune. Cependant, des lésions annexielles, caséuses ou non, pourraient-elles expliquer la modalité des aménorrhées alternantes et des règles, redevenues définitivement régulières, non douloureuses et normales dans la durée? Il ne semble pas, si l'on considère combien rares sont de telles lésions génitales en regard de la fréquence des anomalies menstruelles. De même, comment pourrait-on soutenir que l'aménorrhée soit le résultat d'une septicémie grave par embolie sanguine ou lymphatique, quand on voit une menstruation chez tant de malades profondément intoxiquées. Edwin Jameson, de Saranac Lake, dans *The American Journal of Obstetrics and Gynecology*, janvier 1936, étudiant l'heureuse influence de la collapsothérapie en tuberculose sur la physiologie des menstruations, ajoutait dans ses conclusions qu'il faut rejeter cette théorie de septicémie pour traiter ces dysménorrhées et aménorrhées de la même façon que les dystocies endocriniennes non tuberculeuses.

Aussi, la connaissance, de plus en plus grande, de l'endocrinologie a jeté un peu de lumière sur ce problème. Jean Paraf et Pierre Delié, dans une expérimentation, parue en juillet 1932, conclurent à l'absence du prolan et à la présence de la folliculine dans

(1) Travail fait dans le service du Dr J.-A. Vidal.

les urines des aménorrhéiques. Ils ont mis en évidence le rôle de la folliculine, qui continue d'être sécrétée bien que l'évolution menstruelle soit arrêtée par l'action modératrice du corps jaune; et ils ont interprété cette action frénatrice, une véritable réaction de défense inopérante chez certaines tuberculeuses, à menstruations accidentées, ce qui expliquerait les troubles de ces périodes.

D'autre part, J. Caussimon, dans un article de *la Presse Médicale* du 30 novembre 1929, établit une classification de l'aménorrhée, qui devrait briser la divergence des auteurs. Il distingue l'aménorrhée active et l'aménorrhée passive, dite silencieuse. Cette dernière s'installe sans aucune fièvre ni aucun trouble secondaire nerveux et psychique. L'auteur conseille de ne pas traiter cette aménorrhée, au cours de laquelle l'état général se relève très souvent. Au contraire, dans l'aménorrhée active, un cortège de symptômes bruyants: pyrexie, vertiges, insomnies, céphalées, bouffées de chaleur, douleurs lombaires irradiant dans le bas-ventre, troubles digestifs et psychiques, accompagnent l'absence du flux menstruel, et alors une thérapeutique appropriée sera mise en œuvre.

Depuis un an, dans le service du Dr Vidal, nous avons eu l'occasion de traiter ainsi plusieurs malades, dans l'espoir d'équilibrer leur état général et partant aider à leur amélioration pulmonaire. Nous avons employé une hormone hydrosoluble, l'agomensine, hormone folliculaire, et la sistomensine, hormone liposoluble, hormone lutéinique, avec les résultats que voici :

R. L., 25 ans, polysérite T. B. Dysménorrhée et aménorrhée actives, insomnie, fièvre, anorexie, douleurs lombaires. Régression des signes subjectifs après traitement, et augmentation de l'appétit et du poids.

M. S., 24 ans, T. B. caséuse bilatérale. Dysménorrhée aggravante, règles irrégulières et prolongées, douleurs irradiant dans le bas-ventre. Amélioration complète de l'état local et général.

L. A., 19 ans, T. B. ulcéro-caséuse droite. Dysménorrhée aggravante, fièvre, céphalées, nausées et rares vomissements. Régression de tous ces symptômes.

M. J., 22 ans, T. B. cortico-pleurale gauche. Dysménorrhée aggravante, troubles digestifs, urticaire, pyrexie, douleurs lombaires. Amélioration de l'état local et général.

W. D., 44 ans, T. B. fibro-caséuse apicale gauche. Aménorrhée active, symptômes de la ménopause, céphalées, vertiges, nausées, troubles visuels et circulatoires. S'est facilement améliorée sous l'effet du traitement endocrinien.

METHODE DE WHIPPLE

HEPATHERMO

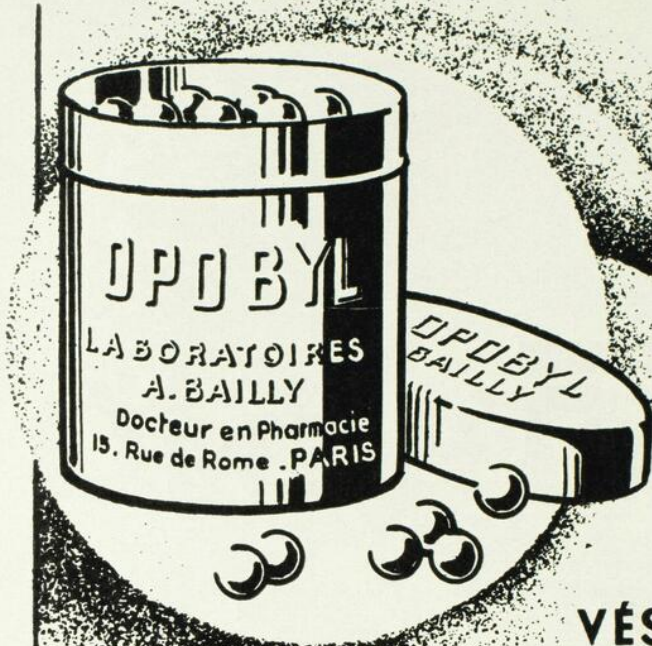
DESCHIENS



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

**SYNDROMES
ANÉMIQUES**

OPOBYL



Pour vos
VÉSICULAIRES
Pour vos
HÉPATIQUES

O P O B Y L

associe

**L'OPOTHÉRAPIE BILIAIRE ET HÉPATIQUE
A LA MÉDICATION VÉGÉTALE HABITUELLE**

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

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

Agents pour le Canada: **VINANT Liée**, 533, rue Bonsecours, **MONTREAL**.

En tout, une vingtaine de patientes ont bénéficié de cette thérapeutique, qui nous a permis de reconnaître le grand intérêt de traiter les dysménorrhées aggravantes et les aménorrhées actives, puisque en tuberculose pulmonaire nos moyens de lutte n'ont encore rien de spécifique.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Edwin W. JAMESON, Saranac Lake.
The influence of collapse therapy in the treatment of pulmonary tuberculosis on menstrual physiology in *The American Jour. of obst. and gynecology*, jan. 1936. Vol. 31, page 30.
2. Jean PARAF et Pierre DELIE.
Aménorrhée chez les tuberculeuses pulmonaires. Etude endocrinologique. *Revue de la Tuberculose*. Tome XIII, 7 juillet 1932.
3. J. CAUSSIMON.
Les fièvres menstruelles. *La Presse Médicale*, 30 nov. 1929.



PETITE CLINIQUE

PSYCHOPOLYNÉVRITE DE KORSAKOFF

Par Jean SAUCIER.

La malade que nous allons examiner ensemble est de toute évidence une paraplégique. Elle est incapable de s'asseoir, encore moins de se tenir debout. Elle remue ses membres inférieurs avec une extrême difficulté. Elle ne souffre pas beaucoup spontanément, mais la moindre pression un peu véhémement de ses masses musculaires, notamment aux régions distales des quatre membres, déclenche de vives douleurs.

Elle est dans cet état depuis trois semaines. Déjà la surface cutanée de sa région sacrée est en voie d'escarrification.

Cette malade fut admise hier soir et on ne sait rien de son histoire. Le mode de progression de ce syndrome n'est pas connu. La malade elle-même n'est pas un bon témoin. Elle est à la fois distraite et logorrhéique. Elle parle sans cesse. Elle ne peut répondre exactement à des questions précises. Ceux qui l'ont amenée ont dit qu'elle était impotente depuis environ trois semaines. Ce maigre détail évolutif nous permet cependant de déduire qu'il ne s'agit pas d'une impotence subite, mais que le processus a pour le moins un recul de trois à quatre semaines. La logorrhée plus ou moins cohérente que vous écoutez va nous aider plus que nous ne pouvions le croire dès l'abord, surtout lorsque après avoir recherché les symptômes objectifs nous ferons la synthèse de *tous* les éléments du diagnostic.

Nous ne nous précipiterons pas aveuglément sur l'étiquette nosologique. Jusqu'à présent nos chances d'errer sont encore grandes. Procédons lentement et aussi logiquement que possible avec les renseignements qui sont à notre disposition, même avant d'entreprendre l'enquête objective.

A défaut d'histoire détaillée, nous avons au moins la malade à notre disposition, et elle ne se fait pas prier pour parler. Elle parle

même beaucoup trop. N'est-ce pas là un élément symptomatique qui pourrait devenir une des clés maîtresses de notre problème? On connaît l'éloquence des mutismes catatoniques, stuporeux, aphasiques, etc.; pourquoi les déluges de mots et les salades verbales ne seraient-ils pas aussi éloquents? Si la quantité des mots est ici relativement négligeable, il est possible que la qualité du mot utilisé devienne singulièrement révélatrice. Voyons un peu ce que nous pouvons tirer de ce flot verbal:

Q. — Où êtes-vous en ce moment, Madame?

R. — Je suis chez vous, rue Saint-Denis.

Q. — En quelle année sommes-nous?

R. — En 1930.

Q. — En quel mois?

R. — En janvier.

Q. — Qu'est-ce que vous pensez de votre état?

R. — Ça va bien, mais j'ai soif et mes jambes me font souffrir.

Q. — Depuis quand êtes-vous malade?

R. — Depuis trois ou quatre jours.

Q. — Qu'est-ce qui vous ferait plaisir en ce moment?

R. — Un verre de gin.

Q. — Votre plaie vous fait-elle souffrir?

R. — Je n'ai pas de plaie.

Que pouvons-nous observer dans ces réponses? On peut, certes, observer plusieurs choses. Retenons, notamment, leur spontanéité, les alternatives de fausseté et de bien-fondé, l'amnésie, la teinte hypomaniaque, pour ne signaler que les remarques les plus importantes.

La spontanéité est indubitable. Elle est paradoxale chez cette malade si peu attentive. Aussitôt la question posée, la réponse surgit comme un réflexe. Or, cette spontanéité dans la réponse n'a rien de commun avec celle que l'on observe chez les collégiens au cours des concertations; elle est pathologique. La réponse rapide et inévitable comble ici de grossières lacunes mnésiques. Cette malade fabule. Elle invente les réponses au gré de son imagination et de ses souvenirs épars. Nous verrons bientôt le gros élément de diagnostic que cette particularité comporte.

Cette malade a cependant quelques souvenirs assez précis, et lorsqu'elle demande un verre de gin, ce désir pourrait bien être fondé sur des habitudes éthyliques authentiques. La bonne humeur et la facétie sont assez nettement démontrées; par ailleurs, les remarques spontanées, qui s'alimentent largement de ce qu'elle voit et entend, ne font pas douter de l'état hypomaniaque concomitant.

Avant d'aller plus loin, à quoi pouvons-nous penser si nous ajoutons les renseignements suivants que m'apporte la garde-malade: malade de 44 ans, mariée, mère de 4 enfants, séparée de son mari depuis longtemps, éthylisme considérable?

Nous sommes en présence d'une malade de 44 ans, paraplégique, dont la maladie remonte apparemment à 3 ou 4 semaines. Nous savons que l'alcool a probablement contribué à l'éclosion de ces troubles. Le tableau mental comporte de l'amnésie avec fabulation compensatrice, de l'aproxexie, de l'enjouement morbide.

Songez un peu aux éventualités diagnostiques tandis que nous allons procéder à l'examen objectif.

Nous avons déjà dit que la malade est alitée. La force segmentaire est très diminuée, plus aux extrémités distales qu'aux extrémités proximales, plus aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs. Les manœuvres que nous faisons pour tester la force musculaire arrachent à la malade des cris de douleur. L'aspect général des membres n'est pas modifié. Il n'y a pas d'atrophie musculaire ni de fibrillations. En manœuvrant les membres supérieurs on note un léger tremblement manuel; ce tremblement se retrouve aux lèvres et, à un degré moindre, à la langue. La sensibilité objective est excessivement diminuée aux régions ectroméliques, plus particulièrement aux membres inférieurs. Tous les modes sont également compromis. Tous les réflexes tendineux sont abolis aux membres inférieurs. Aux membres supérieurs, les stylo-radiaux et les cubito-pronateurs sont abolis; les bicipitaux et les olécrâniens sont respectés. Les réflexes cutanés sont normaux. Les épreuves cérébelleuses s'effectuent relativement bien en dépit du tremblement déjà noté. Les nerfs craniens n'offrent rien de saillant, à moins que nous retenions l'enrouement de la malade, enrouement facilement explicable par l'abus de la parole.

L'examen somatique général n'ajoute rien aux renseignements dont nous disposons: le cœur et les poumons sont normaux. La tension artérielle est de 130/80. Le foie n'est pas douloureux ni hypertrophié. Les fonctions uro-génitales ne sont pas perturbées. Les organes des sens sont indemnes. Il est intéressant de noter ici l'absence de phénomènes psycho-sensoriels de la sphère optique. On s'attendrait à entendre une histoire de zoopsie, de cauchemars avec visions terrifiantes. Il n'en est rien. Les choses se passent comme si les nerfs périphériques avaient absorbé en presque totalité la charge toxique, en collaboration partielle avec le cortex cérébral. Notons encore ici, au passage, l'électivité très spéciale de la participation cérébrale: alors



Opothérapie

Hématique

Totale

SIROP de
DESCHIENS

à l'Hémoglobine vivante

Renferme intactes les Substances
Minimales du Sang total

Médication rationnelle des
SYNDROMES ANÉMIQUES
et des
DÉCHÉANCES ORGANIQUES

Une cuillerée à potage à chaque repas.

DESCHIENS, D' en Ph^a, 9, Rue Paul-Baudry, Paris (8^e)

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



PIPÉRAZINE

MIDY

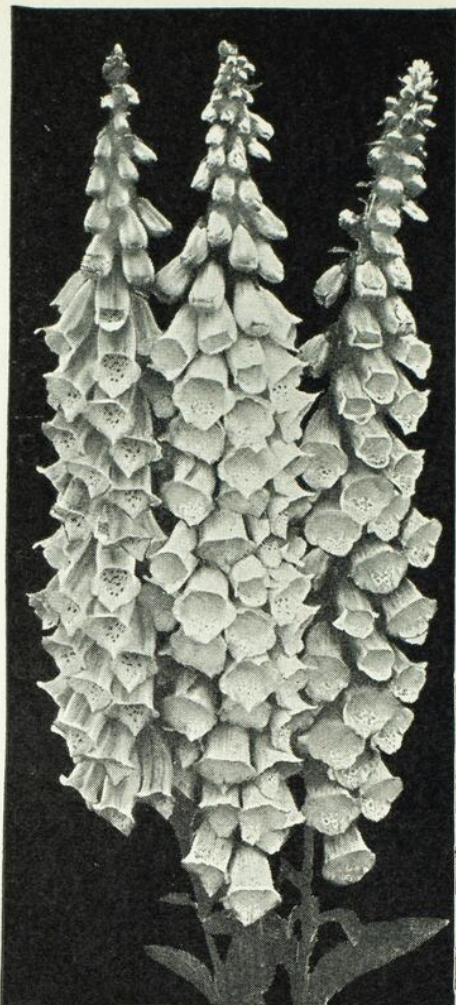
“ANTI-URIQUE TYPE”



LABORATOIRES DE LA PIPÉRAZINE MIDY
New Birks Bldg. MONTREAL

2 à 4 cuillerées à café par jour.

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



Traitement Digitalique

Excellent

CAPSULES

DIGITALIS FOLIUM

Ayerst

Traitement économique

Absorption immédiate

Administration facile

Absence de saveur

Posologie précise

Stabilité

La digitale qui entre dans la fabrication des capsules Digitalis Folium Ayerst est d'origine canadienne et est de la plus haute qualité. Ces capsules sont titrées selon la méthode employée

au Laboratoire d'Hygiène du Ministère des Pensions et de la Santé Nationale, Ottawa. Présentées en cinq dosages :-

No 311	équivalent à 3 minimes de la solution digitaline cristallisée au 1-1000ème.
No 312	" " 6 " " " " " " " " " "
No 313	" " 9 " " " " " " " " " "
No 314	" " 12 " " " " " " " " " "
No 315	" " 18 " " " " " " " " " "

**AYERST, McKENNA & HARRISON, Limitée, Biologistes et Pharmaciens,
MONTREAL, CANADA.**

qu'habituellement les psychoses alcooliques affectionnent de s'extérioriser par des hallucinations visuelles, nous avons chez cette malade, non plus des hallucinations, mais de l'amnésie avec fabulation et un état hypomaniaque.

*

* *

Le mode très inusité dont nous avons obtenu nos renseignements — au cours de l'examen — m'ont fait procéder de façon assez peu orthodoxe. Je vous ai donné tous les éléments du diagnostic et vous pouvez dès maintenant classer notre malade. Nous n'avons pas posé la question du diagnostic différentiel, et elle se pose très sûrement, car l'alcool n'est pas le seul agent qui puisse causer ce syndrome, du moins, produire certains éléments de ce syndrome. Il existe des états hypomaniaques en dehors de l'alcoolisme; l'alcool n'a pas le monopole des paraplégies; que faisons-nous de la syphilis dans l'explication de ce syndrome psycho-neurologique, car cette malade a certainement des signes de la série tabétique et des signes de la série pégétique; enfin les manifestations pellagreuces de la carence en vitamine B sont à éliminer.

En faisant ces restrictions je me réintègre dans la clinique classique. Je ne pouvais vous faire cette injure. Nous terminerons rapidement en éliminant facilement les pseudo-objections que me dictait la procédure traditionnelle.

Il existe évidemment des états hypomaniaques en dehors de l'alcoolisme et l'alcool n'a pas le monopole des paraplégies, mais lorsque l'état hypomaniaque suspect s'accompagne d'amnésie avec fabulation et que la paraplégie est l'expression d'une polynévrite tout à fait typique, il est des rapprochements qui s'imposent et que vous avez déjà très probablement faits.

La paraplégie est bien sous la dépendance de l'atteinte polynévritique: les douleurs à la pression des masses musculaires, la prédominance ectromélique des hypoesthésies, l'absence de participation pyramidale et de distribution radiculaire des troubles sensitifs signent abondamment la polynévrite.

La syphilis est certainement possible, et si nous ne possédions pas les notions anamnestiques de bacchanales copieuses et répétées, c'est surtout à elle qu'il faudrait songer. Le sérum sanguin de la malade est à l'étude et avant que vous arriviez j'ai fait la ponction lombaire. Nous serons bientôt fixés sur ces éventualités. Il est cependant plus que probable que la réaction de Wassermann sera négative. Quoi qu'il en soit, sa *positivité* ne changerait rien à notre diagnostic.

Dans ce cas, la syphilis serait un épiphénomène, un ennui de plus pour notre misérable bacchante. Disons pour les friands de renseignements complets que la tension rachidienne est normale et que l'aspect du l. c. r. est classiquement « eau de roche ».

Les signes de la série tabétique sont les aréflexies tendineuses. Nous savons maintenant que ces aréflexies sont en rapport avec l'élément polynévritique de notre syndrome. L'hilarité, l'euphorie et l'effervescence affective ne doivent plus être rattachées à la maladie de Bayle, mais au second élément du syndrome que nous voulons établir, car il est de règle que dans la psychopolynévrite de Korsakoff la fabulation s'accompagne d'un petit état maniaque de contentement, de fierté de soi un peu bête. En somme, ces malades sont contents d'eux à cause de l'étonnement de l'interlocuteur qui obtient immédiatement et inévitablement réponse à toutes ses questions.

En définitive, l'équation: polynévrite alcoolique, plus fabulation amnésique égalent psychopolynévrite de Korsakoff est pleinement réalisée. Une avitaminose B primitive ne peut pas être considérée longtemps; du reste, notre malade ne présente aucun signe de pellagre. Cette notion de diagnostic différentiel va cependant nous venir en aide lorsque nous instituerons le traitement, car on connaît, depuis les travaux américains sur les avitaminoses l'importance de la vitamine B dans le traitement et la prévention des polynévrites. On sait, notamment, que son emploi prophylactique empêche le développement de la polynévrite chez les animaux soumis à l'alcool. Nous allons donner à notre malade une ampoule d'extrait de vitamine B. en injection intramusculaire tous les jours et cette médication constituera la base de son traitement. Plus tard, lorsque les douleurs seront moins vives nous aurons recours à la mobilisation passive et à la stimulation musculaire par les courants galvaniques et faradiques. Cet état durera assez longtemps, mais il y a tout lieu de croire que nous obtiendrons une guérison à peu près parfaite. Un long séjour à l'hôpital aura d'autre part une excellente influence sur l'habitude alcoolique. Mais nous voilà de nouveau sur le terrain des probabilités. Mieux vaut nous en tenir aux certitudes — elles sont tellement rares en médecine: notre malade guérira parce que nous pouvons contrôler l'étiologie durant son séjour à l'hôpital et parce que l'extrait de vitamine B a déjà fait ses preuves en pareils cas. Le soin des escarres est affaire de patience et de diligence de la part des gardes-malades.



LABORATOIRE NATIVELLE

27, Rue de la Procession - PARIS 15

OUABAÏNE
ARNAUD

INDICATIONS

Insuffisance ventriculaire gauche.
Myocardites diverses à cœur régulier.
Toutes cardiopathies décompensées.

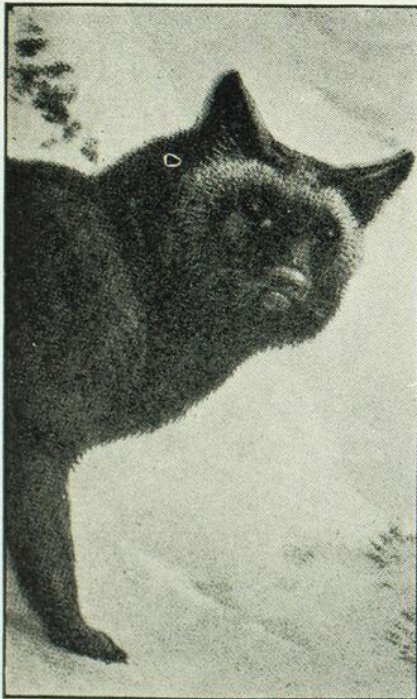
FORMES

Solution à 2/100.
Ampoules au 1/4 de mg. pour injections intraveineuses.
Ampoules au 1/2 mg. pour injections intramusculaires.

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



Draeger



ARMAND MERCIER

E.-E. DION

FOURRURES DE HAUTE QUALITÉ

Spécialité :
Fourrures exclusives pour le médecin et sa famille.

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

MERCIER & DION

2117 est, Ave Mont-Royal près Delorimier

Tél.: FR. 2711

Les CELLULES qui RÉGÈNÈRENT

PRISES ISOLÉMENT ou GROUPEES
DANS LE TISSU CELLULAIRE,
réagissent favorablement à l'influence de la
chaleur et des propriétés thérapeutiques de l'

Antiphlogistine



Leur activité, de
même qu'une cir-
culation plus in-
tense dans le ré-
seau capillaire,
sont les facteurs
fondamentaux de
toute guérison.



*Echantillon
et littérature*

Phases du développement des cellules polymorphonucléaires et mono-
nucléaires montrant les cellules du tissu conjonctif au début.

L'Antiphlogistine est fabriquée au Canada.

THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY
153, LaGauchetière ouest,
MONTRÉAL

REVUE DES LIVRES

Traité élémentaire d'Exploration clinique médicale (technique et séméiologie), publié par Emile SERGENT, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine, avec la collaboration de MM. Francis BORDET, Paul GEORGE, Clément LAUNAY, Camille LIAN, René MIGNOT, Pierre OURY, Pierre PRUVOST, L. RIBADEAU-DUMAS. Deuxième édition. Masson et Cie, éditeurs, libraires de l'Académie de Médecine, 120, blvd Saint-Germain, Paris, 6e.

NOTE: En annonçant la nouvelle édition de ce beau livre, nous ne saurions mieux faire que de reproduire en entier la préface de l'auteur où nous lisons avec le plus vif intérêt un exposé de doctrine digne du Maître dont le savoir et l'expérience en la matière sont insurpassables. Ce livre, à lui seul, vaut une bibliothèque que les médecins de tout âge, de tous lieux et de toute catégorie pourront consulter avec profit.

LeSAGE.

Il y a vingt-trois ans, en 1913, paraissait la première édition du Précis de *Technique clinique, médicale et de Séméiologie élémentaires*, dans lequel, mes premiers collaborateurs et moi, nous avons réuni l'ensemble des données didactiques qui constituent les bases fondamentales de l'examen clinique.

Ce précis était, en fait, l'expression écrite des conférences du « *Cours de technique clinique médicale élémentaire, exclusivement consacré à l'étude des méthodes usuelles d'examen des principaux appareils et d'explorations des principales fonctions* », cours d'enseignement libre que j'avais organisé pour combler une lacune de l'enseignement officiel à cette époque, et dont j'indiquerai plus loin les principes directeurs et l'origine. Ce cours était le complément d'un cours plus restreint, que j'avais fait antérieurement et qui portait uniquement sur la technique des procédés usuels employés pour l'exploration de l'appareil respiratoire.

Le cours, ainsi complété, fut suivi chaque année par un très grand nombre de jeunes « bénévoles », et la « *Technique clinique* » connut un succès qui sembla bien justifier son opportunité. Malgré les années de la grande guerre, la cinquième édition paraissait en 1921, au moment même où la Faculté de Médecine me faisait l'honneur de m'ouvrir ses portes. C'est à l'enseignement libre que j'avais organisé et dont la « *Technique* » synthétisait le but et le programme que je dois cet honneur si précieux: l'enseignement clinique élémentaire a reçu l'estampille et la consécration officielles.

Qu'il me soit permis d'évoquer ici le souvenir d'un maître dont les encouragements et les conseils furent les plus sûrs soutiens de mon effort

de redressement après un échec à l'agrégation, qui devait, selon toute évidence, m'écarter à tout jamais de l'enseignement officiel. « Ne vous laissez pas décourager par cet échec; je l'ai éprouvé moi-même; point n'est besoin d'un titre pour jouer un rôle; faites comme moi; vous êtes médecin des hôpitaux: l'hôpital est le meilleur, le vrai foyer pour l'enseignement clinique; enseignez en liberté. » Voilà pourquoi, si nombreuses que pussent être les éditions de la « *Technique* », j'ai décidé que la *Lettre-Préface de Lucas-Championnière*, écrite pour la première édition, les présenterait toujours au lecteur; voilà pourquoi cette lettre-préface garde sa place dans le « *Traité élémentaire d'Exploration clinique médicale* », qui remplace l'ancien Précis de « *Technique clinique médicale et de Séméiologie élémentaire* ».

Si la dénomination de l'ouvrage a changé quelque peu, l'esprit demeure le même; si la forme extérieure s'est amplement modifiée, si le *Précis* a grandi et est devenu un *Traité*, c'est parce que les limites de l'enseignement dit « élémentaire » s'élargissent constamment par l'apport de notions fondamentales qui constituent des bases nouvelles pour l'exploration clinique. Le lecteur qui comparera la première édition de la « *Technique* » au « *Traité d'exploration clinique* » pourra constater l'agrandissement des cadres anciens et l'adjonction de cadres nouveaux, dans lesquels ont pris place certains procédés d'exploration et certaines données séméiologiques, actuellement si classiques que l'enseignement des éléments de l'exploration clinique ne saurait plus les omettre.

La présentation matérielle de l'ouvrage a été considérablement améliorée; un grand nombre des figures ont été refaites; de nombreuses radiographies ont remplacé les anciennes ou se sont ajoutées à elles.

Quelles sont donc les raisons qui m'ont conduit à organiser, dans mon service, l'enseignement clinique médical élémentaire? Quels sont les principes directeurs auxquels cet enseignement doit être méthodiquement et rigoureusement soumis?

Nous abordons là l'un des plus gros problèmes de l'enseignement médical. Il n'est point possible, à une époque où s'accumulent les acquisitions de nos connaissances scientifiques, théoriques et pratiques, de se désintéresser de ce problème. C'est un devoir, pour ceux qui ont mission de former les futurs médecins, de chercher, en toute équité, avec sagesse et bon sens, la solution de ce problème.

Personnellement, depuis le début de mes études médicales, j'ai compris — pour avoir éprouvé moi-même, lors de mes premières semaines de stage hospitalier, un sentiment de malaise et de crainte — qu'il fallait procéder avec méthode, avec logique, éclairer, comme je le répète constamment, les corridors obscurs dans lesquels se perd le jeune étudiant qui s'aventure sans guide dans les profondeurs insondables des secrets de la clinique.

« Lorqu'un étudiant, qui veut travailler et en cherche les moyens — celui-là seul nous intéresse — s'enrôle bénévolement dans un service hospitalier, il risque fort, s'il n'est attiré ni guidé par un ami plus ancien, par un externe, par l'interne, de ne rien comprendre aux choses qu'il voit et qu'il entend; le moindre mal est qu'il n'apprenne rien et perde simplement son temps; heureux quand il ne meuble pas sa mémoire d'idées fausses, résultant d'une interprétation défectueuse des discussions qui s'élèvent en sa présence sur les problèmes clinique soulevés par les « cas » réunis dans le service. Et, en effet, ce débutant que peut-il faire dans ces salles d'hôpital, au milieu de ces anciens déjà

VERONIDIA

PRINCIPES ACTIFS: Véronal pur
Extrait de Passiflora

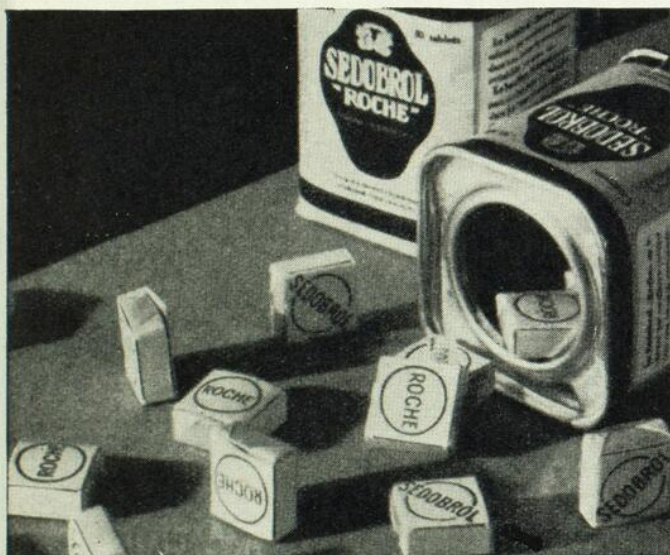
2

FORMES : Solution - Comprimés

INDICATIONS: **Antispasmodique**
Hypnotique

Société Générale d'Applications Thérapeutiques
"T H É R A P L I X"

Distributeurs: **ROUGIER FRÈRES** **MONTREAL**



Le
SÉDOBROL
"ROCHE"
calme

dyspepsies
gastro-intestinales
neurasthénie
hyperexcitabilité

Médication bromurée idéale.
Les malades l'aiment.

Le bouillon de **SÉDOBROL "ROCHE"** est très savoureux.

Echantillons à messieurs les médecins

HOFFMANN-LA ROCHE Limitée 283 ouest, rue St-Paul
MONTREAL



SANATORIUM DE BLOIS

23, Avenue Laviolette, TROIS-RIVIERES, Qué.

Fondé en 1896

Maison de repos, de régimes et
de convalescence

Affections nerveuses en général

Maladies de l'estomac et de l'intestin ; surmenage, troubles de la nutrition.
Neurasthénie, rhumatisme, artério-sclérose, intoxications, morphine,
alcool, etc. Psychothérapie, 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.

formés — mal formés d'ailleurs, quelquefois — pour lesquels parle le chef?»

Voici ce que j'écrivais au début de l'Introduction de la première édition de ma « *Technique clinique* » en 1913. Le *bénévole* de cette époque est devenu maintenant le *stagiaire de première année*. Il est moins perdu, moins noyé moins isolé, parce que, précisément, la Faculté l'a pris administrativement et obligatoirement en tutelle et a organisé officiellement le programme de l'enseignement clinique initial, dans des conditions qui peuvent être considérées comme satisfaisantes et qui dans leur esprit général, correspondent aux principes directeurs qui m'ont guidé dans le rôle d'enseignant libre que je m'étais volontairement assigné, alors que l'enseignement élémentaire officiel, méthodiquement réglé, n'existait pas encore.

Si cet enseignement élémentaire existe aujourd'hui, réjouissons-nous, mais n'oublions pas que nous, professeurs de clinique, qui avons mission de le distribuer officiellement aux anciens bénévoles devenus stagiaires de première année, nous devons nous conformer aux principes directeurs qui ont pour but de régler rationnellement et méthodiquement notre programme.

Là encore, je ne puis que maintenir ce que j'écrivais en 1913, pour montrer l'incohérence, à cette époque, de la soi-disant formation du jeune débutant, pénétrant dans nos services hospitaliers.

« Ici, arrêt bien long certes, au lit d'un typhique: discussion passionnée « sur l'origine hydrique ou la contagiosité directe de la fièvre typhoïde; pas « un mot sur les symptômes! — Plus loin, station prolongée en face d'une « jaunisse et aperçus fort documentés sur l'hémolyse et les hémolysines; silence « complet sur les éléments du diagnostic différentiel des ictères! — En face, « reprise d'une polémique quotidienne, entretenue par le chef et l'interne, par- « tisans intransigeants de deux doctrines adverses sur la pathogénie du « diabète; aucune allusion à l'évolution clinique! — Dans la salle des femmes, « causerie fort élégante, à propos d'une syphilis secondaire, sur la réglemen- « tation de la prostitution; mais, où sont donc ces papules, cette roséole, ces « plaques muqueuses que ce jeune pourrait si facilement apprendre à recon- « naître si on les lui montrait! — Au lit voisin, paroles douces et consolatri- « ces, promesses formelles de prompte et complète guérison: c'est une phthisi- « que qui va mourir!

« Demain les jours suivants, même promenade péripatéticienne, entre « les rangées de lits, chef en tête, *bénévole* en queue!

« Dans un mois, ce *bénévole*, s'il est intelligent, s'apercevra qu'il trouve « dans ses livres, très clairement exposées, les idées qu'il entend discuter « hâtivement, primesautièrement, chaque matin, au lit des malades. Consta- « tant, s'il pleut ou s'il gèle, qu'il est mieux au coin du feu, et, s'il fait beau, « qu'il est aussi bien sous les arbres du Luxembourg, pour faire de la théorie, « il oubliera le chemin de l'hôpital, préparera ses examens dans ses livres et, « dépourvu de toute éducation clinique, restera, sa vie durant, le plus dan- « gereux des médecins.

« Ce *bénévole*, cet apprenti, plein de bonne volonté, n'a pas reçu la « direction qu'il venait chercher; aucun maître ne lui a appris à reconnaître « ses outils ni enseigné la manière de s'en servir. Il n'a ni méthode de travail, « ni technique.

« C'est là le gros défaut de notre enseignement clinique: il ne sait pas se « différencier suffisamment de la pathologie et il ne comporte pas une part « assez large pour l'enseignement élémentaire. Il oublie que la pathologie

« trouve sa place dans les livres, que l'hôpital se réserve la clinique, c'est-à-dire l'étude des applications pratiques de la pathologie, et qu'à l'hôpital il y a deux catégories d'élèves, ou d'auditeurs, les anciens et les débutants. « Or, l'hôpital fournit le plus beau matériel d'enseignement qu'il soit possible de souhaiter; et ce matériel, s'il est utilisé convenablement, se prête à merveille à l'instruction de ces deux catégories d'élèves.

« Aux anciens, il livre l'inépuisable mine des « cas rares », des faits « longuement et rigoureusement observés, parmi lesquels ils trouveront, sous « la direction du chef, la matière de recherches personnelles. C'est dans cette « même mine que puisera également le chef pour y trouver la substance des « cliniques qu'il fera sur les sujets qu'il étudie spécialement; ainsi pourra-t-il, « s'il en a le goût, organiser dans son service, même s'il ne fait pas partie du « corps de Faculté, une sorte d'enseignement clinique supérieur, ou, si l'on « préfère, spécialisé, qui s'adressera non seulement aux élèves, mais même aux « médecins, attirés par la notoriété qu'il aura su acquérir dans telle ou telle « branche de la médecine. Cet enseignement supérieur ou spécialisé est le seul « qui semble, jusqu'ici, avoir été envisagé et il n'est pas exagéré de dire que « l'ancienne renommée de la clinique française lui doit ses succès, aujourd'hui « encore vivaces et justement mérités.

« Mais, si cet enseignement clinique supérieur peut être considéré comme « suffisamment organisé et représenté, il est loin d'en être de même de l'enseignement clinique élémentaire, c'est-à-dire de celui qui s'adresse aux « jeunes, aux débutants, et, partant, à l'auditoire le plus intéressant en « même temps que le plus nombreux. Cet enseignement élémentaire est généralement négligé; très rares sont les services dans lesquels il n'est pas « complètement inconnu; on peut dire qu'il est absolument insuffisant et déficient et, cela, par cette raison même qu'il n'est pas organisé avec méthode « et qu'il ne s'adapte pas à l'état d'esprit dans lequel le débutant aborde ses « études médicales. Celui-ci ignore tout ou à peu près tout; et pourtant « d'emblée, il est autorisé à suivre la visite, à ausculter, à percuter, à palper, « tant et si bien qu'il s'égaré dans l'erreur ou, bientôt, s'éloigne désabusé, « alors que, au contraire, son ignorance, c'est-à-dire, en réalité, sa non-« déformation par une méthode vicieuse, le rendait merveilleusement apte à « bénéficier d'un enseignement méthodiquement progressif et logiquement conduit.

« *L'enseignement clinique élémentaire*, tel que je le comprends et tel que « je me suis efforcé de le réaliser dans mon service, comporte deux parties.

« D'abord, *l'enseignement de la technique*, c'est-à-dire des procédés « d'examen dont l'ensemble constitue ce qu'on pourrait appeler l'arsenal de « l'exploration clinique, tant au lit du malade qu'au laboratoire.

« Ensuite, *l'enseignement de la séméiologie*, c'est-à-dire de la signification des signes et des symptômes morbides observés au lit du malade et des « constatations faites au laboratoire.

« Il doit viser, en un mot, non pas l'étude descriptive des maladies, « réservée à la pathologie, mais l'étude des procédés d'exploration qui permettent d'en rechercher et d'en constater les signes et les symptômes.

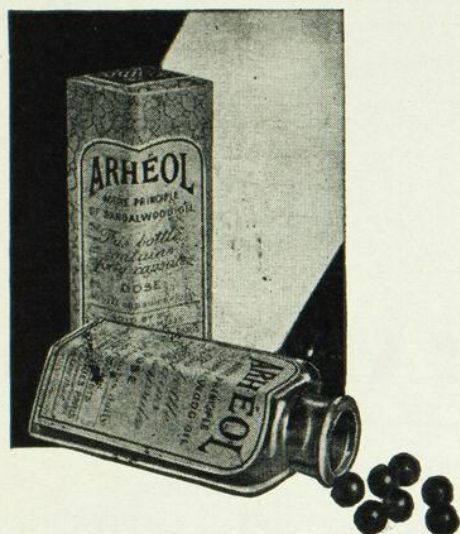
« Mon esprit, évidemment très simpliste, s'est toujours refusé à concevoir « qu'il soit possible de ne pas commencer par le commencement: je n'aperçois « pas, même au travers d'un rêve, un apprenti menuisier s'essayant à construire une armoire, s'il n'a jamais vu une scie, un rabot, un marteau, un

ACTION ANTISEPTIQUE

prolongée

SUR

L'APPAREIL URINAIRE



DANS l'inflammation aiguë de la vessie, de l'urètre postérieur et de l'appareil génito-urinaire — lorsqu'il existe de la douleur, du ténesme et de la pollakiurie — l'un des meilleurs adjuvants médicaux par voie interne, c'est le principe actif de l'essence de Santal — le "SANTALOL".

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

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

ARHÉOL (Astier)

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

Dans la période aiguë de la gonorrhée, l'Arhéol (Astier) soulage la douleur, réduit l'inflammation, atténue la gêne de l'urètre postérieur et diminue

la fréquence des mictions. Lorsqu'il y a indications du traitement local, il agit comme adjuvant utile aux antiseptiques et aux astringents locaux. Il peut être employé, avec avantage, dans la Cystite, le Catarrhe vésical, la Prostatite, l'Urétrite postérieure. Dans la Pyélite, grâce à ses propriétés antiseptiques, l'Arhéol (Astier) constitue une aide précieuse pour vaincre l'infection dans le rein et le bassin.

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

LABORATOIRES DU D^r 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 caféCaféine 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 FRÈRES. Montréal**Dépôt général pour le Canada: **ROUGIER Frères, 350, rue Le Moyne, à Montréal.**

« mètre, une équerre... et si personne ne lui a montré la manière de tenir en « main ces outils et de les manoeuvrer; je m'étonne qu'on puisse imaginer un « apprenti médecin faisant le diagnostic d'une pleurésie, s'il n'a jamais appris « la technique de la percussion, de la palpation, de l'auscultation, de la « ponction exploratrice, de l'examen cytologique, non plus que la signifi- « cation des renseignements que fournissent ces procédés d'examen, comparati- « vement employés sur un sujet sain et sur un pleurétique.

« J'estime, en un mot que l'éducation de l'étudiant, pour être métho- « diquement conduite, exige deux conditions.

« Tout d'abord, *avant de lui parler de l'organe malade, il faut lui parler « de l'organe sain.* afin de mettre en garde le futur médecin contre l'erreur, « si fréquente hélas! qui consiste à prendre pour un signe de maladie ce qui « n'est qu'un effet de fonctionnement physiologique.

« En second lieu, *avant de faire devant lui des dissertations savantes et « documentées sur les particularités des « cas intéressants » qui défilent dans « une salle d'hôpital, il faut lui enseigner le maniement des moyens d'inves- « tigation grâce auxquels il pourra constater les signes de ces maladies et « apprendre à les reconnaître.* N'est-ce pas ainsi que l'on procède lorsqu'on « veut former un histologiste ou un bactériologiste? Ne commence-t-on pas, « dans les laboratoires, par enseigner la technique? Il est étrange que cette « règle de pur bon sens soit trop souvent méconnue lorsqu'il s'agit de former « un clinicien.

« Je voudrais aussi que l'entrée des salles d'hôpital soit interdite à « tout étudiant qui n'aurait pas suivi un cours préparatoire de technique, « précédé, pour chaque appareil ou pour chaque organe, de notions pratiques « d'anatomie et de physiologie. Comment comprendre la pathologie d'un orga- « ne, c'est-à-dire l'ensemble des troubles fonctionnels qui traduisent les « souffrances de cet organe, si on ne connaît point les signes révélateurs de « son fonctionnement normal? *La pathologie n'est-elle pas la physiologie de « l'organe malade?* A ce desideratum j'en ajouterai un autre, dont l'opportunité « m'est apparue dans le contact plus prolongé que j'ai pris avec les élèves. « J'ai été frappé, depuis que les vieilles humanités » de notre jeunesse ont « disparu de l'enseignement secondaire, par l'insuffisance de l'instruction « générale de nos débutants. A cette insuffisance je crois qu'on pourrait « suppléer en les dirigeant dans le choix de lectures capables de donner à « leur esprit une formation philosophique qui leur fait en général défaut. « A cet égard, je ne connais pas, pour un futur médecin, de plus utile lec- « ture que celle de *l'Introduction à l'étude de la Médecine expérimentale.* Je « voudrais que l'étudiant en médecine, avant d'aborder les études cliniques, « soit imprégné des préceptes que Claude Bernard a si magistralement con- « densés en ces pages immortelles. Il y puiserait les principes de la méthode « qui doit être celle de tout médecin pour qui la médecine est autre chose qu'un « vague empirisme. Il y trouverait au paragraphe X de la 2e partie la « meilleure définition qu'on puisse donner du rôle de l'hôpital dans la recher- « che médicale scientifique.

« Ainsi compris, l'enseignement clinique élémentaire ne peut être donné « qu'à l'hôpital; là, il est aisé de grouper les malades, les instruments, les « appareils, de telle façon que, par une série de démonstrations successives, « on puisse faire défiler sous les yeux et les oreilles des élèves, si j'ose dire, « les symptômes morbides des divers organes et les procédés qu'il convient « d'employer pour les constater.»

Je n'ai rien à changer à ces quelques extraits de mon Introduction à la première édition de mon ancienne « *Technique* »; j'ai tenu à les reproduire ici parce qu'ils contiennent les idées essentielles que je n'ai cessé de professer sur les principes directeurs de l'enseignement clinique.

« Le but de la médecine est de guérir les malades ou, tout au moins, de les soulager. Ce but ne peut être atteint que si le siège et la nature de la « maladie sont connus. C'est le diagnostic qui indique à la thérapeutique la « voie qu'elle doit suivre. Or, le diagnostic ne peut être que le résultat de la « mise en oeuvre de tous les moyens et procédés d'exploration dont dispose « la clinique. Pour qu'il puisse prétendre à l'exactitude, il faut donc que ces « moyens d'exploration soit bien utilisés et que la valeur des constatations « qu'ils apportent soit bien interprétée. Les principales sources des erreurs « du diagnostic ont pour origine l'application mal réglée des techniques d'ex- « ploration et la connaissance insuffisante de la signification des résultats « qu'elles donnent.

« A la base des études et des recherches cliniques, à la base de la for- « mation du médecin, doit donc se dresser, à la première place, l'enseignement « des éléments fondamentaux. L'enseignement clinique élémentaire n'est « nullement d'une classe inférieure, par comparaison avec l'enseignement dit « supérieur »; celui-ci porte sur les domaines spécialisés des connaissances « cliniques et s'adresse à des hommes qui ont déjà reçu la solide formation « générale de base; celui-là s'étend sur tout le vaste territoire des études « cliniques et a pour but de poser sur un sol solide les fondations de cette « formation générale de base.

« L'enseignement clinique élémentaire, ou, plutôt, l'enseignement des « données fondamentales de l'examen clinique, est l'un des plus difficiles et des « plus nécessaires; de la rigueur et de la solidité de ses méthodes dépendent la « formation et l'avenir de celui qui le reçoit et l'efficacité de l'action de celui « qui le donne. »

C'est dans cet esprit que nous nous sommes efforcés, mes collaborateurs et moi, de réunir dans ce volume les notions pratiques et théoriques dont l'ensemble constitue la base des connaissances élémentaires sans lesquelles l'enseignement clinique est impossible.

Nous avons voulu faire un *Traité élémentaire de technique et de séméiologie* et non point un *Précis de pathologie*. Nous avons voulu donner à l'élève, qui suit la visite dans un service de médecine générale, un guide qui lui permette de comprendre l'intérêt des cas qui défilent sous ses yeux et d'apprendre à les étudier.

Nous serons récompensés si ce guide éclaire les pas de quelques débutants sur le chemin que nous avons trouvé si sombre et si obscur au début de nos études.

Emile SERGENT.

Traité de Chirurgie orthopédique, publié par MM. L. OMBREDANNE et Pierre MATHIEU.

MM. L. Ombredanne et Pierre Mathieu, assistés d'une cohorte de collaborateurs distingués, parmi lesquels nous relevons les noms de MM. Sorrel-Huc-Braine, Calvé, Coste, Leriche et Fontaine de Strasbourg, Fredet,

Huet, Longuet, Moulouguet, Mouchet, Petit-Dutaillis, Policard de Lyon, Ricard de Berck, Rocher de Bordeaux, Tavernier et Wertheimer de Lyon, etc. . . , tout un aréopage distingué, viennent de nous gratifier d'un nouveau *Traité d'Orthopédie*.

Il succède à son temps à ceux de Broca et Kirrison et prend place à côté de celui de Robert Jones de Liverpool.

Nous y retrouvons toute la clarté et l'exposition logiquement déroulée de la pathologie des lésions osseuses les plus variées. C'est un plaisir de lire ces pages d'une si belle exposition, où la clarté de pensées s'allie à l'élégance du style et à la valeur scientifique foncière d'un tel traité.

Quel contraste dans la présentation avec trop de traités d'orthopédie où le fouilli du texte laisse à peine percer la pensée.

C'est bien vraiment un « Livre Français », comme il est signalé dans la préface, — toutes les Ecoles de France y étant représentées par des collaborateurs locaux; — c'est donc bien une œuvre représentative de l'École Française d'Orthopédie. Elle en a toute la personnalité: mais il y a davantage.

Les idées et données de la Chirurgie Orthopédique Internationale y sont présentées et discutées par les Maîtres français: ce qui ajoute à la valeur de l'œuvre et lui confère jusqu'à un certain point un cachet d'internationalisme.

L'ouvrage édité par Masson, est présenté en cinq beaux volumes bien reliés et illustrés à profusion, qui font honneur tant à l'art qu'à l'industrie françaises.

Le Vol. I. parle des malformations congénitales des membres.

Ombredanne y a écrit un chapitre plein de renseignements. Il étudie la « Maladie Ammotique », qui conduit aux malformations congénitales. Il expose d'abord l'évolution de nos idées sur le sujet: Adhérences et brides amniotiques au début — lésion nerveuse centrale — puis la théorie mécanique des brides qui réapparaît et qu'il rejette comme inadmissible.

Pour Ombredanne, il s'agit d'une « Maladie Ulcéreuse », très précoce chez le fœtus, et cause de la plupart des malformations congénitales des membres.

Il reconnaît que la cause de cette maladie ulcéreuse nous échappe; maladie qui conduit aux amputations, à la syndactylie, aux cicatrices et aux états aplasiques variés.

Jacques Leveuf étudie les Ostéo-Myélites Aiguës de l'adolescence et revenant sur la question du temps le plus propice à l'intervention — déjà abordée récemment à La Soc. de Chirurgie de Paris — il signale qu'il ne faut pas faire de résection osseuse diaphysaire précoce, se contentant d'inciser le périoste et de donner issue au pus.

Faut-il trépaner l'os? Les avis sur ce point sont partagés.

Et quelques semaines plus tard, il conviendra d'enlever le séquestre diaphysaire, laissant au périoste de refaire l'os nouveau. La nature s'en charge généralement.

Sorrel traite avec la maîtrise que nous lui connaissons et sa large expérience de Berck, des « Ostéites Tuberculeuses ».

Fève y donne plusieurs chapitres sur les Ex-Ostoses, l'Ostéo-Malacie, les Kystes des os.

Moulouguet étudie les Tumeurs Malignes des os.

Dans le Vol. II., défilent les Paralysies spastiques et flasques par Rocher et Nove-Josserand; la Maladie de Buerger par Fontaine de Strasbourg, les Appareils plâtrés par Ducroquet.

Les affections tuberculeuses vertébrales par Sorrel, qui y traite aussi des Arthrites vertébrales.

Les Spina Bifida par Leveuf.

Les déformations vertébrales encore par Huc — chapitres des plus intéressants où la SCOLIOSE est étudiée en détails et les traitements modernes indiqués avec figures nombreuses.

Huet approfondit les ARTHRITES GONOCOCCIQUES si généralement ankylosantes. Si quelques-unes sont fugaces, un trop grand nombre évoluent vers l'ankylose. A moins d'une attention sérieuse, on est porté à les confondre avec le Rhum. Articul. Aigu et à donner au malade force Salicylate inutilement. Huet n'est pas encourageant sur les effets des traitements variés proposés: vaccins, sérums... Si quelques-uns de ces malades guérissent apparemment, spontanément, il n'est pas rare de voir ces malades continuer une forme bâtarde de rhumatisme chronique à tendance incapacitante.

Notons qu'il ignore les parfaits résultats qu'à donné dans ces cas le Carbone Intra-Veineux non seulement dans nos mains mais encore dans celle de collègues étrangers, désespérés des résultats généralement nuls des autres traitements. Mais nous y reviendrons ailleurs.

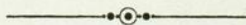
Enfin, Moulouquet étudie les ARTHRITES DEFORMANTES et s'il n'en éclaircit pas la cause la reconnaissant multiple, il signale ce que la chirurgie peut offrir, mais ne signale pas de médication interne effective.

Et cependant, elle existe pour un bon nombre de ces cas, croyons-nous.

Un fait à noter dans ce traité, c'est son cachet vraiment international, ou toutes les propositions étrangères sont rappelées, comparées et analysées. Tout en étant national français, ce traité est vraiment international dans ses aperçus, et tous ceux qui s'intéressent à la Chirurgie Orthopédique ne manqueront pas de consulter avec profit cet ouvrage vraiment international.

Eugène ST-JACQUES,

Chirurgien à l'Hôp. Ste-Jeanne d'Arc.



MÉDECINE PRATIQUE

LES HÉMORRAGIES GASTRO-INTESTINALES ULCÉREUSES

Elles se révèlent par des hématomésés profuses; c'est une abondante saignée, à la suite de laquelle le malade est anémié, pâle. Il n'y a pas de douleurs, habituellement, au moment de la crise, mais une sensation d'anéantissement, avec vertiges, pâleur, sueurs frontales. Les nausées avec crampes et gonflement épigastrique sont bientôt suivies de vomissement sanguinolent.

Traitement. *Repos*, allongé, tête abaissée. Ni alimentation, ni stimulant, car l'hémostase arrive grâce à la baisse vertigineuse de la pression artérielle.

Glace au creux épigastrique pour faire contracter les vaisseaux.

Morphine, pour immobiliser l'estomac et les intestins, durant quelques heures. A répéter au besoin.

Ni visites, ni conversation.

Au bout de douze heures, on peut commencer le traitement si rien n'est survenu dans l'intervalle.

1° *Faire boire* le malade: un peu d'eau froide par gorgées, lentement, puis un peu de *lait et crème* à parties égales, car cet estomac renferme souvent un excès d'acide chlorhydrique qu'il importe de neutraliser.

2° On peut y ajouter certains *médicaments* bien connus, tels que le *bismuth*, le *kaolin*, la *craie*, bien mélangés, à: une à deux cuillerées à thé toutes les deux ou trois heures.

3° Injection des *coagulants* tels que *Hémostyl* en ampoules, ou bien *Hémoplastine* à la dose de 5 c.c., etc., qu'on peut répéter durant quelques jours; l'*Anthema*, sérum de lapin.

4° Un petit *lavement concentré*: huile d'olive, 3 c. à soupe; glycérine, 1 c. à soupe; eau bouillie 150. Lentement.

5° Le troisième jour, si tout va bien, on peut faire absorber au malade du *sérum isotonique salé et glucosé* par le goutte-à-goutte, 500 c.c. par jour, qu'on peut appliquer à la campagne comme à la ville en réglant le débit du réservoir réuni au tube rectal et en faisant un nœud plus ou moins serré selon le rythme de 60 gouttes à la minute environ.

6° Au bout de quelques jours, on augmente peu à peu les prises d'aliments en y associant les piqûres d'*Histidine*: acides aminés qui neutralisent les sécrétions acides: une chaque jour durant 21 jours.

7° Aussitôt que possible et opportun, on pratiquera des radiographies afin de situer le siège de l'ulcère et d'en suivre l'évolution. Habituellement, tout rentre dans l'ordre.

8° Ne pas commettre la grave erreur de pratiquer une opération chirurgicale en vue d'arrêter l'hémorragie. C'est la mort, chaque fois.

ANALYSES

PHTISIOLOGIE

E. RIST. — **L'admission aux fonctions publiques des tuberculeux guéris.**
« La Presse Médicale », 5 mai 1936, p. 681, n° 36.

En France, de par la loi, les fonctionnaires ont droit à un congé prolongé, s'ils deviennent tuberculeux. L'Etat prend, cependant, toutes les mesures possibles pour éviter l'emploi des sujets tuberculés. Une formule rigide veut que le candidat fonctionnaire soit « exempt de toute tuberculose. »

M. Rist trouve la formule trop rigoureuse. Suivie à la lettre, elle ferme les carrières administratives à 75% de la population, puisque les peuples civilisés sont tuberculés dans cette même proportion. Par ailleurs, la loi est illogique. Elle permet la réadmission au service de l'Etat, du fonctionnaire devenu tuberculeux et déclaré guéri, mais elle en ferme catégoriquement les cadres au tuberculeux guéri qui cherche un emploi.

Pour M. Rist, la décision en cette matière devrait être laissée à des phtysiologues compétents. A eux d'évincer les sujets malades, à eux de permettre l'entrée en fonctions aux tuberculeux réellement guéris, ou la réintégration des anciens fonctionnaires guéris.

Un temps de probation devrait être légalisé, durant lequel le fonctionnaire n'aurait pas droit au congé de cinq ans avec solde en cas de tuberculose.

Tous les fonctionnaires devraient être examinés périodiquement. Les anciens malades, à intervalles plus rapprochés. Ces examens doivent être très sévères dans l'intérêt des malades et aussi pour prévenir la dilapidation des fonds publics.

Ce travail, s'il intéresse surtout la France, est rempli de suggestions pour les pays où la législation antituberculeuse est à venir.

Jean-Philippe PAQUETTE.

NUTRITION

A. R. PESKIN. — **Hypoglycémie avec courbe de tolérance paradoxale, simulant l'ulcère peptique.** « The Journ. of Amer. Med. Ass. », 108: 1601, 8 ma i1937.

Peskin rapporte l'observation détaillée de trois malades ayant présenté un syndrome clinique complet d'ulcère gastrique sans lésion décelable à la radiographie. Dans chaque cas, les douleurs survenaient tardivement après les repas et durant la nuit, et étaient calmées par l'ingestion de nourriture,

Hémostyl

Anémies

Du Dr.

ROUSSEL

Hémorragies

SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL

Flacons-ampoules
de 10^{cc} de Sérum pur

A) *Sérothérapie spécifique*
des **ANÉMIES** (Carnot)

B) *Tous autres emplois*
du sérum de Cheval:
HÉMORRAGIES (P.E. Weill)
PANSEMENTS (R. Petit)

Sirop ou Comprimés
de sang hémapoïétique
total

ANÉMIES
CONVALESCENCES
TUBERCULOSE, etc.

Echantillons, Littérature

97, RUE DE VAUGIRARD — Paris.



D'ABORD VOUS ÉCOUTEZ—
PUIS VOUS PARLEZ!

ANGLAIS
ESPAGNOL
ITALIEN
ALLEMAND

ou toute autre langue

SANS EFFORT
CHEZ VOUS
QUAND VOUS VOULEZI

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?.....

quelle qu'en soit la qualité, les mets irritants, acides ou épicés faisant disparaître la douleur aussi bien que le lait. La médication alcaline, au contraire, se montrait inopérante. Une étude du chimisme gastrique de ces malades démontra une diminution marquée de l'acide chlorhydrique libre et la courbe de la glycémie après l'ingestion de glucose était inversée: l'ingestion de sucre produisait une chute de la glycémie et déclenchait l'apparition des malaises gastriques qui furent attribués à des manifestations hypoglycémiques. Sans pouvoir expliquer le mécanisme de ces troubles P. les rattache à une forme d'hyperinsulinisme. Un régime hypergras, prescrit dans le but de diminuer la stimulation du pancréas endocrine, fut suivi de la disparition des douleurs qui duraient dans chaque cas depuis plusieurs années. Les malades présentant un syndrome d'ulcère gastrique sans signes radiologiques devraient être examinés au point de vue de la nutrition.

L.-Henri GARIEPY.

NEURO-PSYCHIATRIE

G. DE MORSIER. — **Les syndromes psycho-anémiques.** « *Annales médico-psychologiques* », t. 1, n° 2, p. 177, février 1937.

A l'occasion de deux observations personnelles d'anémie pernicieuse, accompagnée dans un cas de psychose hallucinatoire ou plus précisément d'un syndrome d'automatisme mental (de de Clérambault), dans l'autre, d'une psychose maniaco-dépressive, l'auteur présente une intéressante revue générale des troubles mentaux au cours des anémies, surtout de l'anémie pernicieuse. On connaît bien maintenant le syndrome neuro-anémique, fait, d'une part, de la composante « anémie le plus souvent du type pernicieux »; d'autre part, de troubles neurologiques, tels que: engourdissements, picotements des extrémités, tôt escortés par des manifestations d'une myélite combinée, comme des signes pyramidaux et des altérations de la sensibilité profonde.

Les troubles mentaux qui s'associent assez fréquemment à l'anémie sont moins connus, sont surtout moins observés parce qu'ils sont peut-être moins apparents et que les médecins y portent moins systématiquement leur attention.

Selon Woltman, de la « Mayo Clinic », sur 1478 malades atteints d'anémie pernicieuse, traités dans ce centre hospitalier, 4% présentaient une psychose véritable, 35% des troubles mentaux légers. Goldhamer, sur 401 malades, trouva que 64% étaient atteints de troubles psychiques.

Les syndromes psycho-anémiques peuvent se revêtir de toutes les formes mentales: psychose maniaque dépressive, agitation maniaque, mélancolie, confusion mentale, psychose interprétative, délire paranoïde, psychose de Korsakoff, schyzophrénie.

Il semble que la dépression mélancolique, le délire à thème de persécution et à mécanisme interprétatif, que l'agitation maniaque accompagnée d'hallucinations visuelles et auditives, soient particulièrement fréquents.

Comme pour les symptômes neurologiques, il peut se faire que les troubles mentaux précèdent l'anémie; ils peuvent aussi persister malgré la réunion complète du syndrome sanguin ou bien s'atténuer et disparaître momentanément sans thérapeutique efficace.

Les syndromes psycho-anémiques sont causés par des lésions cérébrales. Ces dernières ne semblent pas être dues à l'anémie; elles sont plutôt la conséquence d'un facteur (achylie; avitaminose; lésion nerveuse primitive, facteur génétique héréditaire), commun qui déclenche l'anémie et les syndromes neurologiques et psychiques qui l'accompagnent.

Roma AMYOT.

Erich GUTTMAN et William SARGANT. — **Considérations sur la benzédrine.** « British Medical Journal », p. 1013, 15 mai 1937.

Prinzmetal et Bloomberg, en 1935, furent les premiers à se servir de la benzédrine comme agent médicamenteux. Ils l'utilisèrent contre la narcolepsie, la trouvant plus active encore que l'éphédrine.

L'action pharmaco-dynamique de cette substance sur l'homme, commença donc à être connue à partir des essais de ces auteurs.

La benzédrine (B. phenyliso propylamine), est une substance qui possède une activité pharmaco-dynamique sur le système neuro-végétatif, semblable à celle de l'adrénaline. Elle paralyse les fonctions intestinales, élève la pression artérielle, et agit sur les vaso-moteurs. En inhalation, elle produit la contraction des vaisseaux sanguins de la muqueuse pituitaire. Elle entrave le sommeil et produit des phénomènes psychologiques. Elle ne modifie pas la glycémie ni le métabolisme basal. Par ailleurs, elle peut augmenter le nombre des hématies et inhiber le fonctionnement des sphincters de la vessie et de l'anus.

Les auteurs ont administré la benzédrine en comprimés à prendre par la bouche. Les doses furent de 10 à 30 milligrammes. Ces doses, plutôt petites, n'ont pas modifié grandement la pression artérielle de leurs malades (250). Cependant, de ces derniers, les instables de la vaso-motricité ont ressenti des vertiges, des palpitations, du tremblement, de l'anorexie et du frissonnement.

La benzédrine provoque une stimulation psychologique. L'initiative est accrue, la confiance est plus marquée et il apparaît un besoin d'activité plus ou moins agréable selon l'état des sujets et qui peut créer de l'euphorie.

L'idéation est accélérée sans altérations de la concentration, de l'attention ou du jugement. L'indécision, la lenteur et la mollesse, la dépression de moyenne intensité, paraissent particulièrement être améliorées par la benzédrine. Le sommeil est parfois diminué, écourté, mais la période d'insomnie n'est pas nécessairement désagréable.

Au contraire, il peut arriver, que, après une nuit sans sommeil, l'action du médicament persistant, le lever soit accompagné d'un état d'alacrité et d'un besoin d'activité.

Les psychasténiques et les déprimés de faible intensité, bénéficient surtout de la benzédrine. En on comprend qu'il en soit ainsi, quant on sait l'action de cette substance sur l'état psychologique. On ne devra pas la conseiller aux malades qui ont de l'anxiété.

Il est bien vrai que la narcolepsie bénéficie grandement de la benzédrine. On doit donc employer la benzédrine à des doses quotidiennes variant de 10 à 30 milligrammes. Des doses plus fortes causeront des signes d'excitation neuro-végétative, désagréables et même dangereuses, tremblement, palpi-

CONVALESCENCE



Après une maladie ou une opération chirurgicale survient une période critique où la vitalité du patient revient lentement. Si le système digestif n'est pas affecté, ce sera chose simple de refaire la force et la vigueur. Malheureusement, l'appétit du patient pour les aliments fortifiants est sujet à accuser des faiblesses et des fléchissements. L'Ovaltine a, depuis de nombreuses années, révélé sa valeur en pareils cas et elle est en grand usage dans les hôpitaux et les maisons de santé, avec l'approbation des médecins de par le monde entier.

OVALTINE

Aliment - Tonique - Liquide



L'ELIXIR DUCRO

ANTIANOREXIQUE • EUPEPTIQUE

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

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

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

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

Nouvelle Médication du Salicylate de Soude.

SODIOSAL

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

LABORATOIRE NADEAU LIMITÉE

100 ouest, rue SAINT-PAUL

MONTRÉAL

BISMUTHOÏDOL

Bismuth colloïdal à grains fins, solution aqueuse
Procédé spécial aux Laboratoires ROBIN

Injections sous-cutanées, intra-musculaires ou intra-veineuses
Immédiatement absorbable — Facilement injectable

COMPLÈTEMENT INDOLORE

1 ampoule de 2 cmo. tous les 2 ou 3 jours. R.C. 221839

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

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

tations, vertiges, hypertension artérielle. On devra administrer le médicament durant l'avant-midi, afin de respecter le sommeil de la nuit. Son action apparaît une heure environ après l'ingestion et dure cinq heures.

L'exaltation psychologique, d'autre part, peut s'épuiser chez certains malades.

En conséquence de l'euphorie créée, il faudra surveiller l'ordonnance du médicament et éviter l'installation d'une habitude toujours possible.

Roma AMYOT.

Edward ANDERSON. — **Méningite à streptocoque hémolytique (Hemolytic streptococcus meningitis, report of case with recovery after the use of prontosil and sulfanilamide)**. « J. A. M. A. », 8 mai 1937.

La littérature médicale rapporte peu de guérisons de méningite à streptocoque hémolytique, à tel point qu'en 1935 Gray crut qu'elle était fatale dans 97% des cas; mais depuis ce temps, neuf cas de guérison ont été rapportés. La plupart du temps, la méningite est d'origine otitique et subséquente à une mastoïdectomie. Le nouveau traitement qui semble donner des résultats excellents, serait le prontosil, qui aurait une action élective sur le streptocoque hémolytique. C'est un médicament non toxique pour une dose ordinaire. Son mécanisme n'est pas encore bien connu. On a commencé par donner le prontosil I.V., mais aujourd'hui, on ne l'injecte que I.M., en solution 2.5%, 5 c.c. deux fois par jour, série de huit jours, de pair avec le Sulfanilamide 0.3 gm. deux comprimés 3 fois par jour, durant huit jours également.

Selon l'auteur, la guérison est complète et rapide en moins de dix jours, ce qui serait merveilleux en effet. Cette médication vaut donc la peine d'être tentée dans chaque cas pour baisser le décourageant taux de 97% de mortalité.

Alcide PILON.

Harry PASKIND et Meyer BROWN. — **Les facteurs héréditaires dans l'épilepsie (Hereditary factors in epilepsy)**. « J. A. M. A. », 8 mai 1937.

Très souvent, il nous est demandé si l'épilepsie est héréditaire. La plupart des auteurs qui ont écrit sur ce sujet sont des médecins qui sont en contact avec des épileptiques ayant une détérioration mentale ou une autre psychose, alors que ce genre de patient ne forme que la minorité des épileptiques. Les auteurs de cette communication veulent donc parler des facteurs héréditaires chez les épileptiques non arriérés, non psychotiques, non détériorés. Que les facteurs héréditaires jouent un rôle important dans l'étiologie de l'épilepsie, cela a été reconnu par de nombreux auteurs, pour les épileptiques avec détérioration mentale ou psychose, mais pour les épileptiques qui peuvent circuler dans le monde extérieur le rôle de l'hérédité est peu important; on n'est même pas sûr qu'il existe. Nous sommes parfaitement d'accord avec les auteurs de cet article.

Alcide PILON.

UROLOGIE

WILDBOLZ. — A propos de pyurie amicrobienne (On amicrobic pyuria). « The Journal of Urology », mai 1937.

De temps en temps, des faits cliniques non encore observés, sont rapportés comme des modifications pathologiques survenues dans l'organisme. Afin de classer ces nouvelles affections, il est important de savoir si on peut les observer dans toutes les régions du globe.

En 1909, Faltin, au cours d'un rapport fait à un congrès, annonça qu'il avait rencontré plusieurs cas de pyuries où il lui avait été absolument impossible de trouver d'agent microbien, soit par examen microscopique, soit par culture. Depuis un grand nombre d'observations ont été présentées et il semble que cette affection soit plus commune en Europe qu'aux Etats-Unis.

Des études subséquentes ont démontré qu'il existe deux variétés de pyurie amicrobienne: 1° le stade terminal d'une infection urinaire primitivement causée par le streptocoque, la colibacille, etc...; 2° Une pyurie amicrobienne primitive.

Il est absolument important de connaître l'existence de ces pyuries. On a enlevé plusieurs reins sous l'hypothèse de tuberculose alors que ces malades auraient pu être guéris médicalement.

En 1933, l'Auteur a présenté plusieurs observations de malades complètement guéris par une ou deux injections d'arsénobenzol. A la suite d'une injection de 0.15 centigramme, les symptômes régressent rapidement et il arrive bien rarement qu'une seconde injection soit nécessaire.

Paul BOURGEOIS.

MARION. — De l'insuffisance du sphincter de l'urètre chez la femme et de sa reconstitution. « Journal d'Urologie », mars 1937.

L'Auteur se permet de revenir sur un sujet sur lequel il a déjà fortement insisté par le passé; cette affection est très fréquente et bien peu de chirurgiens généraux semblent l'observer assez souvent.

Cette insuffisance du sphincter se manifeste par la perte des urines dans la position debout; elle est bien souvent l'apanage des mères de familles nombreuses.

Pour un homme averti elle est assez facile à dépister. Il faudra éliminer la possibilité d'une fistule vésico-vaginale par les moyens ordinaires, la présence d'une lésion de la moëlle par un examen soigneux des réflexes, etc... De plus, il faudra se rappeler que cette affection ne se présente jamais chez les vierges.

Un grand nombre de procédés ont été imaginés pour parer aux inconvénients de cette affection; l'Auteur décrit celui qu'il emploie depuis 27 ans avec un résultat absolu dans 90% des cas.

Une incision vaginale permet de libérer la vagin de la paroi urétrale; on va ensuite à la recherche des tissus périurétraux que l'on suture soigneusement par des points séparés en avant de l'urètre; on peut aussi faire une suture antérieure des releveurs.

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

IODONE ROBIN

GOUTTES

INJECTABLE

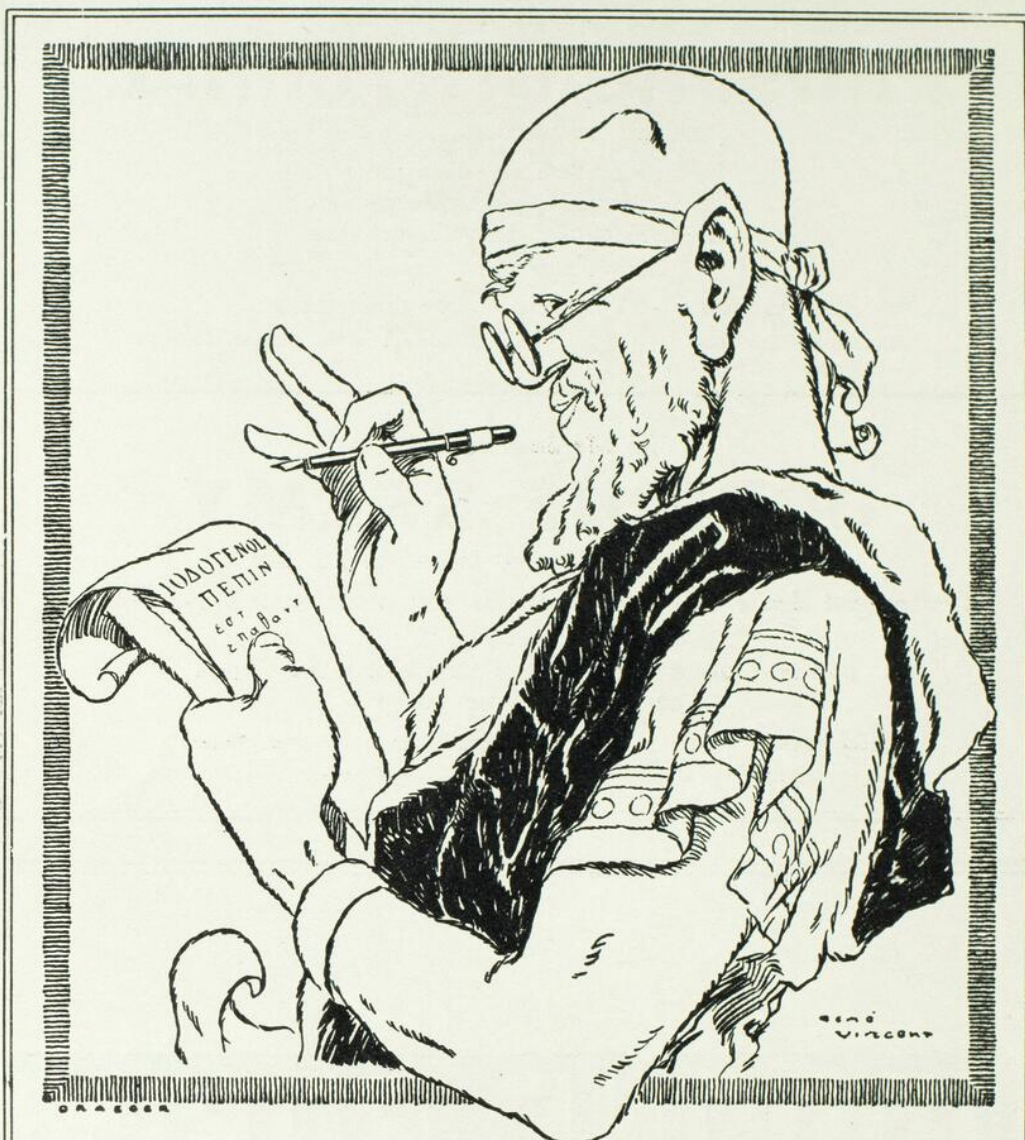
R.C. 12183

ARTHRITISME - ARTÉRIO-SCLÉROSE

ASTHME, EMPHYÈME, RHUMATISME, GOUTTE

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 & LÉBOUCQ,
COURBEVOIE — PARIS

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

Cette opération en plus d'être d'une exécution facile présente le grand avantage de ne présenter aucun risque pour la malade. La sonde à demeure est retirée au 12^{ème} jour.

L'Auteur insiste sur la nécessité d'employer des fils de lin pour le plan profond.

Paul BOURGEOIS.

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE

Lucien MICHEL. — **Le décollement obstétrical de l'épiphyse supérieure de l'humérus.** « Revue d'Orthopédie », mai-juin 1937.

Longtemps ignorée par la plupart des auteurs et même niée par Jorge, Broca et Ombredanne, l'existence du décollement épiphysaire supérieur de l'humérus est définitivement prouvée par la radiographie à la suite de travaux de l'Italien Poli, à l'Institut de Galeazzi.

Cette lésion est rare et elle coïncide en général avec la paralysie obstétricale. Les deux points essentiels de sa formation sont d'une part, la fixation de la ceinture scapulaire fœtale dans la ceinture pelvienne maternelle, l'empêchant de suivre les mouvements de l'humérus; d'autre part, la constitution intrinsèque du bloc épiphysaire qui est à la naissance, purement cartilagineux jusqu'au col chirurgical.

Les conditions pathogéniques sont réalisées par diverses dystocies dont les plus fréquentes sont la version podalique, le prolapsus d'un membre supérieur et l'accrochage axillaire d'un bras pour l'abaissement de ce bras après expulsion de la tête et rétention du tronc.

Cliniquement, la lésion est caractérisée par l'inertie du bras qui pend en rotation interne. On peut remarquer au niveau de l'épaule, du gonflement avec ecchymose et à la mobilisation une fine crépitation avec absence et transmission des mouvements du bras à l'épaule.

Dans les cas du décollement incomplet et sous-périosté, on n'observe que des signes d'impotence et il faut recourir à la radiographie.

Les séquelles sont l'atrophie et le raccourcissement du membre avec attitude vicieuse et paralysie flasque. La complication la plus à craindre, est l'infection ostéomyélique au niveau du foyer de décollement.

Il importe de faire le diagnostic entre la fracture diaphysaire haute, la distorsion ou contusion simple de l'épaule, les épiphysites infectieuses, la pseudo-paralysie de Parrot.

Traitement: a) Si le diagnostic est fait dans les premiers jours: réduire en portant le bras en rotation externe et abduction à 90°; le coude étant également fléchi à angle droit (« attitude du salut militaire »). Fixer ensuite dans une gouttière « en baïonnette. »

b) Après la 1^{ère} semaine, réduction douce et progressive par traction aux poids (200, 500 grammes). Après 15 jours de traction, si le bras a atteint 90°: gouttière en baïonnette.

c) A la phase de séquelle tardive, ostéotomie de dérotation humérale, dont le lieu d'élection doit être aussi près que possible de la lésion dans le 1/3 supérieur de la diaphyse.

Léonard-F. BELANGER.

SOCIÉTÉS

REUNION SCIENTIFIQUE DE L'HOPITAL NOTRE-DAME

Le jeudi 8 avril 1937

Ictère grave. — Jules PREVOST et Alph. BERNIER.

Léo T..., 45 ans, journalier, entre à l'hôpital le 31 décembre 1936 à la suite de deux hématomésés qui l'ont profondément anémié. Il est en état d'ébriété à la suite d'ingestion d'alcool frelaté dont il est un buveur avéré.

Parmi ses antécédents personnels, on note qu'il a déjà souffert de blennorrhagie, que, depuis deux ans, il est traité ici pour syphilis et qu'il a été gastro-entérostomisé à cet hôpital en 1933 pour ulcère du duodénum avec péri-duodénite.

Ces hématomésés survenues chez un ancien ulcéreux qui présentait encore, depuis quelques temps, des troubles digestifs (pyrosis, douleurs post-prandiales calmées par l'ingestion d'alcalins, selles noires) font penser à la possibilité d'un ulcère peptique.

A son admission, on institue le traitement d'urgence des hématomésés: sérums hémostatiques, transfusion...

Huit semaines plus tard, le malade présente un ictère jaune rougeâtre grave évoluant peu à peu vers le coma. La mort survient treize jours plus tard.

Nous le voyons pour la première fois le 7 mars: état ataxo-adyamique. La torpeur est profonde et s'accompagne de confusion mentale. Cette prostration est entrecoupée de crises d'agitation. Hypothermie. Ictère franc. L'atrophie du foie n'est pas décelable à l'examen physique. La rate est percutable. Hypotension et asthénie cardiaque. Quelques râles congestifs aux bases. Les réflexes sont exagérés et il y a de la raideur de la nuque.

SANG :	<i>A l'entrée.</i>		<i>2 mois plus tard.</i>		
Gl. R.	1,000,000	Poly	78%	4,500,000	61%
Gl. B	6,000	G. M.	3%	9,000	11%
H.	35%	Lymp.	17%	58%	27%
V. G.	+ 1	Eosin.	0	0.7	1%
Azotémie	0.33	Glycémie	1.16	Azotémie	0.31
				Glycémie	1.00
				Cholestérine 1 gr 67
				Van den Berg 18.32
					(dîner)

	1932	1937
B. W. (Sang)	+ + + +	+ + + +
L. C. R.	Lympho.	1
	Gomme	—
		+ + + +

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.

Tout Déprimé
» **Surmené**

Tout Cérébral
» **Intellectuel**

Tout Convalescent
» **Neurasthénique**



est justiciable
de la :

NEVROSTHENINE FREYSSINGE

**6, Rue Abel
PARIS (12^e)**

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 Galleol. 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.

SULFOCIDÉ

« 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.

CONDITIONNEMENT :

En bouteilles de	25 tabs.	de 5 grs.	- doz.	4.80
" "	" 100 "	" " "	- ch.	1.25
" "	" 500 "	" " "	- ch.	5.75
" "	" 1000 "	" " "	- ch.	11.00

CASGRAIN & CHARBONNEAU LIMITÉE
MONTRÉAL

Urines: présence d'urobiline et de pigments biliaires. Absence de sels biliaires.

Radio: La bouche de gastro-entérostomie fonctionne normalement.

Hémorragies, ictère franc et symptômes nerveux où dominant la prostration et l'adynamie. Atrophie jaune aiguë chez un syphilitique alcoolique.

Protocole d'autopsie: Cadavre d'un homme d'âge moyen, bien constitué, présentant un ictère marqué.

A l'ouverture de l'abdomen on retire 200 cc. d'un liquide jaune citron. Les deux cavités pleurales contiennent chacune 50 cc. de liquide de même couleur que le liquide abdominal.

Cœur: Légère adipose de l'épicarde. Myocarde pâle et flasque. Pas de lésions valvulaires. Nombreuses ecchymoses et pétéchies sur l'endocarde et l'épicarde.

Poumons: Les grosses bronches sont remplies d'un œdème rougeâtre. Le poumon droit ne s'affaisse pas, il est fortement œdémateux. La région centrale des lobes est asphyxique, noire, présente l'aspect de sang cuit, le pourtour de ces régions est rouge.

Le poumon gauche présente les mêmes particularités. Œdème aigu et infarctus probablement post-hémorragique des deux poumons.

Intestins: Tout le long de l'insertion mésentéro-intestinale, on note de nombreuses petites ecchymoses semblables à celles rencontrées sur l'endo et épicaarde. On en retrouve également sous la séreuse de l'intestin.

Estomac et duodénum: A 5 centimètres du pylore, sur la grande courbure, on retrouve une ouverture de gastro-entérostomie bien conservée, indemne de toute ulcération à son pourtour. Nulle part ailleurs aussi bien dans l'estomac que l'œsophage que dans le duodénum on ne trouve d'ulcération récente.

A deux centimètres du pylore on note un rétrécissement du duodénum formé par un anneau scléreux. Entre cet anneau et le pylore, le duodénum forme un diverticule sacciforme assez volumineux. Cet anneau scléreux est probablement la conséquence d'un ancien ulcère duodénal cicatrisé. De fait, on ne note rien sur la muqueuse, si ce n'est une légère dépression, à la palpation on sent un petit nodule induré qui s'enfonce dans la tête du pancréas, qui englobe toute la paroi intestinale à ce niveau.

Les Voies biliaires sont perméables et contiennent une bile épaisse, filante.

Foie: Le foie est très atrophié, il ne pèse plus que le tiers de son poids normal, 500 grammes. Sa surface est plissée et présente l'aspect d'une sangsue. Ce plissement est dû à la grande diminution du parenchyme hépatique et au maintien de la capsule de Glisson dans son intégrité.

A la coupe, qui est déjà difficile à cause de la sclérose commencée et du peu de fermeté du parenchyme, on note de nombreux îlots jaunâtres de toutes grandeurs, alternant avec des îlots rougeâtres. Les premiers sont des îlots d'atrophie jaune et les seconds des îlots d'atrophie rouge, des auteurs allemands. Ces derniers ne sont que la résultante des premiers. Les îlots jaunes, une fois la détersion commencée, se voient envahis par le sang qui leur donne leur teinte rouge.

Atrophie jaune suraiguë du foie.

Le foie ne présente plus de lobulation reconnaissable. Tout ce qui reste c'est l'armature conjonctive englobant, çà et là, un espace porte où l'on reconnaît encore la veine, les artères, les canaux biliaires. Ceux-ci sont en excessive néoprolifération. Les travées épithéliales ne forment plus qu'un amas flou, informe ou parfois on pourra encore distinguer les silhouettes de travées. Çà et là des masses pigmentées par de la bile. Nécrose massive du parenchyme hépatique.

L'intérêt de ce cas réside dans la donnée étiologique certaine. L'alcool et souvent un alcool frelaté est ici le grand responsable de tous les dégâts. L'insuffisance hépatique qu'il a déclanchée explique bien le syndrome hémorragique qu'a présenté le malade. L'alcool peut agir différemment sur le foie, ou bien il amène une cirrhose qui n'est en dernière analyse qu'une hépatite chronique, ou bien brusque les étapes et produit d'emblée une hépatite suraiguë ou plutôt une hépato-toxicose, ce qui est en réalité l'atrophie jaune aiguë.

Maladie d'Osgood-Schlatter. — Paul-M. RICARD.

M. J. St-P. . ., 15 ans, m'est adressé pour douleur et tuméfaction à la partie supérieure du tibia.

L'histoire de la maladie révèle que le malade souffre depuis 4 ans d'une petite tuméfaction plus ou moins douloureuse suivant les circonstances. Il prétend avoir fait une chute sur le genou et il n'y eut ni plaie de la jambe, ni ecchymose. La position à genoux est très pénible. Depuis deux ans la douleur survient aussi à la flexion. Il a fait une chute récente sur son genou, le 2 mars 1937.

Ant. personnels : Rougeole; vient de faire oreillons avec orchite.

Ant. héréditaires : Père en B. S.

Mère souffre d'une lésion fistulisée de la hanche et de la colonne, probablement d'origine tuberculeuse osseuse.

2 Sœurs et un frère en B. S.

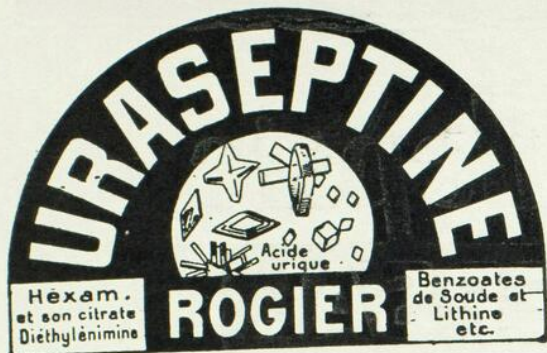
1 frère mort à la naissance.

Examen clinique : Malade 5 pieds 5, poids 157 livres, donc obèse. Présence d'une tuméfaction au niveau de l'apophyse antérieure du tibia droit légèrement sensible, sans aucune réaction de la peau. Le genou est normal, par ailleurs. Les mouvements en sont amples, mais la flexion forcée devient douloureuse. Boiterie.

La radiographie montre une différence de constitution entre les deux apophyses antérieures des tibias, celle qui est malade semble s'être arrêtée dans la soudure complète de ses noyaux d'ossification, et il existe dans le bec osseux dirigé vers le bas une couple de petites géodes.

Traitement : Nous avons conseillé les ondes courtes ou l'ionisation mais sa maladie récente: oreillons — ne nous a pas permis de commencer le traitement. — Repos.

Pathogénie et évolution : Ostéochondrose — apophysite tibiale.

ANTISEPTIQUE URINAIRE ET BILIAIRE par excellence

Se méfier des similitudes de noms

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

INDICATIONS: Pyélites — Pyélo-néphrites — Bactériuries — Cystites — Prostatites — Urétrites — Pyuries — Blennorrhagies — Abscess urinaux — 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

**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.**

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

MONTREAL

Tél. LA. 0315

Epilepsie

ALEPSAL

simple, sûr, sans danger

Echantillons & Littérature
LABORATOIRES GÉNÉVRIER 2 Rue du Débarcadère PARIS.

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

Hypertension artérielle surrénalienne ? — Georges HEBERT.

Mademoiselle D. L. ., 32 ans, modiste, est hospitalisée le 9 mars 1937. Le 23 février, à 3 heures du matin elle est réveillée par une très violente céphalée. Environ une heure plus tard, elle présente un engourdissement et une extrême faiblesse de son membre inférieur droit. Cette sensation ne dure que quelques secondes, mais se répète peu après au membre supérieur droit, puis, elle a l'impression que la moitié droite de sa figure est engourdie en même temps qu'elle ne peut trouver le sens des mots pour s'exprimer. A cinq heures, elle vomit. Sa céphalée diminue. Toute la journée, cependant, elle vomit ce qu'elle ingère. La nuit du 24 et du 25 sont analogues à celle du 23. A partir du 26, et pendant la semaine qui suit, la malade est encore réveillée la nuit par une céphalée intense mais ses engourdissements ne réapparaissent pas. Pendant le jour, pas de céphalée.

Antécédents personnels: Dans les antécédents personnels de cette malade on note une rougeole et une diphtérie en bas âge ainsi que des suppurations osseuses multiples à 18 mois. Il y a trois ans, sa tension artérielle, étant prise par hasard, on lui dit qu'elle est à 200. Ne ressentant aucune gêne, elle n'y prête pas attention; mais, un an plus tard, elle accuse des céphalées *subites*, à *répétition*, qui ne durent jamais plus de 15 minutes, et qui sont souvent suivies de vomissements. Ces crises durent de dix à quinze jours. Puis tout rentre dans l'ordre pour plusieurs semaines et quelquefois plusieurs mois. Depuis un an, crises analogues mais plus longues.

Antécédents héréditaires: Rien, sauf que son père est mort de tuberculose.

Au point de vue gynécologique: Règles normales depuis sa puberté à 14 ans.

Examen objectif: Léger œdème des paupières. Irrégularité pupillaire, pyorrhée alvéolo-dentaire, amygdales cryptiques.

Cœur: Tachycardie régulière. Choc violent de la pointe. Pointe dans le 5e espace. Pas de souffle aortique.

Poumons et abdomen: nil.

Membres: Pas d'œdème des malléoles. Réflexes normaux.

La tension artérielle est à 278 (elle variera entre ce chiffre et 250

	—	—
	152	150)

Examens de laboratoire: Urines: traces d'albumine; *Dosages quotidiens:* entre 1100 cc. et 1700 cc.

Sang: Glucose: 1 gramme 08 (le 12-3-37).

Urée: 0 gramme 41 (" " " ").

0 " 26 (" 19-3-37).

0 " 27 (" 22-3-37).

B. W.: négatif.

Constante d'Ambard 0.129.

P. S. P. 60% (par voie intra-veineuse) après 70 minutes.

(1) Service du Professeur LeSage.

Remarques:

L'histoire de cette malade ressemble beaucoup à celle des hypertensions d'origine surrénalienne. Au début, l'hypertension se caractérise par des paroxysmes de courte durée; elle devient ensuite permanente, s'accompagnant de quelques poussées, d'où spasmes cérébraux. Elle détermine secondairement des lésions rénales.

Quel traitement devons-nous donner à cette malade? Jusqu'ici elle a été au repos et elle a reçu quelques séances de radiothérapie; elle n'est pas améliorée.

Splanchnicotomie? Surrénalectomie?

Ulcère de la petite courbure. Résection en selle. Guérison.

L. BLAGDON.

Histoire du malade: G. B..., âgé de 34 ans, est admis dans le service de Chirurgie de H. N. D. le 21 novembre 1936, souffrant de son estomac. Depuis 11 ans il se plaint de brûlements et de douleurs vives 1.30 heure à 2 heures après les repas. Ces crises étaient en grande partie soulagées par l'ingestion d'aliments ou de bicarbonate de soude. Depuis 3 ans les douleurs ont augmenté en intensité et en fréquence et il vomit souvent au moment des attaques. Ces vomissements le calment. Il a maigri ce dernier mois. Il n'a jamais suivi de traitement médical prolongé.

Assez bon mangeur, il est très friand de pâtisseries. Grand buveur de boissons gazeuses (surtout le Coca-Cola) et d'alcool frelaté.

Histoire de famille: Rien à noter.

Examen: Azotémie, glycémie, etc., sont normales. Légère diminution des globules rouges. Urines normales.

La pression révèle une douleur au creux épigastrique, en plein centre.

L'examen de l'abdomen ne fournit aucun autre renseignement important.

Les organes thoraciques sont normaux.

Radiographie: Présence d'une niche permanente sur la petite courbure, il existe une zone douloureuse à cet endroit. Le pylore et le duodénum paraissent normaux. L'estomac se vide plutôt lentement.

Diagnostic clinique, basé sur la radiographie: ulcère de la petite courbure.

Traitement: Comme le malade refuse de suivre un traitement médical prolongé, nous décidons de l'opérer. Préparation habituelle: sérums, vaccins, etc.

Intervention le 28 novembre. Anesthésie locale et cyclopropane. Incision paramédiane. On trouve facilement un ulcère calleux avec réaction inflammatoire, à trois travers de doigt au-dessus du pylore. Comme le pylore et le duodénum sont d'apparence normale, nous nous contentons de réséquer en selle (technique de Pauchet) l'ulcère ci-dessus mentionné, sans gastro-entérostomie. L'exploration du foie et des voies biliaires ne présente rien de pathologique. Fermeture de la paroi sans drainage. La pièce est envoyée au laboratoire.

SÉDOSINE

**PASSIFLORE
JUSQUIAME
CRATAEGUS**

SÉDATIF DU SYSTÈME
NEURO-VÉGÉTATIF

ASSOCIATION SYNERGIQUE
HYPERACTIVE

LABORATOIRES LICARDY 38, B^o BOURDON - NEUILLY-PARIS

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

THERAPEUTIQUE ANTALGIQUE

TRAITEMENT IODÉ

RADIO DIAGNOSTIC

LIPIODOL

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

AMPOULES
CAPSULES
EMULSION
COMPRIMÉS

LAB^o A GUERBET & C^{ie}
22, RUE DU LANDY
ST OUVEN - PARIS

LAFAY

TENEBRYL GUERBET

(Di-iodo-méthane sulfonate de sodium)

(68,6% d'iode)

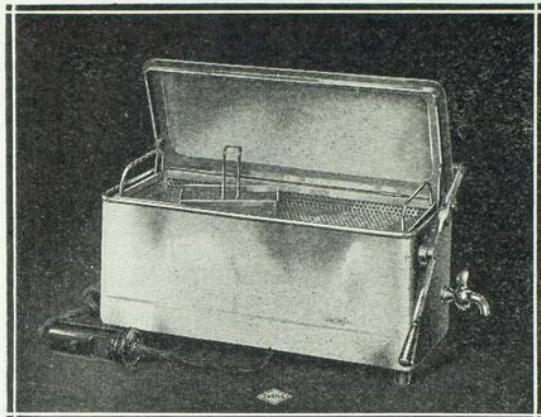
Moyen de contraste pour Urographie Intraveineuse

LABORATOIRES A. GUERBET & CIE - PARIS

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

STERILISATION

EFFICACE AUTOMATIQUE ECONOMIQUE
POUR
MEDECINS ET HOPITAUX



Les Stériliseurs 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 3292

MONTREAL

30 est, rue St-Paul

Suites post-opératoires sans incidents sérieux. Le patient quitte l'hôpital un mois après son admission.

Nous l'avons revu dernièrement, il ne souffre plus et il mange et digère bien.

Laboratoire: Le Docteur Simard a fait le rapport suivant au sujet de la pièce enlevée.

« La paroi de l'estomac présente un ulcère calleux dont le fond atteint le plan profond des musculuses. Les nerfs sont hyperplasiés et quelques artères présentent des lésions d'endartérite oblitérante. La muqueuse gastrique de chaque côté de l'ulcère est atrophique et en réaction inflammatoire chronique. »

Considérations:

La plupart des chirurgiens sont aujourd'hui d'accord sur un point concernant la chirurgie gastro-duodénale. C'est qu'il faut traiter les ulcères gastriques proprement dits par la résection (gastrectomie large de préférence) et réserver la simple gastro-entérostomie pour les ulcères compliqués du duodénum ou comme opération palliative dans les cancers inopérables. Nous n'avons fait qu'une simple résection partielle de la petite courbure dans la zone contenant l'ulcère, chez notre malade; le résultat immédiat est très bon mais nous réservons notre pronostic quant au résultat éloigné. Nous nous proposons du reste de suivre G. B. et de vous le présenter plus tard, si toutefois il vous intéresse.

La gastrite qui accompagne l'ulcère est-elle primaire ou secondaire ?

Préparation des malades aux anesthésiques. — Rémus LAURENDEAU.

Depuis quelques années l'anesthésie a réalisé de très grands progrès; de nouveaux anesthésiques ont été découverts, des procédés plus efficaces d'administration, employés. Les développements obtenus dans ce domaine ont nécessairement imposé une médication spéciale pour la préparation des malades à ces anesthésies variées.

Des méthodes extrêmes ont été préconisées, expérimentées. Certains anesthésistes administraient des narcotiques, mais à doses très minimes, employant, immédiatement avant l'intervention chirurgicale, la morphine à la dose de 1/8 ou 1/6 de grain. D'autres, au contraire, pendant les 24 ou 36 heures précédant l'opération, administraient des doses massives de stupéfiants, dans le but d'obtenir une narcose pré-anesthésique qui rendait le malade inconscient, somnolent et procurait cet état que les Américains appellent le « twilight sleep ». Entre ces deux méthodes opposées de préparation, il y a celle courante aujourd'hui, dont on doit se servir dans la majorité des cas et qui consiste en une médication pré-anesthésique efficace, suffisante.

La médication que l'on conseille pour les différents anesthésiques ne s'applique qu'aux malades dont l'état général est bon et ne comprend pas les cas particuliers qui peuvent nécessiter une préparation spéciale.

Préparation générale. Le soir précédant l'opération, le malade doit passer une nuit calme et dormir. Un hypnotique est toujours recommandé: ortal, nembotal, soneryl, à des doses variant suivant la nervosité ou l'émotivité du malade.

Le matin même de l'opération, deux heures avant l'intervention, il est fortement conseillé, pour le chloroforme excepté, d'administrer un stimulant: sparto-camphre, caféine, strychnine.

Préparation pour chaque anesthésique: Ether: Une demi-heure avant l'opération: Morphine 1/4 grain; Atropine 1/150 grain.

Chloroforme: stimulant avant de monter à la salle d'opération. Strychnine: 1/30 ou 1/60 grain.

Chloroforme-éther: même préparation que pour le chloroforme.

Protoxyde d'azote: H. M. C. 1/4 grain; Atropine 1/150 grain.

Nous ajoutons l'atropine, car souvent au protoxyde d'azote il faut associer l'éther.

Cyclo-propane: H.M.C. 1/4 grain.

Rachidienne: Nupercaïne à 1/1500. H. M. C. 1/8.

Sur la table d'opération immédiatement avant l'injection rachidienne, nous donnons 1 cc. d'éphédrine, nous répétons l'injection de la même quantité d'éphédrine immédiatement après l'injection rachidienne.

Avertine: Aucun stupéfiant.

Nous n'employons l'avertine que comme anesthésique basal et non comme anesthésique général. Nous la donnons à la dose de 80 milligrammes par kilogramme de poids du corps. Nous l'associons toujours au protoxyde d'azote, au cyclo-propane ou à l'éther.

Conclusion:

Pour le confort des malades, avant et après l'intervention, pour la simplification de la tâche du chirurgien pendant l'intervention, une médication pré-anesthésique suffisante, adéquate est une des conditions essentielles à tout acte opératoire.

Le jeudi 20 mai 1937

Réticulo-sarcome de la base de la langue. — Albéric MARIN.

Madame J. B. . ., 53 ans. Cette malade a été présentée à la réunion du mois dernier par le Docteur Bernier dans le but d'attirer l'attention sur l'intérêt anatomo-pathologique de la lésion.

Nous rappelons brièvement son histoire:

Tuméfactions ganglionnaires aux deux régions latéro-cervicales ayant débuté en octobre 1935.

Curage ganglionnaire en mars 1936.

L'examen anatomo-pathologique y trouve un réticulo-sarcome.

Radiothérapie profonde post-opératoire en mars et en avril 1936.

En janvier 1937, apparition à la base de la langue, du côté gauche, de végétations qui en quelques semaines atteignent le volume d'une olive; lésion rouge, granuleuse qui donne l'aspect d'une amygdale.

Une radiumpuncture fut faite le 22 février 1937: 3 aiguilles (à paroi de platine) de 2 milligrammes, de radium-élément, laissées en place cinq jours.

La tumeur a presque totalement fondu en un mois, mais comme il subsiste quelques granulations suspectes du côté de la loge amygdalienne, la



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.

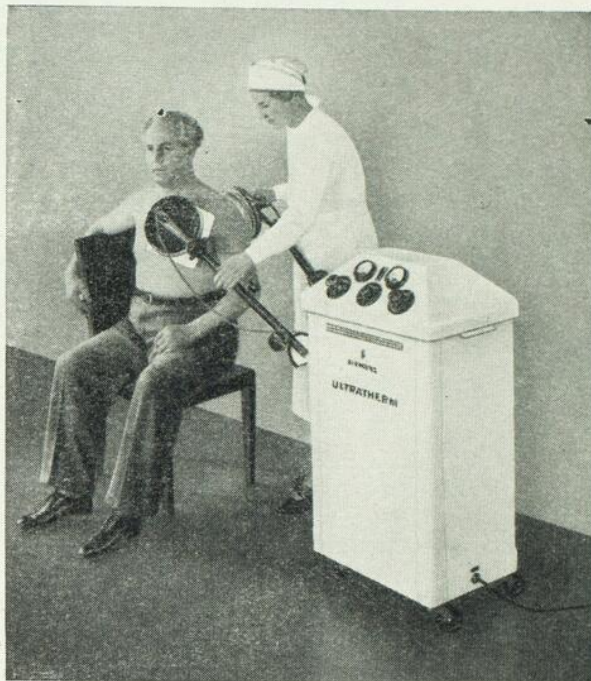
ELIXIR GABAIL

VALÉRO-BROMURÉ

Littérature et échantillon de:

L'ANGLO-FRENCH DRUG CIE, 354 Sainte-Catherine Est, MONTRÉAL

L'ULTRATHERM "SIEMENS"



Appareil à ondes ultra-courtes de 6 mètres.

Puissance garantie dans le circuit d'application de 350 Watts pour tous les modes de traitement.

Traitements faciles avec bras porte-électrodes.

Borne spéciale pour effectuer l'électro-chirurgie et la coagulation.

Plus de 6,000 ULTRATHERM vendus depuis la découverte de la thérapie à ondes courtes.

•

SIEMENS-REINIGER (Canada) LIMITED
Dominion Square Building
MONTREAL

malade est actuellement soumise à la radiothérapie profonde (porte d'entrée angulo-maxillaire).

Cette malade est présentée pour montrer la haute radio-sensibilité de ce réticulo-sarcome.

A propos de résection transurétrale. — Paul BOURGEOIS.

1. D. L. . ., 66 ans, entre dans le Service d'Urologie, le 1er décembre 1936, pour rétention d'urine complète.

Diagnostic: Hypertrophie de la prostate et calcul vésical énorme secondaire.

11-12-36

Cystostomie, extraction du calcul.

Dans les jours qui suivent, le malade nous fait une crise de lypothymie avec douleur thoracique très vive, que nous attribuons à une embolie septique. Le lendemain, le malade présente une phlébite de la jambe gauche.

15-2-37

L'état général du malade étant redevenu satisfaisant, sous anesthésie rachidienne à la Nupercaïne, nous pratiquons une résection transurétrale de la prostate; nous réussissons à creuser une franchée qui nous semble satisfaisante malgré le volume de la prostate au toucher rectal.

17-2-37

Le tube de cystostomie et la sonde urétrale sont enlevés. Le malade urine toute la journée.

5-3-37

La rétention contrôlée depuis plusieurs jours est nulle. Le malade urine facilement.

2. P. T. . ., 80 ans, entre en chambre S. P., le 12-2-37, pour rétention complète.

Diagnostic: Cancer de la prostate très dur, infiltrant une grande partie du bassin, sonde à demeure pendant les examens préliminaires.

25-2-37

Résection transurétrale au protoxyde. Environ 15 grammes de tissu sont réséqués.

27-2-37

La sonde urétrale est enlevée de 8 heures du matin à 4 heures de l'après-midi. Le malade n'urine pas seul.

Au bout de six jours nous décidons de ne plus mettre de sonde pour la nuit et le malade se met à uriner seul.

Congé le 7 mars 1937. Le malade urine toutes les 3 ou 4 heures.

3. C. B. . ., 78 ans, en chambre S. P., le 9-3-37 pour rétention complète.

Diagnostic: Cancer de la prostate envahissant presque tout le bassin.

17-3-37

Résection transurétrale à la mixture.

19-3-37

La sonde est enlevée, le malade urine toutes les 4 heures le jour, toutes les 3 heures la nuit.

La rétention contrôlée à plusieurs reprises est de 30 cc.
Congé le 27 mars, 10 jours après la résection.

Conclusion:

1° La résection transurétrale de la prostate est une intervention qui rend de grands services.

2° Elle est la méthode de choix pour le cancer de la prostate. Le traitement palliatif devenant de plus en plus la règle et la résection ne peut se comparer comme confort avec la cystostomie définitive.

3° C'est une intervention qui ne semble pas du tout choquante.

4° Bien qu'elle soit souvent plus difficile à réaliser que la prostatectomie sus-pubienne, les résultats que nous avons obtenus à date nous satisfont grandement.

5° Nous ne croyons pas que tous les cas d'hypertrophie de la prostate relèvent de la résection; les cas les plus favorables sont les cancers, les hypertrophies de la lèvre postérieure et les lobes médians.

6° Nous sommes convaincus que les malades doivent être bien préparés, au moins autant que pour une sus-pubienne.

Ichtyose et kératose pilaires par hypothyroïdie.

Amélioration par opothérapie thyroïdienne. — Emile MENARD.

Monsieur T. W..., 45 ans — gérant — 67 3/4 pouces, 133 livres.

Début il y a 4 ans. Prurit aux avant-bras, aux jambes. Peau sèche, desquamation sèche (Ichtyose). Même lésion à l'abdomen et au bassin. Kératose pilaire aux cuisses et aux bras. Streptococcie cutanée à la face.

Histoire du malade: Pneumonie à l'âge de 16 ans, affection pulmonaire étiquetée « Bronchite » (2 mois alité). Influenza en 1918.

Marié à 25 ans, femme vivante, anémiée — 4 enfants vivants anémiés ayant peau normale. Un enfant mort à 10 ans de pneumonie. Malade durant 10 jours.

Histoire de famille: Père mort à 85 ans. Mère morte à 83 ans. — 4 frères vivants, bonne santé. Un frère mort en bas âge. Aucun des membres de la famille n'a souffert des troubles présentés par ce malade.

Examen: Cuir chevelu, peau sèche et légèrement squameuse. Mêmes troubles à la face. Céphalée améliorée par le port des verres. Petit goître, kystique à l'isthme. Léger tremblement.

Nervosisme, irritabilité, bégaiement. Sommeil normal. Toux sèche la nuit et le matin; ne crache pas et ne transpire pas la nuit. Hypothermie. Poumons — Sommets mal ventilés mais pas de bruits adventices. T. A. 90/60. Cœur: légèrement hypertrophié mais pas de souffle et pas de bruit de galop.

Laboratoire et Rayons X: Image thoracique normale sauf que les sommets ne s'éclairent pas bien à la toux. Graphie — Sommets gris avec taches. Rétraction costale inférieure de chaque côté. Exagération de la visibilité de la trame aux deux plages avec péribolulité et tramine floue. Taches calcifiées aux hiles. Aspect particulier du cœur.

Urines: Normales. Métabolisme basal: 19. Crachats: absence de bacilles de Koch.

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 pérgastriques et périoduodénales 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 Humboldtstrasse

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. Joubert
LIMITÉE

Diagnostic clinique: Hyperthyroïdie avec ichtyose — kératite pileaire et streptococcie cutanée.

Traitement: Empléts d'Extraits Thyroïdiens gr 1/2 - 3 fois par jour. Aucun topique.

Amélioration de l'état général et nettoyage complet de la peau qui reprend son aspect normal. Récidive dans les jours qui suivent la cessation du traitement.

Syndrome de Kummel-Verneuil. — Jean TREMBLAY.

Il y a quelques jours, Monsieur A. C. . . , âgé de 37 ans, se présente à l'hôpital pour douleurs lombaires. Il souffre depuis longtemps et depuis quelque temps il s'aperçoit que sa colonne vertébrale s'infléchit; on lui a même proposé de lui faire un corset de redressement.

L'interrogatoire nous apprend que le patient a fait une chute d'une trentaine de pieds de hauteur sur la région dorsale il y a 14 ans. A ce moment le patient a passé trois semaines au lit à l'hôpital. Le patient a été bien durant quelque temps, il a travaillé puis il a recommencé à souffrir de son dos. Ces derniers temps, ses douleurs ont augmenté, il a dû cesser son travail et sa colonne vertébrale se courbe.

A l'examen, on note un redressement de la lordose lombaire avec douleur en un point fixe vers la lère lombaire.

Rayons X: « La première lombaire de profil présente une diminution de sa hauteur à sa partie antérieure rappelant l'aspect du Kummel-Verneuil. »

Dr Laquerrière.

Nous sommes en présence d'un syndrome de Kummel-Verneuil.

C'est un syndrome qui succède à des traumatismes du rachis. C'est une spondylite traumatique.

Il y a trois phases à considérer:

- 1° Le traumatisme du rachis plus ou moins important.
- 2° Intervalle libre, bien-être relatif, quelquefois assez long.
- 3° Difformité progressive et tardive du rachis, cyphose et scoliose avec réapparition des douleurs.

L'évolution en ces trois stades est caractéristique du Kummel-Verneuil.

Les données de la pathogénie sont complexes, mais il semble établi qu'il faut admettre une fracture initiale.

Schorml a trouvé des fractures trabéculaires des corps vertébraux et des fractures étoilées de la corticale supérieure ainsi que des hémorragies intra-osseuses à des autopsies faites 15 jours après le traumatisme tandis que les R. X. ne montraient aucune lésion osseuse.

Pour Schorml: « par suite du traumatisme sous l'effet de la pression brusque du disque, la corticale du bord supérieur ou inférieur du corps vertébral se fissure: c'est le premier stade de douleur; puis la corticale comprimée revient en place en raison de son élasticité: c'est le stade d'intervalle libre. Enfin, le disque et spécialement le nucléus pulposus du fait de sa tension tend à faire hernie dans l'os spongieux. Au contact de cette masse cartilagineuse l'os se raréfie; le processus de destruction osseuse ne s'arrête

que lorsque l'organisme peut édifier autour des hernies cartilagineuses une barrière fibreuse de défense.»

Pour Leriche, la Maladie de Kummel n'est qu'un cas particulier des ostéoporoses post-traumatiques par hyperémie.

Tout traumatisme au point de vue histologique s'inscrit habituellement dans le sens de la vaso-dilatation active. «Toute vaso-dilatation active, en même temps qu'elle modifie notamment la nutrition et l'état du tissu conjonctif à son niveau produit de la raréfaction osseuse.»

Après la résorption osseuse causée par l'hyperémie il se produit une mutation calcique et l'ossification succède à la raréfaction osseuse, ossification plus ou moins rapide, suivant l'état du tissu conjonctif voisin. Au rachis où le tissu conjonctif est dense et les conditions circulatoires défectueuses, la formation d'os est lente.

Froelich et Mouchet concluent que la lésion primitive est une fracture anatomique ou histologique d'une ou plusieurs vertèbres, que le mécanisme du ramollissement consiste dans une décalcification de l'os; qu'il est provoqué par une irritation du col et par des troubles trophiques dus à l'absence d'immobilisation.

Au point de vue anatomo-pathologique, la vertèbre s'affaisse en coin antérieur et Froelich et Mouchet disent: «il ressort de tout ce que l'anatomie pathologique vraie ou radiographique nous a enseigné, que la maladie de Kummel est toujours une conséquence d'une fracture évidente ou méconnue, corticale ou seulement spongieuse du corps vertébral.»

Traitement: Au début de l'affection on avait l'habitude de faire porter des corsets plâtrés renouvelés tous les 4 mois durant 2 ans. Mais après ce laps de temps, le patient habitué à être soutenu demandait des corsets en celluloid pour accomplir des travaux pénibles et se croyait invalide.

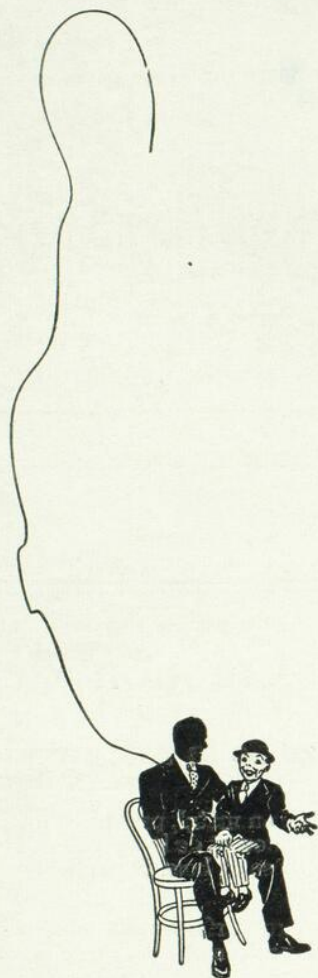
Les chirurgiens allemands et suisses ont modifié ce traitement. Tout traumatisme un peu important de la colonne vertébrale est radiographié et le blessé est confié au lit avec des rouleaux et des sangles sous le rachis pour prévenir les déformations. Le malade se lève au bout de 8 à 9 semaines sans corset. Le malade se livre à un certain travail. Tous les mois: radiographie. Lorsque l'on constate que la densité du corps vertébral lésé est revenue à sa normale ou que des ossifications périphériques de soutien se sont formées, le blessé est considéré comme consolidé et sa pension est liquidée. En agissant ainsi, on a obtenu des guérisons complètes dans 80 p. 100 des cas, mais seulement après 2, 5 et 9 ans.

Certains auteurs préconisent la greffe osseuse même à la période de début Mixter et Wilson, Tavernier, Leriche. A la troisième période de la maladie comme chez notre malade, il n'y a que la greffe osseuse à envisager.

Dans les premiers stades de la maladie on doit tenter le repos au lit, les corsets; si ces traitements sont employés au début, il est probable que la maladie se produirait rarement.

Hernie inguinale étranglée à contenu tubo-ovarien. — Paul CAUMARTIN.

Histoire de la malade: Fillette âgée de 15 ans, réglée à 13 ans. Règles régulières — non douloureuses, dit avoir une petite tumeur dans la région inguinale depuis l'enfance. Le 6 mars, la tumeur a triplé de volume, est



“Certains gens croient que tu es presque humain—”
“Si je l'étais, je fumerais à l'instant même une Sweet Caporal!”

CIGARETTES SWEET CAPORAL

“La forme la plus pure sous laquelle le tabac peut être fumé.”—*Lancet*



Bronchites

MATIN, MIDI et SOIR
une cuillerée à soupe de

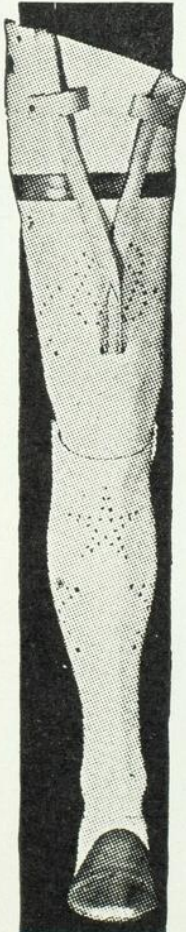
« Éliminé par les Bronches,
« le "Lacto-Croosote Famel"
« détermine un processus inflam-
« matoire simple, qui fait réagir cet
« organe contre le catarrhe chronique. »
FERRAND.

SIROP FAMEL

Echantillons gratuits sur simple demande adressée à

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

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.*



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

devenue très douloureuse, dure. La malade n'a pas vomi mais eut des nausées, pas de selle jusqu'à son arrivée à l'hôpital le 9 au soir.

Histoire de la famille: Rien à noter au point de vue héréditaire.

Examen: Aspect général bon. Rien à noter à la tête, au cou, au thorax, aux membres.

A l'abdomen: Douleur et défense musculaire dans la fosse iliaque, et dans la région inguinale on voit une masse du volume d'une mandarine, dure, mate à la percussion, irréductible et très douloureuse. Pas de rougeur ni d'adhérence de la peau aux plans profonds.

Examen histologique: Deux fragments ont été prélevés, l'un est un ovaire avec corps jaune récent; l'autre est une trompe à paroi très fortement œdémateuse avec stase lymphatique.

Diagnostic: Hernie étranglée, avec épiplocèle probable.

Considérations:

Opération: Incision ilio-inguinale; ouverture du sac qui contient un peu de liquide sanguinolent et une masse noirâtre, sphérique, du volume d'une mandarine; tumeur fluctuante, tenant à un pédicule très vascularisé qui plongeait dans l'abdomen sur la paroi du bassin.

A côté de la masse noirâtre l'on découvre une masse charnue plutôt rouge — œdématisée avec un pavillon frangé. — En tirant sur le pédicule le fond du cœcum apparaît dans l'ouverture avec l'appendice, gros, rouge, légèrement tendu. Ablation de l'appendice — au thermocautère. Enfouissement de la base de l'appendice. Ligature du pédicule tubo-ovarien — ablation de la trompe et de l'ovaire — fermeture de la paroi.

Syndrome neuro-anémique. — Jean SAUCIER.

Anamnèse résumée: Malade âgée de 51 ans; 10 enfants vivants en b. s.; pas de f. c.; dernières règles en octobre 1936. Antécédents personnels, par ailleurs, sans intérêt. Rien à noter de saillant chez les ascendants.

Maladie actuelle: La maladie actuelle remonte en réalité à février 1935 alors que la malade se fit traiter par le Dr Ernest Gariépy qui lui fit prendre du foie de veau *per os*. A ce moment, la malade n'avait aucun signe d'atteinte nerveuse. Elle était simplement fatiguée et anémiée. Elle s'améliora rapidement sous l'influence de la thérapeutique hépatique, puis, elle cessa de se faire traiter. L'épisode neurologique débuta en octobre dernier par l'installation progressive d'engourdissements au niveau des membres inférieurs, puis de faiblesse progressive de ces mêmes membres allant jusqu'à l'impossibilité de marcher et de se tenir debout. (Fin janvier). Nous ne la vîmes qu'au début de mars. La malade nous redit alors la marche des événements et ajouta qu'elle ne se plaignit jamais d'ennuis similaires aux membres supérieurs et qu'elle n'eût jamais de douleurs. Les troubles sphinctériens furent à peu près nuls: un peu de rétention urinaire, un seul jour, lors de son arrivée à l'hôpital. Subjectivement, enfin, le membre inférieur droit est plus faible que le gauche.

A l'examen: Notre examen se résuma aux signes positifs relevés aux membres inférieurs, attendu que les membres supérieurs sont normaux à tous égards. Il en est de même des nerfs crâniens. La force musculaire est fort réduite bilatéralement, plus cependant à droite qu'à gauche. Les réflexes

tendineux sont vifs et le réflexe cutané plantaire est en extension bilatérale. Le sens des attitudes segmentaires est aboli aux orteils et aux chevilles; la sensibilité vibratoire est fortement émoussée aux deux pieds. La ponction lombaire n'a rien ajouté au tableau; les épreuves manométriques sont normales. Le premier examen hématologique donnait 2,450,000 G. R., et le second en date du 19 mars: 3,450,000 G. R. L'hémoglobine qui était de 45% la première fois fut de 75% la seconde. La répartition des leucocytes est normale. Il ne fut pas trouvé de G. R. nucléés, non plus d'anisocytose et de poikilocytose.

Considérations:

L'anamnèse, l'examen clinique et hématologique orientent aisément le diagnostic. L'atteinte combinée des faisceaux latéraux et postérieurs de la moëlle se rencontre très fréquemment, et les paresthésies initiales sont presque la règle. Il n'y a vraiment pas d'autres diagnostics à discuter. La thérapie est plus intéressante: chez cette malade nous avons mis en œuvre l'extrait de foie injectable et le fer à hautes doses; nous alternons des cures de foie avec celles d'extrait de muqueuse stomacale par la bouche. Nous avons montré cette malade parce qu'elle représente la forme la plus usitée des syndromes neuro-anémiques, et parce que, peut-être, le praticien ne songe pas assez souvent à ces présentations assez spéciales des complications de l'anémie à type pernicieux.

Epithélioma du repli pharyngo-épiglottique traité par les radiations.

Guérison apparente remontant à vingt-deux mois. — J.-N. ROY.

Histoire du malade: Monsieur P. G..., 68 ans, vient nous consulter au dispensaire de l'hôpital Notre-Dame en mai 1935, pour une douleur spontanée à la gorge localisée à gauche et un peu de dysphagie. Antérieurement, il n'a jamais souffert de cette région.

Histoire de famille: Ce malade dit qu'une de ses sœurs est morte de tuberculose. Rien autre chose à noter au point de vue héréditaire.

Examen: Le rhino-pharynx est normal. A l'examen de l'exo-pharynx, nous observons une masse néoplasique semblant avoir eu, comme point de départ, le repli pharyngo-épiglottique, avec envahissement secondaire du sinus piriforme, du repli arythéno-épiglottique, et enfin de la vallécule du côté gauche. A certains endroits, la tumeur est ulcérée. L'épiglotte est refoulée à droite. Bien que l'arythénoïde gauche soit infiltré, il n'existe pas de paralysie de la corde vocale, et l'endo-larynx est absolument normal.

Les ganglions sous-maxillaires et cervicaux ne sont pas hypertrophiés.

En présence de cette tumeur nous faisons sous laryngoscopie directe une biopsie sur le repli pharyngo-épiglottique.

Laboratoire: Le Dr L.-C. Simard précise qu'« il s'agit d'un épithélioma malpighien à type des muqueuses envahissant le tissu conjonctif profond. Stroma abondant. Mitoses peu nombreuses. »

Le Wassermann est négatif.

Diagnostic: Epithélioma exo-laryngé.

Traitement: Un cancer localisé à la région du repli pharyngo-épiglottique ne doit jamais être enlevé chirurgicalement après une pharyngotomie.

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.

Demandez 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

Héxaméthylentétramine

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.-C. 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.

Les statistiques prouvent, en effet, que si l'opéré ne meurt pas lors de l'intervention, il y a toujours ensuite récurrence. L'unique traitement consiste donc à tenter une thérapeutique au moyen des radiations avec bien peu d'espoir de guérison.

Comme les dents de notre malade sont en mauvais état, nous les faisons toutes extraire. Deux semaines plus tard, nous l'envoyons à l'Institut du Radium, où le Dr A. Jutras veut bien le prendre sous ses soins.

Du 17 juin au 23 juillet 1935, le patient reçoit un total de 5144 unités r internationales, réparties alternativement à gauche et à droite sur la région cervicale. Cette dose de rayons X lui est donnée en 22 heures, durant 44 séances, échelonnées sur 24 jours.

Etat actuel: Le repli pharyngo-épiglottique, le sinus piriforme, la valécule et le repli arythéno-épiglottique sont dans un état normal. Il existe à peine une légère augmentation de volume de l'arythénoïde, due probablement à la réaction produite par les radiations. La mobilité des cordes vocales est parfaite, et le larynx est également normal. Toutefois, l'épiglotte est légèrement attirée du côté où se trouvait, il y a deux ans, l'épithélioma.

Considérations:

Puisque le siège et l'étendue du néoplasme, dans le cas présent, rendait l'exérèse chirurgicale impraticable, nous nous sommes tout naturellement tournés vers la radiothérapie. Deux éléments nous paraissaient favorables à ce mode de traitement, à savoir l'absence d'adénopathie, et les caractères histologiques.

Par contre, nous savions que malgré leur radiosensibilité, les cancers de l'hypopharynx ne sont qu'exceptionnellement guéris.

Coutard, l'apôtre de la radiothérapie du cancer des voies digestives et respiratoires supérieures, est d'opinion que « lorsqu'un épithélioma de l'hypopharynx atteint l'arythénoïde, le repli pharyngo-épiglottique, il devient infiltrant, et alors les rayons X le font rarement disparaître. »

Tel était pourtant le cas chez notre malade, et nous sommes heureux de constater que vingt-deux mois après son traitement, on ne trouve dans sa gorge aucune trace de néoplasie.

Fausse colite d'origine pelvienne. — J.-A. MOUSSEAU.

Madame J.-A. L. . . , 35 ans. Date de l'admission: 14 mars 1937. Recommandée pour entérite.

Antécédents familiaux: Père mort à 50 ans. Cause ? Mère morte à 42 ans. T. B. 2 frères et une sœur en bonne santé. 4 autres morts en bas âge.

Antécédents personnels: Rougeole, scarlatine et diphtérie en bas âge. Régime alimentaire rationnel. Fonctionnement intestinal normal jusqu'à la première grossesse. Puberté à 15 ans. Mariée à 25 ans. Règles avant le mariage: régulières, non douloureuses. Durée de 3 à 4 jours; après le mariage: irrégulières (toutes les 3 semaines et même quelquefois à intervalles de 15 jours) douloureuses et très abondantes; durée de 8 à 10 jours. Dernières règles: le 21 février 1937.

Grossesses: 5 dont 4 accouchements à terme, une fausse couche de 2 mois lors de la deuxième grossesse. Deux enfants morts à la naissance; 2 enfants vivants en bonne santé. Les accouchements furent difficiles. (forceps). Dernier accouchement en 1935. (2 juin).

Histoire de la maladie actuelle: La malade se présente pour troubles abdominaux dont le début remonte au dernier accouchement en juin 1935.

Les troubles étaient alors caractérisés par des alternances de fausse diarrhée et de constipation. Elle aurait constaté la présence de scybales, de glaires, de filaments de mucus dans ses selles. Elle se plaignait aussi de douleurs abdominales.

Elle fut admise à Notre-Dame en médecine le 8 décembre 1935. Température 97°, pouls 80.

L'examen des urines a révélé la présence d'acétone, des traces d'albumine ainsi que des leucocytes et des cellules épithéliales. Glycémie: 1 gr 22. B. W. négatif. L'examen objectif a révélé qu'il existait de la douleur à la palpation du côlon ascendant et descendant. On ne pratiqua pas d'examen ultérieurs et après un traitement comportant des médicaments sédatifs, la patiente fut renvoyée chez elle le 24 décembre 1935, soit après un séjour de 15 jours à l'hôpital.

Elle quitte l'hôpital apparemment améliorée et le diagnostic posé fut: Colite chronique compliquée de constipation et de névropathie.

La patiente fut réadmise à l'hôpital dans le service du docteur Benoit le 14 mars 1937.

Elle a avoué que ses troubles n'avaient pas regressé sensiblement depuis son départ de l'hôpital. Au mois de janvier 1937, elle fit une grippe à la suite de laquelle ses troubles abdominaux se sont aggravés progressivement et elle fut obligée de rester au lit pendant les 8 jours qui ont précédé son entrée à l'hôpital.

Elle présentait toujours ses alternances de diarrhée et de constipation ainsi que des douleurs abdominales caractérisées par des coliques localisées à la région péri-ombilicale aux flancs et dans la fosse iliaque gauche. Ces douleurs étaient occasionnées par la collection de gaz intestinaux et disparaissaient à la suite de l'évacuation de ces gaz. Les douleurs toujours assez fortes survenaient très fréquemment.

Les selles présentaient des caractères variables. Elles étaient brunes lorsqu'elles étaient solides. La fausse diarrhée était caractérisée par des selles verdâtres liquides avec des masses de scybales, des glaires et des filaments de mucus.

La malade présentait de l'anorexie et des nausées préprandiales. Elle n'a jamais présenté de vomissements. Elle accuse de la diaphorèse nocturne abondante depuis le début de sa maladie, de l'asthénie et elle a l'impression d'avoir maigri.

Au point de vue du système génito-urinaire, elle présente une leucorrhée abondante avec dysménorrhée et ménorragie.

Quant aux autres systèmes, rien de particulier à signaler.

Examen objectif: Température 99°. Pouls 100. Resp. 24. Teint pâle, asthénie marquée.

Pannicule adipeux plutôt mince. Atonie des téguments. Muqueuses pâles.

Léger sub-ictère des conjonctives.

Pas de carie dentaire, ni maintenant, ni au cours des grossesses.

Langue saburrale.

Rien au cœur, aux poumons. Thyroïde normale.

P. A. 105/70.



EN RÉALITÉ . . . il y a de nombreux inspecteurs et vétérinaires qui sont payés par Borden simplement pour rechercher les moindres causes de danger. Cela paraît extraordinaire, et cela l'est — car les règlements de Borden sont très stricts.

Ce sont tous ces soins, donnés du commencement jusqu'à la fin, qui assurent cette qualité invariable du Lait Borden's St. Charles Evaporé Irradié. Ce lait est toujours fait avec du lait pur contenant toute sa crème — le meilleur qu'il soit possible de se procurer à la campagne.

Des milliers de médecins écrivent "Borden's"

quand ils prescrivent du lait évaporé irradié pour les bébés. Les médecins sont au courant des mesures de protection supplémentaires qui sont employées pour protéger tous les produits Borden — ce que beaucoup de mères ne savent pas.

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



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

Hypertrichose du bas ventre. La distribution pileuse est du type masculin avec poils qui remontent jusqu'à l'ombilic. (Signe de déficience génitale).

Abdomen: Paroi flasque avec un peu de défense à la palpation. Sensibilité de tout l'abdomen.

Douleur franche dans les fosses iliaques. On sent une tuméfaction de forme irrégulière dans la fosse iliaque droite. Cette masse qui se délimite assez facilement, a un diamètre d'à peu près 10 centimètres. Le côlon descendant est bien palpable, surtout à sa partie inférieure qui nous paraît ectasiée. La palpation de cette région est douloureuse.

Toucher rectal: Présence de marisques. On réveille une douleur aiguë à droite.

Examen gynécologique: Vulve suffisante avec écoulement purulent.

Col: gros, mou, granuleux, déchiré transversalement, entr'ouvert jusqu'à l'anneau interne, mobile, douloureux.

Corps utérin: augmenté de volume, dur, semble en rétroversion et refoulé à gauche. Légèrement mobile et douloureux.

Cul-de-sac droit rempli par une masse douloureuse facilement délimitable par l'examen bimanuel. Cette masse semble en continuité avec le cul-de-sac postérieur également rempli par une masse douloureuse.

Cul-de-sac gauche douloureux.

Membres: reflexes normaux.

Système nerveux: Par de signes de névropathie.

Examen de laboratoire. Urines: Traces d'albumine. Quelques leucocytes.

Sang: Azotémie 0 gr. 42. Glucose 1 gr. 08.

Formule sanguine: Globules rouges	3,925,000
Globules blancs	7,000
Hémoglobine	60%
Valeur glob.	0.8%
Polys-neutro.	78%
Grands monos.	4%
Lymphocytes	18%

Radiologie: Lavement baryté. Dossier No. 19583 16-3-37.

Rapport: Le remplissage est relativement assez facile sans arrêt, mais quelque peu douloureux à cause des coliques. Il n'y a pas de points rétrécis ou déformés sauf une *partie du sigmoïde* qui présente un *aspect un peu particulier*. L'évacuation immédiate est assez bonne.

(Signé) D. Léonard, m. d.

La malade fut transférée dans le service de gynécologie le 18 mars 1937, après consultation avec le Docteur Magnan.

Le 24 avril, elle est repartie pour chez elle en excellente condition de santé, après avoir subi une hystérectomie pour annexite double et métrite.

Considérations:

Toute personne accusant des troubles de l'estomac ou de l'intestin doit être «routinièrement» examinée au point de vue génital.

Chez la femme on trouvera assez souvent une affection quelconque de son utérus ou de ses annexes; chez l'homme, une prostate modifiée dans son volume (cancer, hypertrophie, etc.) pouvant avoir des répercussions sur le

tractus digestif par le mécanisme des diverses relations d'ordre anatomique, neurologique, chimique ou par celui d'autres facteurs accidentels ou étrangers qu'il serait trop long d'énumérer ici.

La présente observation n'a pour but que de démontrer de nouveau pour la millième et une fois, la nécessité d'un examen physique complet, même quand il semble ne s'agir que d'une lésion apparemment banale de l'intestin (colite muqueuse) dont le diagnostic paraît s'imposer par lui-même, sans plus d'investigation.

Le diagnostic de colite, pour être porté avec toute tranquillité de conscience, doit nécessairement s'appuyer d'abord sur l'examen objectif des selles que, par un semblant de fausse pudeur on néglige très souvent; ensuite sur l'examen microscopique, bactériologique et chimique qui traduiront les signes de l'irritation colique, dont les différents aspects, suivant la nature de l'irritation seraient ensuite mis en évidence par l'examen radiologique (lavement ou repas baryté). Le toucher rectal et l'examen vaginal ne devront jamais être omis qui révéleront au médecin, la présence au niveau du bassin de lésions diverses provoquant une constipation d'ordre mécanique, aboutissant presque toujours à la colite.

Le diagnostic de colite tout d'abord posé n'est donc trop souvent que le résultat d'une affection éloignée dont le vrai diagnostic, par négligence habituellement, est laissé dans l'ombre.

Manifestations comitiales chez une malade en état d'acidose.

C.-E. GRIGNON.

Madeleine C..., 25 ans, nous est adressée le 3 décembre dernier par un confrère neurologue; le diagnostic est épilepsie essentielle, on nous demande de lui donner une diète acidifiante.

Antécédents héréditaires: Rien à noter.

Antécédents personnels: Rien à noter.

Histoire actuelle: La malade présente depuis sa puberté des crises comitiales se répétant 8 à 10 fois par jour, toujours plus fréquentes durant la phase pré-menstruelle. Il s'agit d'absence durant 20 à 30 secondes précédées d'un aura toujours sensoriel. Les règles se succèdent régulières et sont un peu douloureuses au début.

Examen physique: Tout à fait normal de même que l'exploration endocrinienne.

Examens de laboratoire: B. W. Négatif.

Liquide céphalo-rachidien normal. Tension normale. Azotémie, glycémie normales.

Avant d'administrer une diète acidifiante nous exigeons un bilan acido-basique qui à notre grande surprise donne le résultat suivant:

Chlore plasmatique 3 gr. 26 — 0. 87.

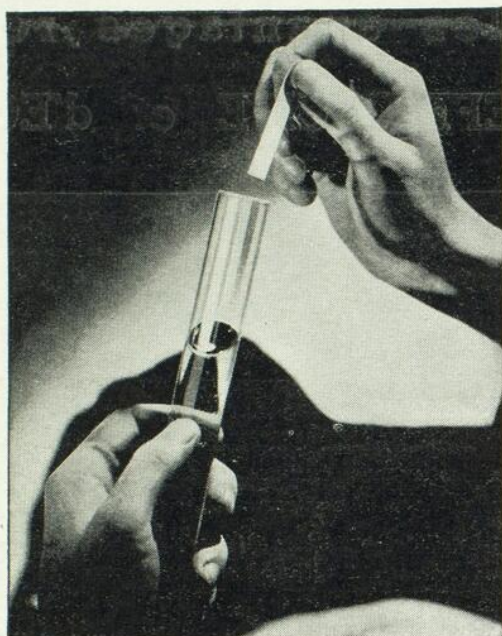
Chlore gobulaire 2 gr. 84.

Réserve alcaline 38 vol. 4.

Ph. sanguin 7.12

Ph. urinaire 5.7.

★ CYSTITITE



Amélioration rapide des symptômes.

L'ingestion de Pyridium amène rapidement l'amélioration des symptômes d'alarme qui accompagnent la Cystite. Dans plusieurs cas on a même signalé que la durée du traitement en avait été raccourcie. À dose thérapeutique le Pyridium n'est pas toxique, ni irritant. L'emploi de la solution de Pyridium en irrigation ou comme applications topiques est un adjuvant précieux de la médication orale.

P Y R I D I U M

Marque de commerce

Mono-Hydrochlorure de Phénylazo-Alpha-Alpha-Diamino-Pyridine.

MERCK & CO., Limited, Chimistes fabricants, MONTRÉAL, P. Q.

NAVITOL

L'HUILE NATURELLE DE SQUIBB

possède les avantages réunis de
GRANDE EFFICACITE et **d'ÉCONOMIE**



Le faible coût de médication, sans que soit sacrifiée la qualité ni l'efficacité, est particulièrement important dans un supplément alimentaire que l'on prend régulièrement. Navitol — mélange d'huiles de foie de poissons spécialement choisies, fortement raffinées, puissantes, est égale en efficacité à l'huile de foie de flétan avec viostérol, mais coûte 40% de moins.

Navitol fournit, par gramme, pas moins de 50,000 unités de Vitamine A et 10,000 unités de Vitamine

D (unités internationales). Les Vitamines A et D s'y trouvent sous leur forme naturelle. Navitol est d'emploi commode, a bon goût et est efficace à petites doses. Dix gouttes ou une capsule de 3-minim. fournissent 8,500 unités de Vitamine A et 1,700 unités de Vitamine D (unités internationales).

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

E·R·SQUIBB & SONS OF CANADA, Ltd.

Fabricants de Produits Chimiques pour le Corps Médical depuis 1858

Nous tentons d'alcaliniser le malade par les moyens suivants:

- 1° Régime: Protides 40 grammes.
 Lipides 20 "
 Glucides 400 "
 Insuline V unités avant les repas.
- 2° Hyposulfite de soude 10% c. c. LV., tous les jours pendant 20 jours.
- 3° Bicarbonate de soude 10 grammes par jour per os.
- 4° Citro-soda 1 c. à soupe 4 fois par jour.
- 5° Régime déchloruré.

Sous l'influence de ces médications les divers éléments sanguins se sont modifiés comme suit:

(a)	(b)	(c)	(d)	(e)
Chlore plasmatique	Chlore globuline	Réserve alcaline	Ph. sanguin	Ph. urinaire
3 gr 12	2 gr 76	36.5	7.10	5.7
3 " 19	2 " 62	39.7	7.20	5.9
3 " 26	2 " 98	34.7	7.17	6.50
3 " 12	2 " 91	32.8	7.20	6.20
3 " 33	2 " 80	31.9	7.14	6.10
3 " 62	2 " 84	37.2	7.30	6.20
2 " 98	3 " 12	39.3	7.35	6.70
	2 " 76	35.	7.22	6.50
		34.3	7.20	7.50
				7.80
				7.70
				8.10

Entre temps quelques extraits glandulaires: Antuitrin « C », Emmenon, etc., administrés durant la phase pré-menstruelle n'ont apporté aucun soulagement.

La malade quitte le service le 6 mars 1937, non améliorée.

Elle nous revient le 21 avril présentant les mêmes troubles. De nouveau nous faisons son bilan qui nous donne les résultats suivants.

Chlore plasmatique 3 gr 33.
 Chlore globulaire 2 gr 98.
 Réserve alcaline 33 Vol. 8.
 Ph. Sanguin 7.25.
 Ph. urinaire 6.8.
 Azote résiduel 0. 149.
 Rapport de Maillard 6.78%.
 Calcium ionisé 18 milligrammes.

Urines: Acétone; absence.

En résumé, la malade présente un tableau d'acidose sanguine, sans cétose, avec un indice d'imperfection uréogénique légèrement augmenté, et un calcium ionisé diminué.

La galactosurie provoquée est normale.

Commentaires:

Il s'agit d'une acidose sans cétose, de cause inconnue. Nous posons à nos confrères de médecine le problème étiologique et thérapeutique de cette

acidose. Nous attirons l'attention sur la diminution du calcium ionisé sachant les vertus antispasmodiques du calcium, sa diminution chez une malade présentant des crises à allures comitiales peut nous amener à des spéculations assez intéressantes.

A nos confrères neurologistes nous demandons leur expérience dans le traitement de l'épilepsie par les diètes acidifiantes et céto-gènes.

SOCIÉTÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE DE MONTRÉAL

Séance du 16 mars 1937

Présidence du Prof. J.-E. DUBE.

Communications:

1. Ulcère de la face postérieure de l'estomac. Biloculation. Gastrectomie. Guérison.

M. Mercier Fauteux présente l'observation d'un ulcère de la face postérieure de l'estomac ayant pénétré dans le pancréas et entraîné une biloculation gastrique importante. Cette malade fut gastrectomisée, gastrectomie très élevée vu la hauteur de la lésion. Les résultats opératoires furent très bons et après l'intervention la malade ne présentait plus les douleurs et troubles gastriques qu'elle ressentait auparavant. A propos de cette observation, le rapporteur insiste sur la valeur de la motricité gastrique après gastrectomie et présente plusieurs clichés radiographiques de malades chez qui il a pratiqué des gastrectomies assez étendues afin de montrer que ces moignons gastriques ne jouent pas uniquement un rôle de réservoir atone ou de lieu de passage pré-intestinal. Les radiographies présentées montrent clairement que le moignon gastrique récupère graduellement et même très rapidement sa motricité. L'évacuation gastrique ne se fait pas en trombe, mais il y a une évacuation progressive, prenant un délai de 2 à 3 heures, montrant bien qu'il existe un néo-pylore au point de vue fonctionnel.

Discussion:

M. J.-A. Mousseau: demande à l'A. 1. Pour quelle raison la localisation de l'ulcère a amené une douleur gauche. 2. M. M. veut savoir s'il existait un syndrome digestif antérieur? S'il y avait spécificité?

Professeur Albert LeSage: Existe-t-il des pièces anatomiques de résections étudiées?

M. A. Jutras. Constate sur les très belles images radiographiques présentées, une sténose cicatricielle probable avec parois à contours irréguliers. On distingue aussi une image stellaire. Il passe ensuite à la description des différents types de sténose spasmodique, où le défilé prend en général la forme d'un doigt de gant et disparaît après la prise d'antispasmodiques.

L'étude des plis et des franges irradiant vers ces défilés et hors de ceux-ci, permet de mettre en évidence une gastrite hypertrophique ou une péri-gastrite, que la gastroscopie pourra et devra à sa façon confirmer ou élaguer.

M. J.-A. Mousseau revient à la charge et veut savoir de *M. Jutras* si dans ces cas une radioscopie est permise, à quoi *M. Jutras* répond dans l'affirmative.

M. Mercier-Fauteux, reprenant les diverses questions et remarques soulevées, raconte que la malade en question était de vieille date traitée pour un état dyspeptique non défini, par un régime et une série de poudres classiques, que le *B. W.* était négatif.

On ne saurait trop insister sur l'importance d'un examen radiologique complet chez les dyspeptiques.

L'ulcère de la face postérieure de l'estomac est, dit-on, un ulcère susceptible de dégénérescence. Chose certaine, le fond de ces ulcus est fortement innervé.

Existe-t-il une coïncidence entre la tuberculose pulmonaire et certains ulcus d'origine infectieuse ? C'est possible, mais on ne semble pas avoir prouvé la présence d'éléments tuberculeux dans le fond de ces ulcères.

Le *Pr. J.-E. Dubé* cite l'observation d'un sujet où l'ulcus gastrique avait amené un état de dénutrition avancée et entraîné secondairement le réveil d'une tuberculose pulmonaire.

M. Pierre Smith énonce quelques opinions sur les ulcus atypiques, puis cite le cas d'un malade longuement traité au dispensaire pour une entérocolite spasmodique, chez qui se déclara brutalement un syndrome d'ulcère perforé gastrique avec douleur péri-ombilicale et irradiation douloureuse à la fosse iliaque gauche, sans état syncopal ni shock, mais avec simples maux de tête. Disparition de la matité hépatique. Impossibilité d'un examen radiologique. A l'intervention, six heures après le début, on trouva un ulcère prépylorique perforé.

Félicitations du *Pr. J.-E. Dubé*.

2e communication:

Présentation d'un estomac fantôme. — *M. Albert JUTRAS.*

Le conférencier nous montre un beau moulage d'un estomac de malade théorique tel qu'aperçu dans la position classique exigée pour la gastroscopie, c'est-à-dire en décubitus latéral gauche. Ce moulage, de fabrication américaine, commandé et monté à Chicago pour l'Institut du Radium, met bien en évidence l'ensemble de l'estomac, et aussi bien certaines zones normales que les différentes lésions gastriques dans leurs zones d'élection, telles que le gastroscopiste peut successivement ou simultanément les apercevoir au cours de son examen. Ainsi, on distingue par l'appareil introduit dans cet estomac fantôme, les gros plis de la gastrite hypertrophique, les plages de gastrite atrophique, l'ulcus de la petite courbure, l'ulcère rond de Cruveilhier, les bourgeons d'un épithélioma, etc.

Par une fenêtre pratiquée sur la face antérieure de cet estomac, on aperçoit de même, à l'œil nu, les lésions déjà décrites.

Il faut admettre que celles-ci sont forcément d'un grossissement plus que normal et ne correspondent pas exactement à la réalité anatomique, mais elles n'en sont pas moins très démonstratives en permettant de reconstituer les nouveaux aspects de la morphologie et de la pathologie intra-gastrique.

Suit une discussion à feux croisés démontrant l'intérêt que suscite la présentation de cette pièce.

Avant de terminer la séance, la Société a réglé quelques affaires de routine.

On rappelle d'abord qu'il y a eu un cable de condoléances transmis à Mme Frank Smithies et à M. Beaumont Cornell, administrateur de l'American Journal of Digest. Diseases, à la suite du décès du Dr Frank Smithies, ceci au nom de la Société de Gastro-Entérologie. Une lettre du Pr. Dubé a suivi.

A ce propos, le Secrétaire fait un appel auprès des membres de la Société pour que la collaboration à ce Journal s'intensifie.

Pour terminer, il est proposé à l'unanimité que la mise en nomination des candidats pour le prochain bureau des Officiers de la Société ait lieu à la séance d'avril 1937, l'élection devant se tenir à la séance du mois suivant. Puis la réunion est ajournée.

Jean LeSAGE,
secrétaire.

Séance du 30 avril 1937

Présidence du Prof. J.-E. DUBE.

Communications:

Eventration diaphragmatique. Opération. Guérison. Présentation de deux observations. — M. MERCIER-FAUTEUX.

M. Mercier-Fauteux présente deux cas d'éventration diaphragmatique opérés; les deux malades sont du sexe féminin et dans la cinquantaine. Durant longtemps, cette affection a été silencieuse, ne troublant aucunement les fonctions digestives ou circulatoires. Puis graduellement chez les deux, des symptômes s'installèrent démontrant des troubles sérieux gastriques ou cardiaques. Ces symptômes inquiétants décidèrent le rapporteur à opérer. Dans le premier cas, il fit une thoraco-laparotomie et la plicature du diaphragme; chez le second, il peut réaliser la plicature sans avoir à ouvrir la cavité pleurale, utilisant une manoeuvre opératoire ingénieuse mise au point par Costantini.

Le Professeur A. LeSage trouve très intéressant les points de technique nouveaux exposés par l'Auteur. Il cite à ce propos une observation personnelle et se pose certaines questions ayant trait à la pathogénie de ce type de hernie.

En tenant compte de la lésion, unilatérale, qui consiste en une atrophie des fibres musculaires du diaphragme, on ne peut s'empêcher d'établir un rapport entre cette maladie et l'atrophie musculaire progressive, dues à une névrite. Il semble qu'on puisse établir un rapport entre les deux maladies et rechercher, dans cette dégénérescence musculaire du diaphragme, une lésion secondaire à une névrite du nerf phrénique. Il est possible qu'une telle lésion soit congénitale, mais il est possible aussi que cela provienne, soit d'une névrite périphérique du phrénique, soit du plexus cervical dont il est un prolongement centrifuge.



Au Retour de l'Age

Les femmes qui ont été soulagées des troubles douloureux et ennuyeux qui accompagnent généralement le retour de l'âge comptent parmi les clients les plus reconnaissants du médecin.

Les travaux de Frank, Goldberger et Salmon¹, et de nombre d'autres savants, ont prouvé l'efficacité des comprimés de PROGYNON-DH* dans le traitement par voie buccale des troubles de la ménopause. Ces comprimés constituent également un précieux complément du PROGYNON-B en solution huileuse pour maintenir le taux d'hormone folliculaire.

Le PROGYNON-B* en solution huileuse peut être employé avec avantage même dans les cas les plus graves de troubles de la ménopause. Mazer et Israël² traitèrent trente-trois cas avec le PROGYNON-B. Dans la plupart de ces cas il se produisit une amélioration des symptômes primaires dès la cinquième ou sixième injection. Aucun des trente-trois sujets ne fut réfractaire au traitement.

* Nom déposé au Canada et aux Etats-Unis.

De plus amples renseignements concernant les Hormones Sexuelles Féminines de Schering seront envoyés sur demande.

SCHERING (CANADA) LIMITED

751 CARRE VICTORIA

MONTREAL

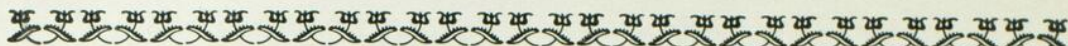
Ces facteurs œstrogéniques purs et cristallisés sont également indiqués pour le traitement de l'insuffisance d'hormone folliculaire dans les aménorrhées, les nausées et vomissements de la grossesse, la vaginite infantile gonococcique, les migraines, la vaginite sénile et le prurit vulvaire.

Le PROLUTON*, hormone du corps jaune cristallisée en solution huileuse, s'est montré efficace lorsqu'il y a menace d'avortement, contre l'avortement récidivant, dans les ménorrhagies et dans certains types de dysménorrhées.

Le PROGYNON-DH (œstradiol) est fourni en comprimés de 50, 200 et 600 unités biologiques; le PROGYNON-B (benzoate d'œstradiol en solution huileuse), en ampoules de 1 c.c. de 500, 2,000 et 10,000 unités rat; et le PROLUTON (progœstrone), en ampoules de 1 c.c. de 0,2, 1 et 5 unités internationales.

1. N. Y. State Journal of Medicine, 1er octobre 1936.

2. Medical Clinics of North America, juillet 1935.



(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.



Pour faire suite aux remarques de M. Fauteux, il se permet de rapporter succinctement une observation de son service de l'Hôpital Notre-Dame, pratiquée au cours du mois de mars 1937: il s'agit d'une personne âgée de 66 ans que son médecin dirige à l'hôpital avec le diagnostic de sténose du pylore. Ses antécédents héréditaires ou personnels ne présentent aucun intérêt. Mais, depuis un mois, surtout, elle accuse les troubles suivants: amaigrissement considérable, vertiges, toux sèche, souvent quinteuse, sans expectoration significative, nausées, vomissements après les repas. Auparavant, aucun trouble digestif, et bon appétit. A l'examen, on constate une douleur à la pression de la région épigastrique et de l'hypochondre droit. Il n'y a pas de succussion. Cette douleur réapparaît spontanément aussitôt que la malade ingère des aliments. Elle se révèle sous la forme d'une brûlure bientôt suivie d'une crampe et de vomissements alimentaires ne contenant pas de sang. Il n'y a pas de sang dans les selles non plus.

En présence de ces signes, l'A. pose le diagnostic d'ulcère de l'estomac. Mais, son aspect terreux, son amaigrissement et l'inappétence font songer à un néoplasme possible au niveau de l'antrum pylorique. En vue de préciser, l'A. demande une radiographie. Voici ce que l'on trouve: En projetant ce négatif sur l'écran, on aperçoit nettement deux masses: l'une sus-diaphragmatique, l'autre sous-diaphragmatique. Il y a donc hernie diaphragmatique d'une partie de l'estomac. D'autre part, les parois n'offrent aucune déformation.

On conclut qu'il s'agit donc d'une hernie de l'estomac.

Quant à la douleur post-prandiale, traitée comme s'il s'agissait d'un ulcère de l'estomac, elle a disparu quelque temps après, et la malade a quitté l'hôpital 17 jours plus tard n'accusant plus de douleurs après ses repas. La digestion est redevenue normale et l'on diffère une opération possible pour la libérer de cette déformation stomacale. La malade eût-elle été plus jeune, que le Pr LeSage lui aurait fait d'autres propositions, mais, à son âge, il croit qu'il était sage d'agir comme il a été fait. Cela veut dire, en conclusion, que, quels que soient les malaises accusés par les gastropathes, nous devons, dans chaque cas, recourir à la radiographie et nous serons peut-être surpris, comme vient de le dire M. Fauteux, de trouver quelques-unes de ces malformations que les malades emportent quelquefois dans la tombe à l'insu du médecin et auxquelles on aurait pu remédier par un examen plus complet.

Ces cas relèvent de la chirurgie, si les troubles s'aggravent, mais il faut attendre que le malade soit dans des conditions optima avant d'intervenir. Il remercie M. A. Cantéro pour l'étude des chimismes gastriques.

M. J.-A. Mousseau pose différentes questions. 1. L'estomac était-il tourné sur son axe, en position antéro-supérieure ou postéro-supérieure? 2. Quel était l'état du diaphragme? S'agit-il bien d'une hernie ou d'une éventration? 3. Quels furent les résultats post-opératoires? Le premier malade a-t-il accusé du hoquet? 4. N'existe-t-il pas un traitement médical? 5. Enfin, quels critères radiologiques possédons-nous d'une guérison post-opératoire?

Le Pr. A. LeSage fait remarquer que le traitement médical amena une amélioration nette chez sa malade, d'autant plus qu'à 65 ans, elle offrait un mauvais état général et présentait une tumeur sous-maxillaire.

M. J.-A. Mousseau soulève un point de technique cité par Monsieur *M.-F.*: L'éventration ne peut-elle être considérée comme une affection congénitale, puisque le pôle supérieur de la rate était remonté à la troisième côte. Pourquoi y aurait-il danger à abaisser la rate ?

M. Mercier-Fauteux: En réponse, se rappelle que dans une observation il fallut procéder avec délicatesse à cause d'un ulcus compliquant le problème.

La hernie est un syndrome que l'on peut clairement différencier du syndrome éventration diaphragmatique. Dans le premier cas, le diaphragme demeure normal et l'hiatus est agrandi. Dans le deuxième cas, le diaphragme est dégénéré et aminci et l'hiatus n'est pas déformé.

Il fait remarquer la fréquence de plus en plus grande des éventrations diaphragmatiques, surtout dans les services de tuberculose pulmonaire où les phrénicectomies se pratiquent en grand nombre.

Il n'y eut pas de hoquet chez aucun de ces deux malades. Le premier cas avait déjà subi une phrénicectomie; le deuxième, pas.

La démonstration est maintenant faite: il se produit des paralysies diaphragmatiques dans les adénites hilaires aussi bien que dans les médiastinites.

M. J.-A. Mousseau: Est-ce que, dans ces cas d'éventration, la sympathectomie ne produira pas son effet, à la manière de ceux obtenus dans les mégacolons ? Était-ce un ulcère superficiel ou un ulcère rond de Cruveilhier ?

M. Gérard Garon: Les ulcus sont-ils fréquents dans ces cas ?

M. P. Letondal: Dans quelle proportion les vomissements habituels de l'enfance ressortent-ils à l'éventration diaphragmatique ? Il doit présenter un cas à la séance prochaine.

Prof. J.-E. Dubé: L'éventration est-elle congénitale ?

M. Mercier-Fauteux, en réponse aux diverses questions, dit que sa première malade avait un ulcère de la petite courbure, que ces ulcères sont accidentels, que les malades s'adaptent bien à leurs nouvelles fonctions après l'opération. A *M. Letondal*, il répond que, contrairement à la hernie, l'éventration diaphragmatique est l'attente chez l'enfant.

M. A. Jutras, ayant examiné entre quinze à vingt mille diaphragmes depuis le début de sa carrière radiologique, prétend que ces anomalies sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le dit.

D'après *Fatou*, dans l'Encyclopédie, sur 126 hernies diaphragmatiques, huit sont situées à droite. Il cite une observation de hernie avec volvulus, publiée dans « L'Union Médicale. »

D'après lui, l'éventration prête plus à confusion que la hernie. Il rapporte, à ce moment, les observations de deux enfants où l'hiatus offrait une béance énorme avec agénésie pulmonaire.

Il faut, dans tous ces cas, étudier le jeu pulmonaire, rechercher les atonies musculaires. A cet effet, la position en Trendelenbourg est d'une haute importance. Il suivit jadis un cas avec *M. Bourguignon* où la chronaxie était négative.

2e communication:**L'appendicite chronique avec brides à forme latente. Syndromes nerveux et artériels associés. — M. Jean LeSAGE.**

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

Plus intéressante, mais délicate d'interprétation, l'appendicite chronique d'emblée se présente comme un syndrome qui évolue sans passé d'appendicite aiguë. Il faut rechercher si nous avons affaire au premier ou au second type. Et c'est là que siègent quelquefois les difficultés. Dans tous ces cas, l'Auteur préfère soumettre le malade à l'épreuve d'un traitement médical plus ou moins prolongé, quitte à avoir recours, dans un second temps, à une intervention, si le traitement médical s'est montré inopérant (1).

Discussion :

M. A. Jutras.— Sur le plan radiologique, le diagnostic d'appendicite chronique est constitué par un ensemble de signes et non pas par un seul signe. Outre les coudures et les adhérences, on a signalé l'évacuation retardée de la vidange appendiculaire, la présence de coprolithes découverts après coup, les modifications de contour répérées au moyen d'une pièce de métal.

Par transit, on a relevé des anomalies du cæcum telles que les encoches, d'une valeur relative, la terminaison en cône et la stase iléale.

D'autres voient un signe de présomption dans le pyrolospasme. S'il y a une bride iléo-cæcale, il faut songer à l'appendice. Bref, c'est un diagnostic d'élimination.

M. Mercier-Fauteux s'élève en général contre l'abus que l'on fait du terme d'appendicite chronique. Cette lésion correspond à un mot dont on se paie pour intervenir chez le malade, à tout prix. Il ne croit pas beaucoup à l'appendicite chronique d'emblée.

Très souvent on propose l'opération quand on a négligé de s'assurer du diagnostic exact.

La physiologie de l'appendice et du cæcum indique, aussi bien que les lésions anatomopathologiques, le départ qu'il faut faire entre le normal et le pathologique.

Le diagnostic d'appendicite chronique devrait être le dernier à être posé et ceci, après un examen complet. Par là, il faut entendre un examen systématique de l'arbre urinaire, un examen complet des selles, une recherche des parasites et du sang intestinal, un transit. Or, l'examen chimique, la plupart du temps, ne se pratique pas.

Il serait intéressant, pour savoir jusqu'à quel point il faut incriminer les brides et les coudures de l'appendice, de conduire des recherches expéri-

(1) Ce travail a paru dans *l'Union Médicale*, 1 juin 1937.

mentales qui nous permettraient de confirmer ou d'infirmier le bien-fondé des opinions, mettant en cause ces lésions pour justifier une opération.

Il y a aussi la théorie du vase clos. Cet état est plus rare qu'on ne le pense.

Pr. A. LeSage: L'intéressante communication de M. Jean LeSage lui remémore un fait récent qu'il verse au débat.

Il s'agit d'un homme d'âge moyen, se plaignant de douleurs dans l'abdomen, survenant quatre ou cinq heures après le repas, et siégeant surtout à la région péri-ombilicale. Diète et médication n'ont apporté aucun soulagement, si bien qu'un dernier examen pratiqué dans mon cabinet, pour la première fois, révéla les signes suivants:

Abdomen globuleux, légère tension, plus prononcée à droite qu'à gauche. La douleur à la pression origine au cæcum, remonte à l'angle hépatique et se répercute dans le côlon transverse où elle diminue progressivement.

En bas, elle semble prédominer à la région appendiculaire pour irradier de là derrière l'arcade pubienne à gauche et atteindre l'S iliaque. Le malade accuse, aussi, quelques vagues troubles vésicaux qui ressemblent à de la pollakiurie.

Dans son histoire antérieure, le malade a souffert, à la campagne, d'une *inflammation d'intestins*, à l'âge de 16 ou 19 ans. Il en a 40. Son aspect général est bon. Ses douleurs, tardives, se présentent sous la forme de crampes à l'ombilic. Bref, nous concluons à une *cæco-côlite* compliquée, vraisemblablement, d'appendicite chronique, reliquat d'une lésion aiguë ancienne.

L'échec des traitements antérieurs, l'état local, le syndrome douloureux persistant, malgré tout, oriente rapidement l'A. vers une intervention chirurgicale. Il pouvait s'agir, ici, non seulement d'une côlite, mais d'une appendicite à forme neurogène, cause de tous les troubles. Nous lui proposons un lavement baryté. En voici le rapport succinct:

« Intestins par voie basse. Le lavement opaque pénètre rapidement à travers les différents segments coliques, atteint le cæcum et traverse avec une extrême facilité la valvule de Bauhin, dessine ainsi une grande partie de l'iléon très dilaté. Les parois du côlon descendant manquent de souplesse et le dessin muqueux dans ce segment fait défaut. Nombreuses haustrations sur le transverse. Contraction du sphincter de Hirsch au niveau de la valvule de Bauhin. Bas-fond cæcal légèrement incurvé, entraîné par un appendice long, horizontal, irrégulier de contours et fixé par sa pointe vers la ligne médiane. Sensibilité au point d'insertion vérifiée à l'écran.

Le cliché d'évacuation montre une muqueuse très irritée et turgescente sur tout le trajet du transverse.

Conclusions: le diagnostic clinique d'appendicite chronique se trouve confirmé. De plus, on constate une insuffisance notable de la valvule de Bauhin et une côlite à prédominance gauche. » M. A. Jutras.

L'appendicectomie révèle un appendice long, adhérent par son extrémité, qui est grosse, arrondie et dure.

Les suites opératoires sont normales. Le malade quitte l'hôpital guéri, tous les troubles sont disparus. Le rapport du pathologiste indique les imprégnations chromaffines que l'on rencontre habituellement dans les appendicites neurogènes.

AGOCHOLINE

●

Médication rationnelle pour le drainage
des voies biliaires.

●

Cholécystites chroniques, Congestion du Foie

Lithiase biliaire, Ictère et Cholémie

Forme: Granulé soluble agréablement aromatisé.

Présentation: Boîtes de 120 grammes.

“ 250 “

LABORATOIRES du Dr ZIZINE, rue de Fécamp, PARIS

●

Agents généraux:

MILLET, ROUX & CIE, Limitée

1215, rue Saint-Denis

- - MONTREAL

La Pharmacie d'Ordonnances**ARTHUR HIRBOUR**

se spécialise depuis 35 ans dans
l'exécution des ordonnances de
MM. les Médecins et n'emploie que
les produits chimiques supérieurs.



angle Saint-Denis et De Montigny

MONTREAL

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.

Que conclure ? 1° Que cette appendicite chronique est secondaire à une appendicite aiguë ignorée autrefois. 2° Qu'il est toujours opportun, en pareil cas, de pratiquer un lavement baryté en vue de préciser le diagnostic. Enfin, l'A. ne croit pas qu'il faille se préoccuper outre-mesure de l'insuffisance de la valvule iléo-cæcale. Tout cela doit, peu à peu, rentrer dans l'ordre, car il lui semble que nous avons affaire dans ce cas, avant tout, à un trouble fonctionnel engendré par une appendicite neurogène dont l'action vago-sympathique est actuellement mieux connue.

M. J.-A. Mousseau tient à soulever quelques objections au sujet des remarques de MM. Fauteux et Jutras. Comment concilier les opinions disant, que si l'appendice est visible, il est pathologique, avec ces autres affirmant que la non-visibilité de l'appendice aux Rayons X indique un état normal de cet organe ?

M. Jutras prétend pouvoir faire apparaître l'appendice avec une technique personnelle qu'il expose: la veille de l'examen des côlons, le soir, il fait prendre au malade de l'huile de ricin et le lendemain matin il lui fait administrer deux lavements successifs à l'eau bouillie.

Avec cette technique, on aperçoit l'appendice dans neuf cas sur dix. Le signe radiologique de remplissage ou non possède donc peu de valeur.

M. J.-A. Mousseau croit pouvoir attribuer le nombre des opérations pour appendicite chronique, au fait, que les malades souffrant de cette affection, se présentent plus souvent chez le chirurgien que chez le médecin. Le chirurgien aurait une tendance assez générale à ne pas multiplier les examens préalables.

M. P. Letondal est d'avis que l'appendicite chronique des enfants est un diagnostic posé trop facilement suivi d'une opération trop systématique. C'est, en tout cas, un diagnostic auquel il se soumet assez rarement et ce n'est qu'après une épreuve d'un traitement médical prolongé qu'il s'y arrête.

La grande fréquence des interventions chirurgicales pour les lésions de ce genre, auront fait à la longue un grand tort à la profession médicale.

Avant de clore la séance, la Société passe à la mise en nomination des candidats au titre d'Officiers du prochain Bureau de la Société de Gastro-Entérologie.

Voici le ticket présenté: Président honoraire: Prof. J.-E. Dubé, à l'unanimité.

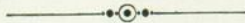
Président actif: M. J.-A. Mousseau, à l'unanimité.

Vice-Président: M. Mercier-Fauteux, proposé par Prof. A. LeSage, secondé par M. P. Letondal et A. Jutras.

Secrétaire Général: M. Albert Jutras, proposé par M. Antonio Cantéro, secondé par M. Gérard Garon.

Trésorier: M. Antonio Cantéro, à l'unanimité.

Jean LeSAGE,
secrétaire.



51^e ASSEMBLEE SCIENTIFIQUE DE L'HOPITAL SAINT-LUC

Tenue le jeudi 15 avril 1937, à 11.30 a. m.

Président: M. R. BOUCHER.

I. W. VIGNAL: Electrothérapie des obésités.

Le rapporteur énumère les principales obésités d'origine endocrinienne:

1° les obésités hypophysaires qu'il subdivise a) en maladie de Cushing à syndrome cortico-surrénal avec hirsutisme, à syndrome thyroïdien avec exophtalmie et à syndrome hyperthyroïdien avec ostéomalacie; b) en maladie où l'hypophyse a des lésions histologiques; c) en maladie de Babinski-Froelich ou syndrome adipo-génital avec une adiposité généralisée, des organes génitaux infantiles et des troubles psychiques pouvant aller jusqu'à la démence.

2° les obésités épiphysaires avec une adiposité précoce, des troubles auditifs et un développement génital précoce excessif;

3° les obésités surrénales avec une hypertrophie des organes génitaux externes, de l'hypertrichose et des tendances à l'homosexualité.

Pour les obésités d'origine hypophysaire, la radiothérapie donne de bons résultats. S'il existe des signes de compression on devra faire appel au neuro-chirurgien.

Pour les obésités d'origine épiphysaire, la chirurgie donne de médiocres résultats: il faut simplement ponctionner l'hydrocéphalie. Les rayons X donnent ici des résultats de même que dans les obésités d'origine surrénalienne.

Pour le traitement des autres obésités, il faut réduire les recettes et augmenter les dépenses.

Dans les obésités d'origine toxique ou alcoolique en plus du régime lacto-végétarien, il faut faire de l'électrothérapie et de la myothérapie active. Dans les obésités d'origine ovarienne et testiculaire, la diathermie généralisée est indiquée de même que dans les obésités d'origine arthritique. Chez les grands obèses, l'ergothérapie passive avec courant faradique rythmé d'après la méthode de Bergonié, donne des résultats remarquables à raison de 2 séances d'1/2 heure par jour. Récemment, le Dr Laquerrière a mis au point une nouvelle méthode très efficace avec les ondes alternatives de courant continu à longue période.

En discussion, le Dr Boucher demande s'il existe un traitement de la lipomatose localisée. Réponse négative.

II. M. LAROCHE: a) Un cas d'hypernéphrome.

b) A propos de la néphropexie.

a) Le rapporteur présente une pièce intéressante: un énorme hypernéphrome qu'il a enlevé récemment. Le patient présentait une hématurie totale et des douleurs au rein droit. Rien à la palpation. A la pyélographie, il y avait une destruction des calices supérieurs et moyens du rein droit.

b) M. Laroche donne comme causes principales des échecs de la néphropexie, le mauvais choix des malades à opérer et la mauvaise technique.

Il ne faut pas opérer les ptoses qui ne donnent que peu ou pas de douleurs, sans autres symptômes. Il faut se défier des névropathes, des ptosés du ventre qui continueront à souffrir souvent après l'intervention. Il faut opérer les ptoses rénales s'il y a des troubles digestifs réflexes importants ou s'il y a des complications d'hydronéphrose, d'hématurie, de lithiase et de torsion du rein.

Pour faire une bonne néphropexie, il faut d'abord libérer le rein de toute attache; il faut laisser le rein dans sa capsule et fixer la capsule dans le 10^e espace intercostal.

En discussion, M. Archambault, à propos de l'hypernéphrome, demande ce qu'il est advenu de l'autre rein.

M. Laroche: L'autre rein est demeuré sain. Les métastases de l'hypernéphrome sont rares.

M. Desforges demande qu'elle est la nature de l'hypernéphrome ?

M. Laroche: C'est un sarcome contenant de la lécithine presque pure.

M. Robillard demande si le patient avait déjà eu des injections de Carbone intra-veineux. On prétend que le Carbone peut être la cause de ces tumeurs. M. Laroche l'ignore.

Et la séance est levée.

Dr Charles LEFRANÇOIS,
Secrétaire.

RAPPORT DE LA DEUXIEME SEANCE DE LA SOCIETE MEDICALE DE MONTREAL

Tenue à l'hôpital Saint-Luc, le 25 février 1937.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

1. a) Un cas de fracture du scaphoïde. — R. DEROME.

La fracture du scaphoïde est une des complications les plus fréquentes des traumatismes du carpe. Comme symptômes, il y a l'histoire de la chute sur la main en extension, la douleur et l'œdème à la base du pouce; le diagnostic précis se fait à la radiographie. Le traitement est l'immobilisation précoce et prolongée, qui donne de meilleurs résultats que la résection. Présentation d'un malade traité par l'immobilisation et qui n'aura presque pas d'incapacité permanente.

b) Un cas de luxation du semi-lunaire.

Le mécanisme de cette luxation est une chute sur la main en extension. Comme traitement, il faut d'abord essayer la réduction; si l'on ne réussit pas, il faut alors extirper l'os. Présentation d'un opéré qui a conservé tous ses mouvements.

En discussion: M. Favreau approuve dans les deux cas la conduite de M. Dérome.

2. Abscès pulmonaire par fistule œsophagienne. — R. BOUCHER.

M. Boucher rapporte trois cas de cancer de l'œsophage ayant déterminé des abcès pulmonaires. Dans le premier, début insidieux par douleur cervicale et haleine fétide; puis un an plus tard, amaigrissement de 40 livres, toux, points de côté, etc. On pense à l'abcès du poumon et la radiographie est positive. Il existe également un néoplasme de l'œsophage. A l'autopsie, fistule œsophagienne vers l'abcès. Dans le 2ème cas, le patient présente l'histoire classique d'un rétrécissement de l'œsophage dû à un cancer. Il existe un abcès pulmonaire, mais pas de fistule à l'autopsie. Dans le 3ème cas, le malade se présente pour abcès pulmonaire. B. K. et B. W. positifs. On trouve à la radiographie une déviation de l'œsophage et à l'autopsie un cancer.

En discussion: M. P.-R. Archambault cite un cas de fistule œsophagienne avec abcès pulmonaire, due à l'absorption de soude caustique.

3. Cancer familial. — L. BERNARD.

Après avoir présenté l'histoire d'une première patiente qu'il a opérée et guérie pour un néoplasme du sigmoïde, M. Bernard cite le cas du frère de cette malade qui se présente à l'hôpital pour des douleurs dans le flanc droit et un amaigrissement de 10 livres. L'auteur pense au cancer, qu'il trouve en effet à l'opération sur le colon transverse. Colectomie en un temps; le malade meurt d'une embolie au bout de 12 jours. M. Bernard soulève la question de l'hérédité du cancer. Il a compté dans cette famille, de la grand-mère au père et aux enfants, six cas de cancer. Il parle également de la théorie microbienne du cancer et apporte le fait que le sarcome de la poule est transmissible par un filtrat de tumeur exempte de cellules.

En discussion:

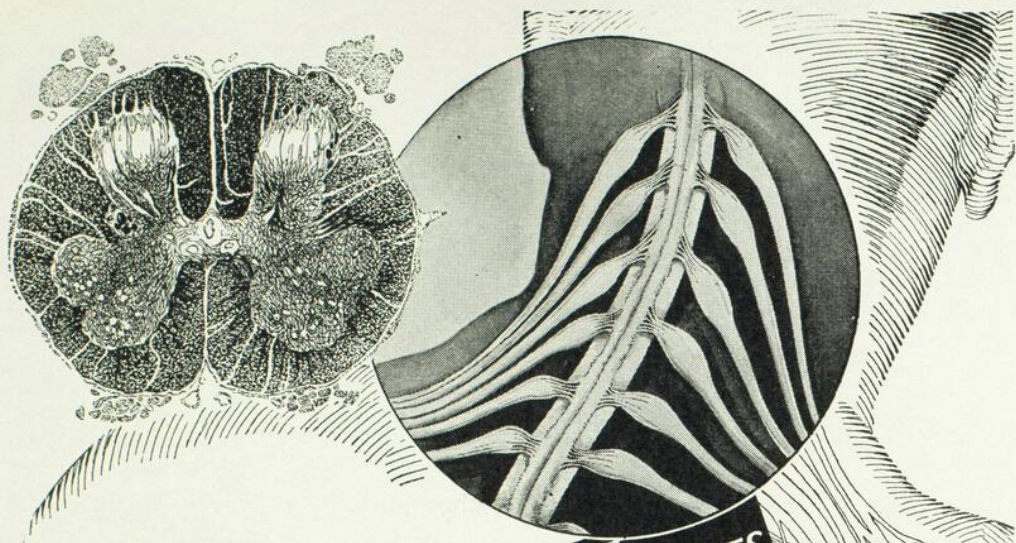
M. O. Dufresne cite contre la théorie héréditaire l'expérience de Lumière. 4000 prélèvements de 10 billes dans une boîte contenant 1000 billes noires et 1400 blanches. Souvent, parmi les 10 billes on en trouvera 4 noires ou 4 cas de cancer par famille, suivant l'effet du hasard. M. R. Boucher cite le cas d'un homme dont les trois femmes sont mortes successivement de cancer utérin.

4. Cancer du gros intestin, rectum excepté. — C. LEFRANÇOIS.

M. Lefrançois rapporte brièvement 3 cas de cancer du colon qu'il a opérés par colectomie en un temps: un néo du sigmoïde qui s'est invaginé à travers l'anus. Sans pouvoir parler de guérison définitive avant cinq ans, les 3 patientes sont actuellement en bonne santé. Le rapporteur énumère les différents symptômes qui ont permis avec les radiographies de faire le diagnostic, et insiste surtout sur l'importance du symptôme amaigrissement qui, dans certains cas, peut à lui seul commander la laparotomie exploratrice.

En discussion:

M. O. Dufresne cite un cas de néo du sigmoïde s'étant lui aussi invaginé à travers l'anus.



TABES DORSALIS

CASE III
ACETANILID SERIES

A series of case types where the dominant symptom is pain of nerve origin.

SYMPTÔME PRINCIPAL:

Douleur fulgurante, en coup de poignard, plus souvent dans les jambes ou les bras, mais pouvant aussi survenir dans d'autres régions.

HISTOIRE DE LA MALADIE:

Douleurs subites, ressemblant parfois aux douleurs rhumatismales, non augmentées par le mouvement; engourdissement des pieds, picotements, etc.

EXAMEN PHYSIQUE

L'épreuve de la piqûre d'épingle montre un ralentissement de la perception; la zone d'analgésie se trouve aux environs de la partie supérieure du thorax. Réflexe rotulien aboli.

SYMPTÔMES:

Douleurs irrégulières dans les jambes, diminuées par la pression; puissance musculaire et nutrition générale conservées; la vessie se vide difficilement; appétit et puissance sexuels diminués; présence du signe de Romberg.

DIAGNOSTIC: Période ataxique du début de tabes dorsalis.

TRAITEMENT: (Symptomatique) « Acetanilid » et « Acetphenetidin ».

Williams soutient qu'« Acetanilid » soulagera les douleurs d'ataxie locomotrice lorsque rien autre chose n'aura pu le faire. (« Minor Maladies. »)

Bromo-Seltzer contient de l'« Acetanilid » et de l'« Acetphenetidin », avec, en plus, l'association de caféine et de bromure dans chaque dose de une cuillerée à thé. La caféine fortifie doucement le processus mental. Le bromure amène la détente des nerfs. Le citrate améliore la digestion, augmente la réserve alcaline et donne à Bromo-Seltzer son effervescence agréable.

Bromo-Seltzer soulage la douleur efficacement et économiquement.

Les demandes pour échantillons et littérature sur Bromo-Seltzer reçoivent une attention immédiate.

BROMO-SELTZER LTD., Toronto, Can.



CAS N° III
DE LA SERIE
« ACETANILID »

Une série de cas typiques où le symptôme dominant est la douleur d'origine nerveuse.

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

EXAMENS POUR LE DIPLÔME DE « FELLOW » (membre actif)
1937

Nous attirons l'attention sur le changement de dates, antérieurement annoncées comme suit:

Les examens écrits, sur tous les sujets des examens primaires et finals, auront lieu à Halifax, Québec, Montréal, Toronto, Winnipeg, Saskatoon, Edmonton et Vancouver (au choix du candidat) les

JEUDI, 23 SEPT. — VENDREDI, 24 SEPT. — SAMEDI, 25 SEPT.

Les examens oraux et cliniques, sur tous les sujets, auront lieu à Montréal, le lundi, 25 octobre et les jours suivants.

Les demandes pour examens doivent être faites au Secrétaire Honoraire avant le 1er septembre.

Les candidats, gradués en 1930, ou antérieurement, d'une École de Médecine ou d'une Université approuvées par le Conseil, ne seront pas tenus de passer l'examen primaire, mais devront, à l'examen final, faire preuve d'une connaissance générale et pratique de l'application clinique de l'anatomie et de la physiologie. Ce privilège prendra fin en décembre 1940.

Des cours de révision en anatomie et en physiologie seront donnés à l'Université McGill et à l'Université de Toronto, à partir de jeudi, le 26 août, au mercredi, le 22 septembre inclusivement. — Contribution: \$25.00.

Pour renseignements, s'adresser à

Des renseignements supplémentaires apparaîtront dans chaque numéro de ce journal.

Warren S. Lyman, M.D., Secrétaire Honoraire,
292, rue Somerset, Ottawa, Canada.

5. **Un cas de coma diabétique.** — G. LAFRESNIERE.

Il s'agit d'une femme de 43 ans qui arrive à l'hôpital dans le coma. Glycémie: 5.66 grammes. On lui donne de l'insuline à hautes doses: 1070 unités en 15 heures. La patiente reprend connaissance et quitte plus tard l'hôpital avec une glycémie de 1.08. Malheureusement, on la perd de vue. Le rapporteur insiste sur les hautes doses d'insuline dans le traitement du coma, et recommande l'hospitalisation de cette catégorie de malades.

6. **Considérations sur la pression rétinienne.** — C.-T. MATHIEU

La pression de l'artère rétinienne est différente de la pression artérielle générale. Pour la mesure, il faut équilibrer en pressant l'œil, les deux tensions intra-oculaire et rétinienne; alors les pulsations de l'artère apparaissent. La pression Mx est de 60 à 70, la Mn. de 35 à 40. Des pulsations rétinienne spontanées peuvent exister si la pression de l'artère rétinienne baisse ou si la tension intra-oculaire augmente, comme dans le glaucome. Le rapporteur cite un cas de céphalée intense avec pression rétinienne élevée, 130 sur 70. Ponction sous-occipitale. Guérison du moins apparente, car peut-être verra-t-on apparaître plus tard une tumeur cérébrale.

En discussion:

M. Panet-Raymond souligne dans ces cas les avantages de la ponction sous-occipitale sur la ponction lombaire.

7. **Un cas d'agranulocytose dû au Novar.** — A. DESFORGES

Après avoir donné les principaux symptômes de la maladie: prurit, érythème, purpura, anémie rouge et surtout blanche, le rapporteur présente un tableau des multiples numérations globulaires de son patient traité au Novar. Les globules blancs sont descendus jusqu'à 500 avec 20% de poly. Il a traité son malade avec des transfusions et plusieurs injections de « Pentnucléotides », et il croit que la guérison a été obtenue ici par ce produit.

En discussion:

M. Dufresne se demande si c'est le médicament qui a agi. M. Boucher en est convaincu. M. H. Charbonneau a obtenu de beaux résultats avec ce médicament dans les angines agranulocytaires.

Est-il opportun d'hospitaliser les rougeoleux?

M. H. CHARBONNEAU.

Le rapporteur croit, contrairement à l'opinion courante, qu'il faut hospitaliser les rougeoleux. A la condition qu'ils soient bien isolés et qu'ils aient une alimentation riche en vitamines, M. Charbonneau prouve par des statistiques personnelles que les rougeoleux hospitalisés font moins de complications pulmonaires que ceux du dehors, et s'ils en font, la mortalité est à peu près nulle. A l'hôpital Pasteur, en 1935, il n'y eut aucune complication mortelle chez les rougeoleux de moins de 3 ans, du côté de l'appareil pulmonaire.

Albéric MARIN, M. D.,
Président.

G.-A. SEGUIN, M. D.,
Secrétaire-trésorier général.

NOUVELLES

Le Docteur F. E. McKenty a été nommé successeur de feu le Docteur Scrimger, comme Chirurgien en Chef de l'Hôpital Royal Victoria, de Montréal.

Après avoir gradué à l'Université McGill en 1904, le Docteur McKenty se rendit à Freiburg pour étudier la pathologie sous le Professeur Aschoff. Il alla ensuite à Berlin, où il demeura un an étudiant la chirurgie sous le Professeur Bier et la pathologie sous le Professeur Pick. Après avoir continué ses études à Vienne et Paris, il revint en Amérique et visita les différentes cliniques américaines. Il commença sa pratique à Montréal en 1909, consacrant presque entièrement les premières années aux recherches et travaux de laboratoire.

En 1909 on lui offrit le poste d'assistant à la clinique de chirurgie à l'Hôpital Royal Victoria; il fut le premier à utiliser l'anesthésie rachidienne, ayant acquis son expérience sous le Professeur Bier à Berlin.

Il a contribué à des travaux sur l'actinomycose, la blastomycose, les tumeurs de l'appendice, la maladie de Paget (sein), l'embryologie des tumeurs du cou, et le traitement chirurgical de la tuberculose. En 1909, il était nommé démonstrateur en anatomie au McGill poste qu'il garda cinq ans. Durant la même période il donna des démonstrations en anatomie appliquée et en chirurgie opératoire.

Durant la guerre, après avoir passé quelque temps en Angleterre, il alla en France et servit cinq mois à l'Hôpital du Tréport et six mois à Boulogne avec l'unité du McGill. A son retour de la guerre il fut nommé associé en chirurgie, quelques années plus tard il devient assistant-chirurgien, pour devenir il y a trois ans chirurgien. Dans toutes ces différentes positions il était activement engagé dans l'enseignement de la clinique chirurgicale et durant les quatre dernières années il enseignait à tous les élèves de quatrième année à l'Hôpital Royal Victoria.

Le Docteur McKenty est un F.R.C.S. (Eng) et aussi F.R.C.S. (C) et F.A.C.S.

L'an dernier il devint assistant-professeur de chirurgie à l'Université McGill.

L. G. L.

SYMPATHIES AU DOCTEUR J.-A. VIDAL

Nous prions M. le Dr Vidal, secrétaire-trésorier de l'« *Union Médicale* », qui vient de subir la douloureuse épreuve du décès de sa fille, Mademoiselle Pauline Vidal, d'agréer l'expression de nos plus sincères sympathies.

PRIX CASGRAIN & CHARBONNEAU

Fondation d'un centre de pyrétothérapie à l'hôpital Notre-Dame.

Recherches pour fièvre artificielle dans les cas de syphilis nerveuse, de maladies de peau et affections diverses.

Premier centre de pyrétothérapie au Canada.

SUPPLEMENT

THERAPEUTIQUE AUXILIAIRE DE L'ARTHRITE

Il importe, dans cette affection, d'en reconnaître les causes, et d'instituer tant un traitement interne qu'un traitement local palliatif.

L'étiologie de l'arthrite se classe comme suit: infectueuse, métabolique, traumatique, la plupart des cas relevant plus ou moins de ces trois catégories, qui en sont les principales. Sa thérapeutique doit donc tendre à l'élimination de tout foyer septique, au dépistage et à la rectification des attitudes vicieuses, et au soulagement de l'état inflammatoire des articulations.

Quant au traitement local, on ne saurait s'en dispenser, bon nombre de médecins accordant leur préférence à l'Antiphlogistine, (appliquée chaude) dont l'emploi constitue un précieux adjuvant, tant pour calmer la souffrance, que pour stimuler l'activité cellulaire et la circulation capillaire.

Si appliquée seulement au niveau de l'articulation atteinte, les résultats, certes, en seront satisfaisants; si, toutefois, l'application recouvre non seulement le siège du mal, mais s'étend au delà, les effets bienfaisants en seront encore plus frappants. En outre, le renouvellement de ce glycéroplasma toutes les huit ou douze heures augmentera sensiblement le bien-être du patient.

LA SEMAINE GASTRO-ENTEROLOGIQUE

PARIS. — 13, 14 et 15 septembre 1937.

VICHY. — 16, 17 et 18 septembre 1937.

Deuxième Congrès International de Gastro-Entérologie

La Société Internationale de Gastro-Entérologie a organisé son deuxième Congrès. Celui-ci tiendra ses assises à Paris, pendant l'Exposition Universelle, les 13, 14 et 15 septembre 1937, sous la Présidence de M. le Professeur Pierre DUVAL de Paris.

1o *Le Diagnostic Précoce du Cancer Gastrique;*

2o *L'Occlusion Aiguë et Chronique du Grêle.*

La première sera traitée simultanément par des Rapporteurs français et des Rapporteurs allemands.

Le Rapport d'ensemble des auteurs français sera présenté par MM. les Prof. P. DUVAL et GOSSET, avec la collaboration de: Prof. CARNOT (diag-

nostic clinique et sérologique); Dr GUTMANN (radiologie); Dr MOUTIER (gastroscopie); Dr GARIN (Gastroscopie photographique); Prof. LABBE (diagnostic chimique); Dr Yvan BERTRAND (histologie pathologique); Drs GATELLIER et CHARRIER (diagnostic opératoire).

Le Prof. KONJETZNY présentera le Rapport d'ensemble des auteurs allemands, avec la collaboration de: Prof. von BERGMANN (médecine); Prof. SAUERBRUCH (chirurgie); Prof. BUERGER (diagnostic chimique); Prof. BERG (radiologie); Prof. HENNING (gastroscopie et gastrophotographie); Prof. STAEMMLER (anatomie pathologique).

La deuxième question mise à l'étude sera traitée par les Rapporteurs suivants: MM. MOGENA (Espagne) pour la partie médicale; BOTTIN (Belgique) pour la physiopathologie; KRYNSKI (Pologne) pour la radiologie; WILKIE (Angleterre) pour la chirurgie; BINDO de VECCHIO (Italie) pour l'anatomie pathologique; N. (E. U. A.) pour la bio-chimie.

A l'issue du Congrès de PARIS s'ouvrira le *Congrès International de l'Insuffisance Hépatique*, qui aura lieu à Vichy, les 16, 17 et 18 septembre 1937, sous la Présidence de M. le Prof. LOEPER.

Il comportera 2 sections: une de médecine, l'autre de thérapeutique, dans lesquelles des Rapporteurs éminents de diverses nationalités ont été choisis (Allemagne, Angleterre, Autriche, Espagne, France, Roumanie). Entr'autres chapitres seront traités: les oedèmes des hépatiques, le foie des paludéens, le gros foie des enfants, la fonction soufrée, le foie du point de vue intervention chirurgicale, puis les médications cellulaires et circulatoires.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE PSYCHIATRIE INFANTILE

Le 1er congrès international de Psychiatrie Infantile aura lieu à Paris du 24 juillet au 1er août 1937. Son Comité d'organisation est ainsi composé. *Président*: G. Heuyer (de Paris); *vice-président*: M. Brissot, médecin de la Colonie d'Enfants de Perray-Vaucluse; *secrétaire général*: Léon Michaux (de Paris); *secrétaire général adjoint*: Maurice Leconte (de Paris); *trésorier*: Ch. Grimbert (de Paris); *secrétaire des Sections*: Mlle le Dr Badonnel (de Paris), *Psychiatrie générale*; Mme le Dr Bernard-Pichon (de Paris), *Psychiatrie scolaire*; Mme le Dr J. Boudinesco (de Paris), *Psychiatrie juridique*.

CONGRES INTERNATIONAL DE L'INSUFFISANCE HEPATIQUE

Le Congrès International de l'Insuffisance Hépatique qui se tiendra, à Vichy, du 16 au 18 Septembre 1937, sous le Haut Patronage de Monsieur le Ministre de la Santé Publique, et qui a réuni l'adhésion de cinquante Pays, est placé sous la Présidence d'Honneur des Professeur G. Von Bergmann (Berlin), P. Carnot (Paris), Mariano R. Castex (Buenos-Aires), A. Dustin (Bruxelles), Sir W. Langdon Brown (Londres), G. Maranon (Madrid), E. Marchoux (Paris), W. Orłowski (Varsovie), N. Pende (Rome), G. H. Whipple (New-York), et sous la Présidence de Monsieur le Professeur M. Loeper, Membre de l'Académie de Médecine.

Le Collège des
Médecins et Chirurgiens
de la Province de Québec

Le Comité des Créances du Bureau Provincial de Médecine se réunira à Québec, Edifice du Parlement, le mardi, 13 juillet 1937, à 10 heures a.m. pour procéder à l'assermentation des nouveaux médecins et étudier les requêtes à lui soumises.

Les candidats doivent être présents et apporter avec eux, leur BREVET et leur diplôme de docteur en médecine, à défaut de quoi ils ne seraient pas assermentés.

Le Registraire,

J. E. LABERGE, M.D.

354 est, rue Ste-Catherine,

Montréal.

Salines

dans la CONSTIPATION par SURCHARGE de l'INTESTIN.

Certains individus, gros mangeurs et sédentaires, quoique ayant une selle tous les jours, bénéficient de l'ingestion de sels une fois par semaine, ou à certains intervalles réguliers. Ceci a pour effet d'éliminer les matières fécales de surplus accumulées durant la semaine.

Sal Hepatica

est doublement efficace dans la constipation causée par l'élimination insuffisante: il contribue à débarrasser l'intestin de l'excès de déchets, doucement, sûrement et complètement. Une légère excitation de la musculature intestinale, une diminution d'absorption et l'augmentation de l'osmose accomplissent ce résultat. SAL HEPATICA fournit les sels minéraux naturels destinés à conserver la réserve alcaline. L'orga-

nisme est en meilleur état pour éviter la maladie; le bien-être général est augmenté. SAL HEPATICA stimule l'écoulement de la bile du foie à la vésicule biliaire et de là au duodénum.

L'efficacité de SAL HEPATICA peut se comparer à celle d'eaux minérales de sources réputées. SAL HEPATICA donne une excellente boisson gazeuse.

Echantillons et littérature envoyés sur demande.

Sal Hepatica Nettoie le tube digestif et contribue à combattre l'acidité.

BRISTOL-MYERS CO.
1241-F, rue BENOIT,
MONTRÉAL, Canada.



Les Médecins Français et Etrangers sont admis comme Membres Titulaires du Congrès.

Toutes les demandes de renseignements, adhésions, cotisations doivent être adressées au Docteur J. Aimard, secrétaire général du Congrès International de l'Insuffisance Hépatique, 24, Boulevard des Capucines, Paris (IX^e).

Nous rappelons que ce Congrès sera précédé par le deuxième Congrès International de Gastro-Entérologie qui se tiendra à Paris les 13, 14 et 15 septembre sous la Présidence de Monsieur le Professeur Pierre Duval.

NOMINATIONS A LA FACULTE DE MEDECINE

Nous offrons nos plus sincères félicitations à MM. T. Parizau et E.-P. Betnoît, respectivement réélus Doyen-directeur des Etudes, et Secrétaire de la Faculté; G.-H. Baril, nommé Assistant-directeur des Etudes, et membre du Comité Exécutif en remplacement du Professeur P. Masson, démissionnaire; aux membres de l'Exécutif de la Faculté de Médecine: MM. T. Parizau, E.-P. Benoît, J.-E. Dubé, A. LeSage, B.-G. Bourgeois, E. Asselin et G.-H. Baril; aux nouveaux titulaires: MM. Roméo Boucher, à la chaire de pathologie générale; Roméo Pépin, à la chaire de matière médicale; Gaston Lapierre, à la chaire de pédiatrie; Urgel Gariépy, à la chaire de médecine opératoire; Edmond Dubé, à la chaire de pathologie chirurgicale; Albéric Marin, à la chaire de dermato-syphiligraphie; Louis de Gonzague Joubert, nommé agrégé à la chaire de clinique d'oto-rhino-laryngologie à l'Hôtel-Dieu.

Que nos meilleurs vœux de succès accompagnent nos collègues élus. La valeur de l'enseignement de notre Faculté de Médecine dépendra, dans une large part, de leur compétence et de leur zèle. Nous sommes assurés qu'ils ne failliront pas à la tâche.

BIBLIOGRAPHIE

Dictionnaire des bactéries pathogènes pour l'homme, les animaux et les plantes, par Dr Paul HAUDUROY et Dr Ch. EHRINGER, pour la bactériologie humaine; Prof. Ach. URBAIN et Dr G. GUILLOT, pour la bactériologie animale et Dr J. MAGROU, pour la bactériologie végétale. Un volume de 598 pages. Broché: 120 fr.; Relié toile: 140 fr. Masson & Cie, éditeurs, 120, boul. Saint-Germain, Paris VI^e.

Les bactériologistes, au cours de leurs travaux de recherches ou d'analyses, se trouvent parfois fort embarrassés pour déterminer exactement une bactérie dont ils ne connaissent que la morphologie, la réaction de coloration et quelques caractères culturels. Ils peuvent dans certains cas ne plus avoir présents à la mémoire les caractères secondaires du microbe qu'ils étudient. Dans d'autres cas, le bactériologiste médecin peut mal connaître les germes agents de maladies vétérinaires et ne connaître que fort peu la phyto-bactériologie. Inversement, le bactériologiste vétérinaire ou le phytopathologiste peuvent connaître incomplètement les microbes humains.

Aussi les auteurs ont-ils pensé qu'il était utile de réunir sous une forme aussi simple que possible le résumé de nos connaissances actuelles sur les germes pathogènes pour l'homme, les animaux et les plantes. Ils ont adopté, pour le classement des germes, l'ordre alphabétique, qui leur a paru le plus simple et le plus commode et ont limité leur travail aux germes pathogènes. Dans certains cas cependant ils ont débordé le cadre qu'ils s'étaient fixé et ont décrit les caractères essentiels des bactéries intestinales saprophytes qui peuvent se confondre avec des bactéries pathogènes et ne s'en distinguent que par certaines réactions de fermentation. La dénomination des bactéries adoptée par les auteurs est celle de la Société Américaine de Bactériologie. Cette nomenclature est, en effet, la seule qui, à l'heure actuelle, soit complète et permette de classer tous les germes connus. Afin de faciliter un travail ultérieur de dénomination et de classification des bactéries, ils ont fait précéder leur ouvrage de la reproduction des règles internationales de la nomenclature botanique, règles qui sont à la base d'une nomenclature bactériologique. Dans le corps de leur ouvrage, à chaque microbe, ils ont fait suivre le nom adopté de tous ses synonymes. Une table alphabétique complète permet facilement, connaissant un synonyme, de retrouver la bactérie.

L'ouvrage est complété par un appendice qui comprend un ensemble de tableaux qui rendront certainement les plus grands services. On y trouvera en particulier le nouveau groupement des germes appartenant au genre « Salmonella » tel qu'il a été défini par la Société Internationale de Microbiologie. Ce groupement n'a encore jamais été publié en langue française. Il est suivi de tableaux donnant les propriétés biochimiques essentielles du germe du genre « Salmonella », de la constitution antigénique des mêmes microbes, des réactions sérologiques classiques des germes des genres « Eber-

thella », « Salmonella », « Shigella », et une classification américaine des streptocoques. Enfin viennent 5 tableaux de détermination intéressant les genres *Aerobacter*, *Alcaligènes*, *Eberthella*, *Escherichia*, *Proteus*, *Salmonella*, *Shigella*. Ces tableaux sont conçus sur un plan entièrement nouveau; il sont basés en effet sur les réactions des fermentations, l'action sur le lactose servant de point de départ. Ces tableaux permettent, dans la très grande majorité des cas, d'arriver à la détermination d'un bacille Gram négatif à l'aide de 3 ou 4 milieux sucrés courants. Ce système de reconnaissance a paru préférable aux auteurs au système classique basé sur la liquéfaction ou le non liquéfaction de la gélatine. Ce caractère si intéressant soit-il, est souvent long à mettre en évidence, retarde pratiquement les déterminations et doit être complété par la recherche de multiples autres réactions. Sur les mêmes tableaux de détermination se trouvent classés, par ordre alphabétique, tous les caractères connus culturels et biochimiques des bactéries étudiées.

Tel qu'il est conçu, ce Dictionnaire qui n'a, à notre connaissance, aucun équivalent, devra rendre les plus grands services aux hommes de laboratoire. Il leur permettra de s'orienter plus facilement au milieu d'une science chaque jour plus complexe.

La radiokymographie du cœur et des vaisseaux, par Emile BORDET et H. FISCHGOLD. Un volume de 134 pages avec 66 figures. (collection Médecine et Chirurgie: recherches et applications), 30 fr. Masson & Cie, éditeurs, 120, boul. Saint-Germain, Paris VI^e.

Cette nouvelle méthode a fait l'objet de nombreux travaux tant à l'étranger qu'en France; mais aucun ouvrage d'ensemble n'avait encore été publié chez nous. MM. Bordet et Fischgold ont pensé qu'il était opportun d'exposer, dans un livre relativement court et aussi clair que possible, l'état actuel de la question. Ils ne se sont pas bornés à une simple mise au point; ils ont largement cité les recherches des auteurs étrangers, mais en les soumettant à une critique raisonnée ou à leur expérimentation. Ils ont, de plus, apporté leur contribution personnelle par les travaux qu'ils poursuivent depuis plusieurs années dans les laboratoires de la Pitié et dont ils ont classé et résumé les résultats.

Les premiers chapitres concernant la technique radiokymographique et la lecture des crochets ou des courbes à l'état normal, et qui sont les plus ardues pour le médecin non spécialisé, sont traités dans un esprit de simplification qui n'exclut pas la précision désirable. L'importance de la méthode apparaît dès qu'on aborde l'étude des principales affections du cœur. Les courbes de l'aorte et de l'artère pulmonaire dans les états pathologiques retiennent fortement l'attention car elles fournissent sur les modifications des battements, sur la dilatation et la locomotion des artères, des indications du plus vif intérêt.

On ne peut interpréter convenablement la séméiologie cardiovasculaire qu'à la lumière de la physiologie, aussi trouvera-t-on des renseignements utiles dans les chapitres concernant les données fondamentales et les variations physiologiques de la dynamique ventriculaire. On constatera que la radiokymographie donne la possibilité d'objectiver, chez l'homme, les variations du ré-

sidu post-systolique, l'état de la tonicité diastolique et de vérifier le comportement de la loi de Starling au cours des épreuves fonctionnelles (épreuve de Valsava, excitation du parasympathique).

MM. Bordet et Fischgold n'ont pas limité leurs recherches à la physiologie normale. Ils ont étudié les anomalies des battements, dégagant ainsi certains signes d'intérêt pratique pour la clinique. Ils ont démontré que par l'épreuve de l'exercice, les films radiokymographiques peuvent établir le degré de suffisance ou d'insuffisance du tonus myocardique. Ils ont étudié au cours de leur dernier chapitre les variations du résidu postsystolique dans les différents stades des dilatations du cœur.

Ce livre apporte donc sous une forme concise les éléments susceptibles de faire connaître une méthode dont l'utilisation s'impose en clinique, méthode de radiologie dynamique qui est le complément indispensable de la radiologie statique du cœur et des vaisseaux.

Etudes sur le spina bifida, par Jacques LEVEUF, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien de l'hôpital Bretonneau; avec la collaboration de MM. Ivan BERTRAND, Directeur de l'Ecole Pratique des Hautes Etudes, et H. STERNBERG, Assistant de la Clinique orthopédique de l'Université de Vienne. Un volume de 330 pages, avec 176 figures, 75 fr. Masson & Cie, éditeurs, 120, boul. Saint-Germain, Paris VI^e.

Cette étude est une des plus complètes qui ait paru sur le « spina bifida ». Elle est basée sur l'analyse de 80 observations personnelles. L'auteur a puisé dans cette riche documentation les 176 figures originales qui sont reproduites dans son ouvrage.

Dans le chapitre de l'*Anatomie pathologique*, on trouve, à côté d'une description complète des formes banales du spina bifida, un exposé de la structure des formes particulières méningocèles par exemple, qui ne sont pas rares mais dont l'existence avait été contestée jusqu'alors. A la fin de ce chapitre, l'auteur montre les transitions qui existent entre les variétés les plus monstrueuses et les formes bénignes de la malformation. Il existe donc, contrairement à ce qu'on a pensé, une certaine unité dans la structure des spina bifida.

Des pages importantes et entièrement originales sont consacrées à l'étude des méninges dans les spina bifida. Les constatations faites par l'auteur l'ont conduit à exposer dans une vue d'ensemble la structure des méninges normales et malformées.

Les documents publiés dans ce livre constituent une preuve de l'origine neuro-ectodermique de la meninge molle rejetée par les classiques mais admise par MM. Roussy et Oberling à la suite de leurs études sur les tumeurs méningées.

Les chapitres qui ont trait à la *Clinique* contiennent des points de vue nouveaux sur l'étiologie du spina bifida, sur ses rapports avec la syphilis en particulier.

Les complications, telles qu'hydrocéphalie, paralysie, pied bot, troubles urinaires, malformations osseuses, etc., sont étudiées non pas en bloc mais porter un pronostic valable au sujet de chaque cas individuel.

Le *traitement* est étudié dans les moindres détails (soins pré-opératoires, technique chirurgicale, traitement des complications etc. On y trouve des indications opératoires établies pour chacune des variétés de la malformation.

Les conclusions de l'auteur s'appuient sur une étude cohérente des *résultats éloignés* des interventions qu'il a faites et dont certaines datent de quinze ans.

M. Ivan Bertrand a rédigé un chapitre richement illustré sur les malformations de la moelle et du cerveau en dehors du spina bifida proprement dit.

M. Sternberg a exposé enfin le développement de la moelle épinière et la pathogénie des spina bifida. Dans son étude sont reproduites de nombreuses coupes d'embryons humains provenant de la célèbre collection du professeur Hochstetter.

L'ouvrage se termine par un compte rendu détaillé des 80 observations personnelles qui ont permis à l'auteur de publier cette belle monographie.

La pathogénie des œdèmes. Confrontation des théories à la clinique.
Par Pierre MAURIAC, professeur de clinique médicale, doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux. Un volume de 88 pages. (Collection Médecine et Chirurgie: recherches et applications. N° 5.) 16 fr. Masson et Cie, éditeurs, libraires de l'Académie de Médecine, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Cette monographie sera d'autant plus appréciée que le professeur Mauriac apporte dans ce domaine une contribution très personnelle qui lui a permis, dans une large mesure, d'étendre nos connaissances sur une série de questions encore controversées.

Sans trop s'avancer, conclut l'auteur, on peut dire:

1° Pour que les œdèmes se produisent, il faut que soient réalisées dans les tissus et les humeurs, certaines conditions physico-chimiques dont les plus importantes semblent être les troubles de l'équilibre minéral, les troubles du métabolisme des protéines et des lipides, les modifications des parois capillaires, les variations du pH; dans ce bouleversement, la polarisation et la perméabilité des membranes sont modifiées et le pouvoir d'inhibition des tissus augmenté.

2° Ces conditions physico-chimiques n'existent qu'à l'état morbide. Elles sont la conséquence de: maladies cardio-vasculaires, rénales, nerveuses, déséquilibre endocrinien, insuffisance alimentaire.

3° Les mêmes conditions physico-chimiques peuvent être réalisées par un trouble fonctionnel rénal et par une insuffisance cardiaque. La même explication peut convenir à des types d'œdèmes cliniquement bien différents, et dans un même type clinique on peut trouver des facteurs pathogéniques très divers.

L'hormone folliculaire. Par le Dr Henri SIMONNET, professeur à l'École Nationale vétérinaire d'Alfort. Un volume de 532 pages: 100 fr. Masson et Cie, éditeurs, libraires de l'Académie de Médecine, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'auteur expose dans ce travail comment il est possible de concevoir le rôle que la folliculine joue, à l'état normal, dans l'économie, ainsi que les perturbations dont cet hormone peut être la cause. Il s'appuie sur des documents personnels et sur des matériaux recueillis dans la volumineuse littérature scientifique; la bibliographie qu'il cite en fin d'ouvrage ne comprend pas moins de 2,500 références.

Dans les deux premières parties, l'auteur définit l'hormone folliculaire au point de vue chimique et biologique et il en discute l'origine. La troisième partie est consacrée au rôle physiologique de la folliculine sur les voies génitales et sur la glande mammaire, sur les glandes endocrines, ainsi qu'à son influence sur les métabolismes et les différents appareils.

Ces données étant établies, le rôle de la folliculine en pathologie est étudié dans la quatrième partie qui traite du point de vue humoral de la pathogénie de certaines affections: troubles prépubéraux et pubéraux, troubles de la menstruation de la ménopause, troubles des fonctions de reproduction, affections de la glande mammaire, cancer. Rôle de la folliculine dans la pathologie du mâle.

La cinquième partie a pour objet le dosage de la folliculine du point de vue du diagnostic, du pronostic et de la conduite du traitement. En principe tout traitement par la folliculine réclame à son début le dosage de cet hormone dans les urines et de préférence dans le sang. Les dosages sont également utiles au cours du traitement pour juger de l'opportunité qu'il y a à le poursuivre ou à en modifier les modalités d'application.

En thérapeutique (VIe Partie) la folliculine peut être employée comme substitut d'une sécrétion ovarienne déficiente; elle peut être utilisée comme agent modificateur inhibiteur ou stimulant. La plupart des indications de la folliculine découlent de ses propriétés physiologiques et de son rôle dans la vie sexuelle.

L'auteur n'a pas la prétention d'épuiser le sujet, mais il a voulu donner une interprétation actuelle et souvent personnelle. Ses travaux antérieurs sur la folliculine, en chirurgie et en médecine expérimentale, le désignaient pour cette mise au point très complète.

LIVRES REÇUS EN JUIN

L'hormone folliculaire. Par le Dr Henri SIMONNET, professeur à l'École Nationale vétérinaire d'Alfort. Un volume de 532 pages. En vente chez Masson et Cie, 120 blvd Saint-Germain, Paris: 100 francs.

La pathogénie des oedèmes. Confrontation des théories à la clinique. Par Pierre MAURIAC, professeur de clinique médicale, doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux. Un volume de 88 pages. En vente chez Masson et Cie: 16 francs.

« **Digest of Treatment** ». N^o le juillet 1937. En vente chez J. B. Lippincott Company, Philadelphie. \$5.00 par année, 1 numéro par mois.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES ANNONCES

Abbott Laboratories Ltd, (<i>Sulfamidyl</i>)	XII
Anglo-French Drug Cie, (<i>Elixir Gabail</i>)	XLIX
Antiphlogistine, (<i>Les cellules qui régènèrent</i>)	XXII
Ayerst, McKenna & Harrison, Limited, (<i>Capsules Digitalis Folium</i>)	XX
Banque Canadienne Nationale, (<i>À votre disposition</i>)	XLVI
Borden Company Limited, The, (<i>Lait Borden's St. Charles, Evaporé</i>)	LVII
Boudot, L., (<i>Dia-Tosan</i>)	LXII
Bristol-Myers Co., (<i>Sal Hepatica</i>)	LXVIII
Bromo-Seltzer Ltd., (<i>Acetanilid</i>)	LXVIII
Canada Drug Company, (<i>Paveral</i>)	LVIII
Canadian Cannery Limited, (« 11 variétés bien distinctes ») <i>Troisième page intérieure de la couverture</i>	
Cardinaux, Paul, (<i>Diathermie, Rayons X, Electrologie</i>)	XI
Casgrain & Charbonneau, Ltée, (<i>Sulfocide</i>)	XXXVI
Casgrain & Charbonneau, Ltée, (<i>Stérilisateur "Castle"</i>)	XLVIII
Casgrain & Charbonneau, Ltée, (<i>Ray. X Westinghouse</i>)	XLVIII
Ciba, Compagnie, Limitée, (<i>Trasentine "Ciba"</i>)	III
Cloutier & Cloutier Cie Ltée, (<i>L'appareil "McIntosh"</i>)	X
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada,	LXVI
Denver Chemical Manufacturing Co., (<i>Antiphlogistine</i>)	XXII
Duckett J. A., (<i>Dernière Création de la Prothèse</i>)	LIV
Eddé, J., Limitée, (<i>Taxol</i>)	VI
Eddé, J., Limitée, (<i>Inotylol</i>)	VI
Eddé, J., Limitée, (<i>Pipérazine Midy</i>)	XIX
Eddé, J., Limitée, (<i>Hémostyl</i>)	XXVII

Eddé, J., Limitée, (Bismuthoïdol)	XXX
Eddé, J., Limitée, (Phospho-Strychnal)	XXXIII
Eddé, J., Limitée, (Ocréine Grémy)	XXXIII
Eddé, J., Limitée, (Iodone Robin)	XXXIII
Eddé, J., Limitée, (Iodogénol Pépin)	XXXIV
Eddé, J., Limitée, (Epilepsie)	XLVI
Frosst, Charles E. & Co. (Kondremul) <i>Deuxième page intérieure de la couverture.</i>	
Herdt & Charton, Inc., (Uroprazine)	LV
Herdt & Charton, Inc., (Gélotonin)	LXIV
Hirbour, Arthur, (Pharmacie d'Ordonnances)	LXIV
Hoffmann-LaRoche Limitée, (Le Sédobrol « 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
Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, (Genatropine)	I
Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, (Geneserine)	I
Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, (Genoscopamine)	I
Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, (Genostheniques)	I
Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, (Amidal)	I
Laboratoires Licardy, (Sédosine)	XLVII
Laboratoires A. Bailly, (Opobyl)	XVIII
Laboratoires A. Guerbet & Cie, (Lipiodol)	LXVII
Laboratoire du Bismol, (Agobyl) <i>Quatrième page de la couverture.</i>	
Laboratoires Clin, Comar & Cie, (Electrargol)	IX
Laboratoires Clin, Comar & Cie, (Solution de Salicylate de soude du Dr Clin)	IX
Laboratoires Lobica, (Taxol)	VI
Laboratoire Nadeau Limitée, (Sodiosal)	XXX
Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Ltée, (Carbonactyl)	XIII
Laboratoires du Dr P. Astier, (Arhéol Astier)	XXV

Laboratoires Soudan de Paris, (<i>Dia-Tosan</i>)	LX
Laboratoires Midy, (<i>Pipérazine Midy</i>)	XIX
Librairie Beauchemin Limitée, (<i>Linguaphone</i>)	XXVIII
La Cie Canadienne des Agences Modernes, (<i>Les Lithi- nés du Dr Gustin</i>)	LII
La Cie Canadienne des Agences Modernes, (<i>Magnésie du Dr Gustin</i>)	LII
Le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec	LXVII
Listers Limited, (<i>Listers</i>)	LVIII
Mercier & Dion, (<i>Fourrures</i>)	XXI
Merck & Co., Limited, (<i>Pyridium</i>)	LIX
Millet, Roux & Cie, Ltée, (<i>Agocholine</i>)	LXIII
Monty, Gagnon & Monty	VIII
Parke, Davis & Cie, (<i>Le Mapharsen</i>)	IV
Ranniger, W.-E., (<i>Histidin-Ifal</i>)	LI
Rougier Frères, (<i>Hepathemo</i>)	XVII
Rougier Frères, (<i>Hémoglobine Deschiens</i>)	XIX
Rougier Frères, (<i>Ouabaïne Arnaud</i>)	XXI
Rougier Frères, (<i>Véronidia</i>)	XXIII
Rougier Frères, (<i>Spectrol</i>)	XXV
Rougier Frères, (<i>Sedlitz Chanteaud</i>)	XXVI
Rougier Frères, (<i>Sténol Chanteaud</i>)	XXVI
Rougier Frères, (<i>Rami</i>)	XXVI
Rougier Frères, (<i>Elixir Ducro</i>)	XXIX
Rougier Frères, (<i>Névrosthénine Freyssinge</i>)	XXXV
Rougier Frères, (<i>Chloramine Freyssinge</i>)	XXXV
Rougier Frères, (<i>Capsules Dartois</i>)	XXXV
Rougier Frères, (<i>Urseptine Rogier</i>)	XLV
Rougier Frères, (<i>Sirof Famel</i>)	LIV
Rougier Frères, (<i>Iodalose Galbrun</i>)	LV
Rougier Frères, (<i>Prosthénase</i>)	LV

Sanatorium de Blois	XXIV
Sanatorium Prévost	II
Schering (Canada), Ltd., (<i>Au retour de l'âge</i>)	LXI
Siemens-Reiniger (Canada) Limited, (<i>Le Sphérix</i> <i>"Siemens"</i>)	V
Siemens-Reiniger (Canada) Limited, (<i>L'Ultratherm</i> <i>"Siemens"</i>)	L
Squibb & Sons of Canada, Ltd., E.R., (<i>Nativol</i>)	LX
Vinant Ltée, (<i>Geneserine</i>)	I
Vinant Ltée, (<i>Genatropine</i>)	I
Vinant Ltée, (<i>Genoscopolamine</i>)	I
Vinant Ltée, (<i>Genostheniques</i>)	I
Vinant Ltée, (<i>Amidal</i>)	I
Vinant Ltée, (<i>Electrargol</i>)	IX
Vinant Ltée, (<i>Solution de Salicylate de soude du Dr</i> <i>Clin</i>)	IX
Vinant Ltée, (<i>Sédosine</i>)	XLVII
Vinant Ltée, (<i>Ujiodol</i>)	XLVII
Vinant Ltée, (<i>Opobyl</i>)	XVIII
Wander, A., Limited, (<i>Ovaltine</i>)	XXIX
Warner, R. William (<i>Cal-Bis-Ma</i>)	XIV

"11 VARIÉTÉS BIEN DISTINCTES"



La diversité des produits "AYLMER" permet de prescrire le fruit ou le légume qui convient le mieux aux besoins de chaque individu.

L'ABRICOT, source de fer et de cuivre, ne peut s'obtenir, sous une forme commerciale approuvée, que par la marque «AYLMER»; le plus beau fruit canadien préparé sous la direction éclairée de chimistes diplômés. Sur demande nous enverrons des échantillons pour examen.

Pois tamisés, betteraves, fèves, épinards, pruneaux, carottes, abricots, tomates, asperges, compote de pommes, soupe pour enfants.

"Il peut avoir confiance en nous"

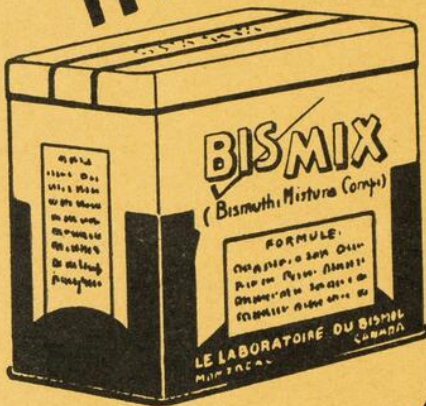
RESEARCH LABORATORY
CANADIAN CANNERS LTD.
HAMILTON - CANADA



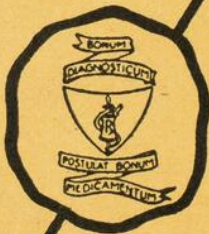
ALIMENTS
AYLMER
POUR BÉBÉS

BIS MIX

HYPERCHLORHYDRIE



*Excepté
les cas où
l'intervention
chirurgicale est
nécessaire toutes les
maladies du foie sont
justiciables de l'Agobyl*



DÉSENSIBILISATEUR DES ÉTATS HÉPATIQUES

Le Laboratoire du Bismol

Spécialités Thérapeutiques

945 rue Côté

Montréal