TOME LXV OCTOBRE 1936 No 10

L'Union Médicale du Canada

REVUE MENSUELLE
Fondée en 1872

BIBLIOTHEQUE DU G. PHENIX SAINT-JEAN, QUEBEC

NÉCROLOGIE

Le Professeur Amédée Marien, 1866-1936 . . . . . J.-E. DUBE . . . 937

Un souvenir . . . . . Albert LeSAGE . . . 944

BULLETIN

Le XIVe Congrès . . . . . GERIN-LAJOIE . . . 947

MÉMOIRES

Des thyroïdites aiguës . . . . . Eugène SAINT-JACQUES et G.-H. DUHAMEL . . 949

Lacunes congénitales de la voûte crânienne: les trous pariétaux anormalement très agrandis . . . . . Roma AMYOT . . . 955

RECUEIL DE FAITS

Abcès du cervelet. Complication d'un kyste épidermoïde infecté, extra et intracranien . . . . . Gaston LAPIERRE et Paul MARTIN . . . 962

Un cas d'ostéogénésis imperfecta . . Julien TETREAULT et L. GAGNIER . . . 969

REVUE GÉNÉRALE

Les solutions anesthésiques alcalines Gérard De MONTIGNY . 974

Le filtrat gonococcique (Corbus Ferry) chez les enfants . . . . . A.-B. LEBEL 983

ACTUALITÉS

Les débuts de la lutte contre la mortalité infantile à Montréal. Fondation de la première « Goutte de lait » . J.-E. DUBE 986

Autour d'un congrès pour l'étude du goitre . . . . . Réal DORE 994

VARIÉTÉS

Réflexions sur la gastroscopie et ses rapports avec la radiologie . . . Albert JUTRAS . . . 997

ANALYSES

Voir détails page X

(Suite du sommaire à la page X)

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef
Albert LeSAGE

Secrétaire de la rédaction
Léon GÉRIN-LAJOIE

Membres:
Roma AMYOT, Édouarl DESJARDINS, Jean SAUCIER.

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

"Frosst"

KONDREMUL

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

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

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

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

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

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

5° Ne contient pas d'alcool.

6° Ne contient pas d'alcali.

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

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

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

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

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

12° Elle se verse facilement.

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

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

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

Bouteilles de 16 onces

Charles E. Frosst & Co.

PHARMACIENS-FABRICANTS DEPUIS 1899

MONTRÉAL
CANADA

RICHMOND
VIRGINIE

ELECTRARGOL

Argent colloïdal électrique à petits grains, stérile et stable

Constitue la base de la

MÉDICATION ANTI-INFECTIEUSE GÉNÉRALE ET LOCALE

Médecine: Pleurésies, Méningites, Phlébites.

Gynécologie: Métrites, Vaginites.

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

Ampoules de 5 et 10 c.c.

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

INJECTIONS CLIN

STRYCHNO-PHOSPHARSINÉES

permettent la triple médication

phosphorée arsenicale strychnique

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

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

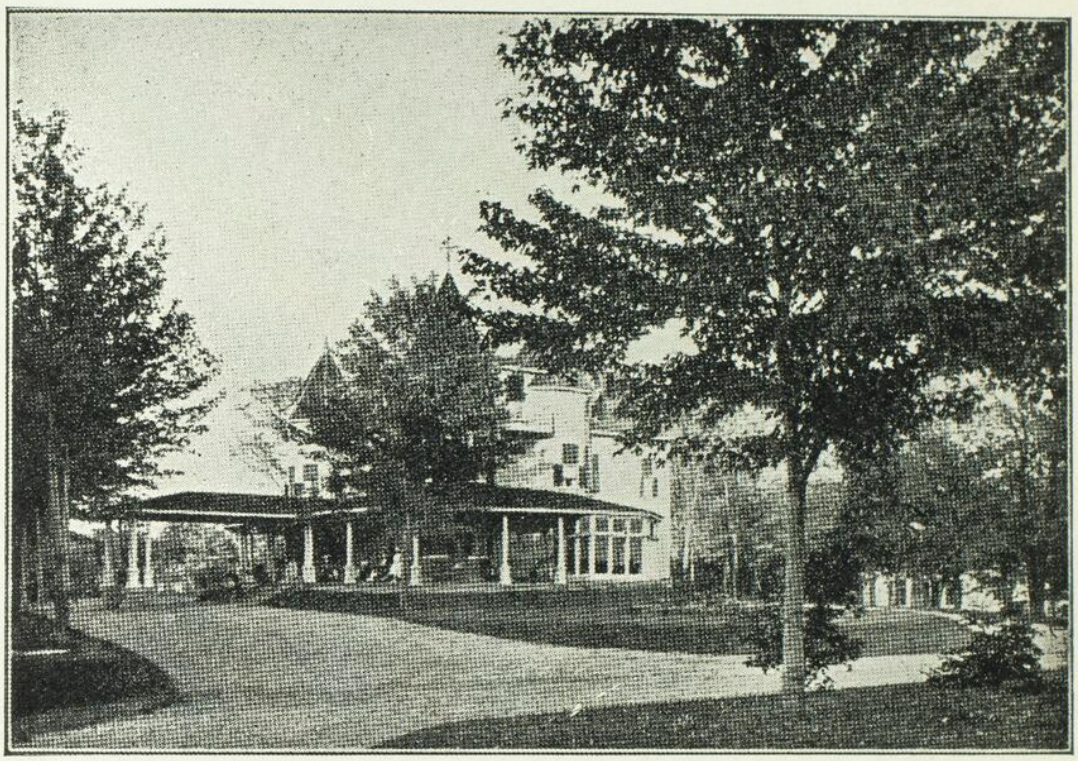
NEURASTHENIE
DEPRESSION NERVEUSE
CONVALESCENCE

LABORATOIRES CLIN, COMAR & CIE, PARIS

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

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

SANATORIUM PRÉVOST
INCORPORE



ETABLISSEMENT DE PSYCHOTHERAPIE

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

TRAITEMENT INDIVIDUEL DES AFFECTIONS DU SYSTEME NERVEUX

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

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

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



NAVITOL

fournit les VITAMINES A et D sous leur forme naturelle *exclusivement*

En Navitol, E. R. Squibb & Sons présentent un produit qui offre maints avantages. Mélange d'huiles de foie de poissons spécialement choisies et raffinées, il fournit, sous leur forme naturelle, les Vitamines A et D.

Navitol ne contient pas moins de 50,000 unités de Vitamine A et 10,000 unités de Vitamine D (unités internationales) par gramme — la même puissance en Vitamines A et D que l'huile de foie de flétan avec du viostérol, mais il coûte 40% moins cher. Son coût modique, sa grande puissance et le faible volume des doses sont également des avantages importants puisqu'il constitue ainsi un supplément de régime qui est destiné à un usage continu.

La dose prophylactique quotidienne de 10 gouttes ou 1 capsule fournit 8,500 unités de Vitamine A et 1,700 unités de Vitamine D (unités internationales).

Navitol est en vente chez votre pharmacien sous les formes que voici:

Bouteille d'huile de 5 c.c. (avec compte-gouttes) 75

Boîte de 25 capsules de gélatine . .85

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

E. R. SQUIBB & SONS OF CANADA, LTD.

Chimistes Manufacturiers pour le Corps Médical depuis 1858

LE MAPHARSEN

"LE RAFFINEMENT DE LA THÉRAPEUTIQUE ARSENICALE."

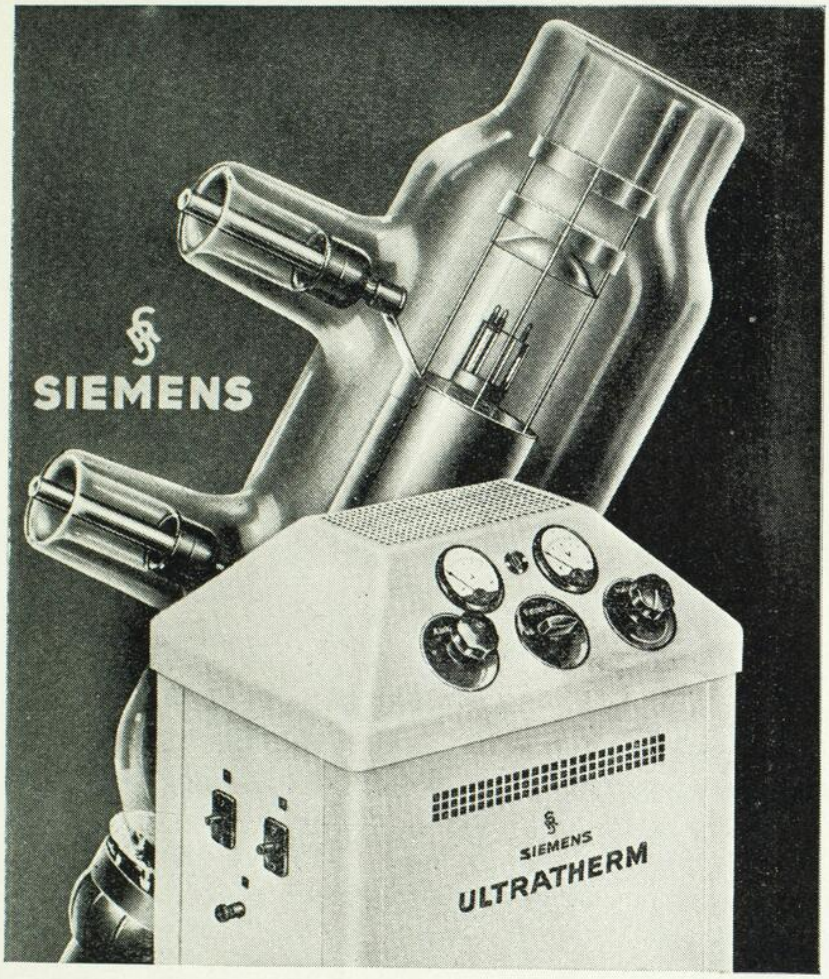
La Compagnie Parke, Davis présente à la profession médicale une nouvelle préparation arsenicale antisyphilitique: le Mapharsen. C'est le résultat d'actives recherches menées en collaboration dans les laboratoires de deux grandes Universités et le département des recherches de Parke, Davis et Cie.

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

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

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

PARKE, DAVIS & COMPANY - MONTREAL



Appareil à ondes ultra-courtes de 6 mètres.

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

Traitements faciles avec bras porte-électrodes.

Des milliers d'ULTRATHERM vendus depuis la découverte de la thérapie à ondes courtes.

•

SIEMENS-REINIGER (Canada) LIMITED

Dominion Square Building

MONTREAL

Traitement Rationnel du Diabète
et ses Diverses Applications

(I. O. G.)

DIA - TOSAN

du Dr H. LABBÉ, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, et de E. DONARD.

— COMPRIMÉS —
Préparés dans les Laboratoires Soudan de Paris

8 fois sur 10* le DIA-TOSAN fait **disparaître tous les troubles secondaires du diabète,** apporte une amélioration considérable de l'état général, ainsi que **le rétablissement de l'équilibre nutritif.**

Cette proportion, de **8 sur 10***, donne aussi des résultats les plus favorables dans certaines formes de dermatoses: ACNÉ, ECZÉMA, FURONCULOSE, PRURIT, URTICAIRE; même, avec absence de sucre.

* Ces chiffres ont été relevés, en s'appuyant sur 10,000 cas, traités en France.

ADULTES: **8 à 12 comprimés par jour en trois fois,** au début des repas.
ENFANTS: Demi-doses.

Innocuité Absolue **Tolérance Indéfinie**

Agent général pour le Canada:

L. BOUDOT

8955, rue Routhier **MONTREAL, P. Q.**

Tél.: DUpont 4350

L'Union Médicale du Canada

Fondée en 1872

◆

Prix de l'abonnement pour 1936

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

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

Conditions de Publication

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

Le Comité de Rédaction accepte 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.

POSTES DE MEDECINS

POSTE OFFERT

Poste offert, à l'Institut Bruchési, à un médecin désirant se spécialiser en oto-rhino-laryngologie.

S'adresser au Dr P.-S. Bohémier, 922, rue Cherrier.

INTERNES DEMANDES

INTERNES DEMANDES

Rémunération raisonnable. S'adresser au surintendant médical, hôpital Pasteur, 3095, Sherbrooke est. Tél.: FRontenac 1174.

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.

L'ASSOCIATION DES GARDES-MALADES DIPLOMEES DE L'HOPITAL NOTRE-DAME

Registre pour Gardes-Malades, service privé. Bureau ouvert jour et nuit. Hôpital Notre-Dame, CHerrier 1157.

NUPERCAINAL "CIBA"

Onguent analgésique et antiprurigineux contenant 1% de Nupercaïne.

◆

Le Nupercainal, pommade onctueuse et douce, met à la disposition du médecin un moyen maniable d'analgésie par applications externes des lésions douloureuses ou prurigineuses de la peau et des muqueuses.

INDICATIONS:

Brûlures, coup de soleil, eczéma, macérations de la peau, décubitus, gerçures, crevasses des seins, ulcères, prurit anal et vulvaire, fissures anales, hémorroïdes.

MODE D'EMPLOI:

L'endroit douloureux est enduit de Nupercainal, puis, si nécessaire, recouvert d'un léger pansement. — Dans les affections étendues il est recommandé de ne pas employer plus que le contenu d'un tube par 24 heures.

EN TUBES D'UNE ONCE AVEC CANULE RECTALE.

COMPAGNIE CIBA LIMITÉE - MONTRÉAL



Sanatorium du Lac Edouard

LAC EDOUARD, P. Q.

Pour le traitement de la

TUBERCULOSE PULMONAIRE

Situé au sommet des Laurentides, le Sanatorium du Lac Edouard offre tous les avantages scientifiques et climatiques de la cure hygiéno-diététique.

Seuls, les patients susceptibles d'amélioration sont admis.

Excellente cuisine. Personnel expérimenté et sympathique. Ambiance gaie. Taux modérés.

Service direct de Montréal et de Québec par le réseau du Canadien National.

Pour tout renseignement, s'adresser à

Docteur J. A. COUILLARD, B. A. L. Ph.
Surintendant médical

L'Union Médicale du Canada

Fondée en 1872

Bureau de Direction

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

Président: T. Parizeau; Vice-Président: E. St-Jacques; Secrétaire-Trésorier: J.-A. Vidal. Membre d'honneur: Prof. Pierre Masson.

Bureau de Collaboration

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

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef

Albert LeSAGE

Secrétaire de la rédaction

Léon GÉRIN-LAJOIE

Membres:

Roma AMYOT, Édouard DESJARDINS, Jean SAUCIER.

ONT COLLABORE AU VOLUME DE 1935:

Amyot (R.), Archambault (P.-R.), Barry (G.), Baril (H.), Bernard (L.-C.), Bertrand (A.), Bertrand (A.), Blagdon (L.), Boucher (R.), Bourgeois (B.-G.), Bourgeois (P.), Bridges (Mme K. M. B.), Cantero (A.), Champeau (J.), Charbonneau (J.-H.), Charron (E.), Comtois (A.), Coutu (L.), Couturier (A.), d'Argencourt (G.), DeMartigny (F.), Desforges (A.), Desjardins (Ed.), Doré (R.), Dubé (Edm.), Dubé (J.-E.), Dufresne (E.), Dufresne (O.), Dumontier (A.), Facquet (J.) Fauteux (M.) Favreau (J.-C.), Ferron (M.), Fontaine (R.), Fortier (L.), Gagnier (L.-A. fils), Gariépy (L.-H.), Gariépy (U.), Gélinas (H.), Gendreau (J.-E.), Gérin-Lajoie (L.), Gibeault (H.), Graton (A.), Guilbault (A.), Hébert (G.), Heineck (A.-P.), Jutras (A.), Lafresnière (G.), Lambert (J.-A.), Lamoureux (L.), Lapierre (G.), Laquerrière (A.), Larichelière (R.), Laurin (B.), Lefebvre (P.), Lefrançois (C.), Legault (J.-P.), Léonard (D.), LeSage (A.), LeSage (J.), Letondal (P.), Lian (C.), Magnan (L.-A.), Major (W.), Manseau (J.-A.), Manseau (O.), Marin (Albéric), Martel (J.-A.), Martin (P.), Mathieu (C.-T.), Mathieu (E.), Millet (J.), Morin (G.), Morin (P.), Mousseau (J.-A.), Panet-Raymond (J.), Panneton (P.), Paquette (J.-P.), Paré (L.), Parizeau (T.), Pilon (A.), Poirier (P.), Patoine (L.), Ricard (P.-M.), Riopelle (J.-L.), Riopel (P.), Roux (R.), Roy (J.-N.), Samson (J.-E.), Sansregret (E.), Saucier (J.) , Simard (L.-C.), Smth (P.), Saint-Germain (J.-P.), Saint-Jacques (E.), Tétreault (A.), Trépanier (F.), Vidal (J.-A.).

SUITE DU SOMMAIRE

FORMULAIRE

Sédatifs chez les cardiaques . . . . Rodrigue LEFEBVRE . 1005

REVUE DES LIVRES

La chirurgie du cancer du poumon . . Georges DESHAIES . . 1006

Livres reçus en septembre 1936 1008

NOUVELLES

Déplacement — Nominations — IIIe Congrès International du Paludisme 1032

Condoléances 1033

BIBLIOGRAPHIE

Chirurgie du pancréas — L'année hydro-climatologique . . . 1033

ANALYSES

MÉDECINE

Traitement de l'hémorragie (p. 1009). L'hyperazotémie camouflée au cours des néphrites chroniques urémigènes et hypertensives (p. 1010). La posologie en médecine (p. 1012). Complications pulmonaires de la maladie de Bouillaud (p. 1012).

ENDOCRINOLOGIE

La substance médullaire de la surrénale (p. 1013). Les hormones sexuelles dans le sang et l'urine à l'état normal et durant la maladie (p. 1014).

PHTISIOLOGIE

Erythème noueux et tuberculose (p. 1016).

NUTRITION

Expériences cliniques avec l'insuline-protamine-zinc et autres composés de zinc et d'insuline dans le diabète sucré (p. 1016). Le diagnostic différentiel entre l'empoisonnement par les salicylates et l'acidose diabétique (p. 1017). Effets de l'insuline ordinaire, de l'insuline-protamine et de l'insuline cristalline sur la glycémie (p. 1017).

NEURO-PSYCHIATRIE

La xanthomatose (p. 1018).

HYGIÈNE

Les inondations sont un danger pour la santé (p. 1019). Procédés d'élimination du plomb et du cuivre contenus éventuellement dans les eaux de boisson (p. 1019). Une épidémie de dysentérie bacillaire à Matane, Qué. (p. 1020). Après dix ans de malariathérapie. Contributions cliniques et anatomo-pathologiques à l'étude de la syphilis du système nerveux (p. 1020).

CHIRURGIE

Infarctus de l'intestin par choc d'intolérance (p. 1021).

OBSTÉTRIQUE

Etude sur l'emploi de l'évipan-sodique en obstétrique (p. 1023)

UROLOGIE

Les colibacilloses urinaires (p. 1024).

PÉDIATRIE

Etude radiologique de la pneumonie franche aiguë chez l'enfant, précédée de quelques remarques cliniques (p. 1025). L'otoérythrie, signe de l'oreille rouge, en pédiatrie (p. 1026).

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Ulcération tuberculeuse du méat (p. 1027). Trichophytie de la main et éruptions secondaires à distance. Pathogénie (p. 1027). Prurit anal avec leucodermie. Etat de la muqueuse gastrique (p. 1028). Syphilis du foie (p. 1028).

ÉLECTRO-RADIOLOGIE

Un cas d'ostéo-chondromatose du coude (p. 1029). A propos de la radiographie abdominale sans préparation dans un cas d'occlusion aiguë (p. 1029). Un cas d'aorte en situation droite (p. 1030).

LABORATOIRE

La structure des vaisseaux lymphatiques de la capsule de Glisson dans ses rapports avec la structure du tissu conjonctif et la circulation (p. 1030). Méthodes nouvelles d'exploration rénale appliquées chez les cardio-rénaux (p. 1030).

Compagnie Générale de Radiologie,

PARIS

autrefois

Gaiffe, Gallot & Pilon et Ropiquet, Hazard & Roycourt

Installations ultra-modernes pour Hôpitaux, Cabinets médicaux,

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

DIATHERMIE ELECTROLOGIE

SOCIÉTÉ GALLOIS & CIE, LYON

LAMPES ASCIATIQUES POUR SALLES D'OPÉRATIONS ET DISPENSAIRES

Ultra-Violets — Electrodes de Quartz — Infra-Rouges

ETABLISSEMENTS G. BOULITTE, PARIS

ELECTROCARDIOGRAPHIE, PRESSION ARTERIELLE,

METABOLISME BASAL

Tous appareils de précision médicale pour hôpitaux et médecins

---

ETABLISSEMENTS R. LEQUEUX, PARIS

STÉRILISATION — DÉSINFECTION

pour Hôpitaux, Dispensaires et Cabinets médicaux

COLLIN & CIE, PARIS

L'INSTRUMENTATION CHIRURGICALE PAR EXCELLENCE

PAUL CARDINAUX

Docteur es-Sciences

"PRECISION FRANÇAISE"

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



TEINTURE DE

METAPHENE

ANTISEPTIQUE

Très puissant — Non-irritant

Au laboratoire comme en clinique, le Métaphène s'est montré un agent de stérilisation extrêmement puissant, son pouvoir germicide dépassant de loin celui de la plupart des antiseptiques communément employés, y compris le bichlorure de mercure. En présence même des spores résistantes du bacille Subtilis, la Teinture de Métaphène exerce son pouvoir destructeur en moins de cinq minutes.

De plus, fait particulièrement important, il n'est pas irritant. Dans tous les cas où une stérilisation complète de la peau est nécessaire, le Métaphène est indiqué et peut s'employer à des concentrations beaucoup plus fortes que tout autre composé mercuriel en usage.

Présentation: Flacons de 1, 4, 16 et 80 oz. (Colorée et non colorée).

Echantillon et littérature sur demande

LABORATOIRES ABBOTT

LIMITÉE

388 OUEST, RUE ST-PAUL, MONTREAL, Qué.

BIBLIOTHEQUE
Dr G. PHENIX — SAINT-JEAN, QUEBEC.



LE PROFESSEUR AMÉDÉE MARIEN

1866 - 1936

Tome LXV No 10 Octobre 1936

BIBLIOTHEQUE
Dr G. PHENIX — SAINT-JEAN, QUEBEC.

NÉCROLOGIE

LE PROFESSEUR AMÉDÉE MARIEN
1866-1936

Le Professeur Amédée Marien est décédé, à l'Hôtel-Dieu de Montréal, le 1er septembre dernier, à l'âge de 70 ans, après une longue et pénible maladie.

Notre ami montrait, il y a quelques années encore, une endurance physique remarquable, non seulement auprès de ses malades mais encore plus, peut-être, dans le travail qu'il s'imposait sur sa ferme à la Rivière-des-Prairies, aussi bien qu'au cours de ses fréquentes excursions de chasse. Marien nous paraissait infatigable alors, toujours debout à l'hôpital dans son service, ou à la salle d'opération qui lui prenait des matinées entières et souvent une partie de ses après-midi. Que de fois il fut appelé, la nuit, à opérer d'urgence. Cependant, il ne se plaignait jamais de son cœur quoique, depuis deux ou trois ans, il avait parfois des moments de défaillance et, depuis un an, il avait de la dyspnée à l'effort, des malaises dans la région du cœur et l'œdème qui lui venait aux pieds, de temps à autre, lui causait des inquiétudes. Il dut enfin entrer à l'Hôtel-Dieu en janvier dernier et il y resta jusqu'à sa mort. Les signes d'insuffisance cardiaque augmentèrent graduellement, laissant, par-ci par-là, des moments de répit qui lui donnaient de l'espoir, mais il continua à descendre chaque jour vers la tombe sans jamais, cependant, perdre confiance. La veille de sa mort il salua d'un sourire et d'une poignée de main l'un de nos chirurgiens de l'Hôtel-Dieu en lui disant: vous avez été un de mes meilleurs élèves.

Le Professeur Marien naquit à la Rivière-des-Prairies le 10 mai 1866, du mariage du Dr A. Marien et de Joséphine Simard, fille du Docteur A. Simard. Il était donc petit-fils et fils de médecins; il devint plus tard beau-frère et oncle de médecins.

Le Dr Amable Simard, né à Montréal en 1806, mourut à la Rivière-des-Prairies en 1853. Il avait fait de longues études à Paris où il avait connu le grand patriote L.-J. Papineau, dont il fut toujours l'ami dévoué. Notre ami Marien présentait plus d'un trait de ressemblance avec cet aïeul de fière allure, dont les manières sévères et le caractère parfois brusque s'alliaient à beaucoup de distinction et de bonté.

Une des sœurs de notre ami épousa notre confrère, le Dr J.-A. Paré, cet excellent praticien qui exerce sa profession à la Pointe-aux-Trembles depuis plus de cinquante ans, et dont les deux fils, médecins, sont bien connus, Armand comme chirurgien à l'Hôtel-Dieu, et Louis comme directeur des laboratoires à l'Hôpital Sainte-Justine.

Marien fit ses études secondaires au Collège de l'Assomption et fut toute sa vie étroitement lié avec deux de ses confrères de classes: feu le Dr Ovide Normandin et le Juge Charles Laurendeau, qui lui survit. Il fit son cours de médecine à l'Ecole Victoria de Médecine et de Chirurgie de Montréal, alors située sur l'Avenue des Pins, en face de l'Hôtel-Dieu, où il obtint, en 1890, son diplôme (M.D.C.M.). Ses confrères m'ont assuré qu'il était très studieux sans, cependant, manifester de goût particulier pour la chirurgie.

Il acheta immédiatement une pharmacie au Parc Bellerive qu'il transporta plus tard à l'angle des rues Ste-Catherine et Maisonneuve. Il pratiquait en même temps la médecine. Les cultivateurs de Saint-Léonard-de-Port-Maurice lui avaient fourni cheval et voiture pour qu'il allât les visiter en cas de maladie. Mais, notre ami ne trouvait pas dans ses occupations de pharmacien et de simple praticien de quoi satisfaire son goût pour l'étude, et encore moins l'occasion de réaliser ses ambitions et le désir qu'il avait toujours eu d'arriver à la tête de sa profession. Aussi, deux années plus tard, il se rendit à Paris pour étudier la chirurgie. Il compléta tout d'abord ses connaissances en anatomie et en histologie. Il étudia ensuite la bactériologie avec Wineberg, à l'Institut Pasteur, et l'anatomie pathologique avec les Professeurs Letulle et Brault.

Ces travaux préliminaires qu'il considérait, avec raison, comme absolument nécessaires l'avaient préparé à l'étude de la chirurgie à laquelle il avait pris goût dans le service du Professeur Legueu, dont il devint l'un des assistants les plus dévoués.

Marien, qui connaissait très bien la langue anglaise, traduisait pour M. Legueu les travaux des chirurgiens contemporains anglais et américains. Il parlait toujours avec vénération de son maître, et j'ai pu me rendre compte moi-même dans quelle estime M. Legueu tenait son ancien élève, lorsqu'au centenaire de Laënnec, en 1926, au cours d'une réception chez lui en l'honneur des délégués étrangers, il s'informa avec intérêt de son ancien élève Marien, dont il se rappelait les grandes qualités.

Avant de quitter Paris, en 1896, Marien fut nommé membre de la Société Anatomique.

Revenu à Montréal, il entra à l'Hôtel-Dieu comme assistant aux côtés du Professeur Sir William Hingston, des Docteurs Brunelle et Henri Merrill, qui faisaient alors toute la chirurgie de l'hôpital. Il appliqua, au service de ses malades, avec l'enthousiasme, l'impétuosité et la ténacité qui le caractérisèrent toute sa vie, les dernières données scientifiques chirurgicales. Il réalisa qu'il devait faire à l'Hôtel-Dieu ce que son collègue, feu le Professeur O. F. Mercier, avait déjà commencé à l'hôpital Notre-Dame comme assistant de feu le Professeur Brosseau, chirurgien.

Les succès opératoires de Marien ne tardèrent pas à attirer l'attention de ses collègues qui admirèrent sa technique et particulièrement les méthodes d'asepsie et d'antisepsie apportées à la préparation de ses instruments, du champ opératoire et des objets de pansements. La guérison de ses opérés par première intention apporta la conviction chez les plus réfractaires aux méthodes modernes.

Les vieux maîtres qui avaient présidé à l'enseignement de la chirurgie aux médecins de ma génération et de celles qui nous avaient précédés, Marien et moi, étaient des hommes sincères qui apportaient au service de leurs malades une très haute culture et un dévouement sans borne. Ils étaient très habiles dans l'art du diagnostic des affections chirurgicales et ils avaient fait faire des progrès immenses à la chirurgie depuis qu'ils avaient pris la direction des services de l'Hôtel-Dieu que leurs prédécesseurs leur avaient cédée. C'est, d'ailleurs, la tâche des générations qui se suivent de porter plus haut le flambeau de la science reçu des mains de leurs aînés avant de le rendre, à leur tour, aux générations qui suivront. Marien fut le digne successeur

de ces hommes disparus, mais dont le souvenir reste impérissable à l'Hôtel-Dieu, et devant lequel je m'incline respectueusement.

Marien rencontra également des difficultés chez le personnel de l'hôpital, et si ce cher ami n'avait eu le précieux concours et le service de propagande des révérendes Sœurs Desaulniers et Beauchamp et autres hospitalières, je me demande s'il aurait pu transformer du tout au tout, comme il l'a fait, l'Hôtel-Dieu au point de vue chirurgical et scientifique.

L'Hôtel-Dieu ne possédait alors aucun laboratoire d'analyse; la chimie, la bactériologie et l'anatomie pathologique n'avaient pas encore leurs grandes entrées. Marien fut l'un des artisans, avec Merrill et moi-même, qui travaillèrent à la fondation de ses laboratoires dont cet hôpital est si fier aujourd'hui. Il était d'une grande ponctualité. Il se rendait à l'Hôtel-Dieu tous les matins avant 9 heures et exigeait que ses assistants fissent de même. La visite des malades qui se faisait autrefois dans l'après-midi se fait maintenant dans la matinée, et c'est Marien et moi-même qui avions obtenu ce changement pour donner à l'Hôtel-Dieu tous les caractères des services hospitaliers de France.

Marien pratiqua pour la première fois à l'Hôtel-Dieu la gastro-entérostomie en employant le bouton de Murphy pour lequel il montra longtemps de la préférence. Ses opérations sur les voies biliaires et sur l'appendice furent nombreuses et les succès qu'il remporta ne tardèrent pas à lui procurer une clientèle considérable. Il fut au nombre des premiers à opérer dans les cas de pleurésie purulente, et à pratiquer les néphro et néphrectomies. Il fit les premières tailles sus-pubiennes, il eut des succès dans le traitement des pieds-bots ballants par l'enchevillement, dans le traitement des ptoses rénales, des arthrites tuberculeuses et des fractures. Il avait également obtenu de très beaux résultats en gynécologie. Il avait un bon diagnostic, beaucoup de méthode et une excellente technique opératoire. Il était doué d'un grand sens chirurgical, servi par de l'audace qu'aucune difficulté n'arrêtait. Il n'entreprenait jamais une opération grave sans une bonne préparation, et pour aucune considération il n'aurait accepté une invitation à dîner, au théâtre ou autre distraction qui auraient pu le fatiguer la veille de l'opération. Il montra un jour ce qu'il pouvait faire lorsqu'il enleva, en avril 1905, chez un cultivateur âgé

de 44 ans, une volumineuse tumeur du maxillaire supérieur à tissus multiples: fibro-chondrome ostéoïde. L'opération fut couronnée de succès et le malade survécut plusieurs années.

Au début Marien faisait lui-même, chez lui, ses analyses de laboratoire et contrôlait toujours ses diagnostics par l'examen anatomo-pathologique des pièces: tumeurs ou organes qu'il enlevait.

Peu de temps après son retour au pays, Marien fut chargé du cours d'histologie à la Faculté de Médecine de l'Université Laval à Montréal, au même moment où le Dr T. Parizeau prenait à sa charge l'enseignement de la bactériologie. Ces deux cours étaient antérieurement donnés par le Professeur Michael Brennan.

Marien, dans le but de continuer ses études et d'entraîner quelques collègues aux travaux en histologie, réunissait alors quelques amis dans son laboratoire. Le Dr S. Boucher fut son premier assistant en histologie. Les Drs V. Cléroux, H. Hervieux, A. LeSage, d'autres et moi-même assistions à ces réunions. Marien nous entretenait pendant des soirées entières sur l'histologie, l'anatomie pathologique et les opérations qu'il pratiquait.

Ce furent là les débuts du Comité d'Etudes qui se transforma plus tard en Société Médicale, dont les réunions avaient lieu à la Faculté de Médecine le mardi soir de chaque semaine. Il fut résolu de désigner, à chaque séance, le confrère qui devait présider la réunion suivante. C'était, croyions-nous, le meilleur moyen de ne pas blesser les susceptibilités et de ne pas causer de mécontentement, ou encore de faire plaisir à tout le monde. Le nombre des auditeurs s'accrût rapidement. La Société Médicale de Montréal naquit de ces premières tentatives, et au bout d'une année ou deux le Professeur L.-A. Demers fut élu Président pour l'année entière. Le Professeur H. Hervieux fut le second Président, le Dr Marien présida en 1907 cette Société qui n'a cessé depuis de grandir et de rendre les plus grands services à la profession médicale. Je suis heureux de dire, ici, que le Dr Marien a été, par conséquent, le créateur de la Société Médicale de Montréal.

Marien fut, avec les Professeurs H. Hervieux, de Lotbinière Harwood, R. Boulet, A. LeSage et moi-même, un des réorganisateurs de l' « UNION MEDICALE DU CANADA », en 1900. Les premiers temps furent plutôt difficiles; il fallait trouver de l'argent, ce qui

était plus facile encore, peut-être, que de trouver des travaux en médecine, en chirurgie et en spécialités pour le numéro de chaque mois. Ce furent les membres fondateurs de la Société Médicale de Montréal et leurs collègues, médecins et chirurgiens des hôpitaux, qui apportèrent alors le plus précieux concours à notre journal de médecine qui n'a cessé de prospérer jusqu'à nos jours.

Marien a formé des élèves qui sont actuellement des chirurgiens dans nos hôpitaux, et en plus grand nombre à l'Hôtel-Dieu. Je sais, parce qu'ils me l'ont souvent répété, qu'ils ont appris avec ce maître une technique opératoire qu'ils ont toujours conservée.

Marien avait beaucoup de caractère. Il était parfois exigeant pour ses élèves et ses assistants, comme il l'était toujours pour lui-même. Un manque de ponctualité, une petite faute d'inattention ou une négligence à la salle d'opération l'irritaient et il leur disait parfois des mots durs. Mais, ceux-ci, qui connaissaient son bon cœur, lui pardonnaient les reproches, fussent-ils les plus sévères; ils savaient combien le maître les aimait et ne leur voulait que du bien.

C'est, sans aucun doute, grâce à cette formation sévère, mais amicale, que ses assistants sont devenus depuis d'excellents chirurgiens.

Si les malades eurent parfois à se plaindre de la sévérité de Marien ils se rendaient vite compte qu'il ne voulait que leur entière collaboration pour leur traitement. Aussi longtemps qu'il n'eut pas formé des assistants et un personnel sur lesquels il put compter, il faisait lui-même les pansements post-opératoires. Le malade était une chose sacrée pour lui et il voulait lui donner toutes les chances de guérison. Cette façon d'agir envers son personnel lui valut parfois, au début, quelques ennuis parce qu'on l'accusait de manquer de confiance et de considération pour son entourage hospitalier. Il eut à souffrir sérieusement de son intransigeance, mais jamais il ne céda et ne changea sa façon d'agir. Qui oserait nier aujourd'hui que c'est grâce aux exigences de Marien que la transformation de l'Hôtel-Dieu se fit aussi rapidement au point de vue scientifique et chirurgical.

Je me souviens fort bien que Marien se servait, à ses débuts, pour la préparation de ses instruments et de ses objets de pansements, de ses propres appareils de stérilisation, installés chez lui d'abord, puis à l'Hôtel-Dieu. Nous avons, d'ailleurs, l'un et l'autre, contribué

de nos deniers pour l'impression des premiers dossiers de malades et pour l'ameublement moderne d'une chambre pour patient privé.

Pendant toute la durée de son enseignement clinique Marien n'a jamais cessé, en collaboration avec ses assistants, de travailler au progrès de l'Hôtel-Dieu. Il contribua largement à l'organisation des nouvelles salles d'opérations en particulier.

Marien avait des goûts artistiques que son séjour à Paris n'avait fait qu'accroître. Il avait été particulièrement lié avec les peintres Paul Beau et Marc Antigna dont il possédait plusieurs tableaux. Sa collection de meubles antiques, de porcelaines et autres objets d'art était remarquable.

Marien épousa en 1902 Blanche Prévost, dont il eut deux filles: Blanchette, Madame Philias Côté, et Josette qui lui survivent. Notre cher ami eut, quelques semaines avant sa mort, l'immense joie de tenir dans ses bras son petit-fils, l'enfant que lui donnait sa fille, Madame Côté. En me racontant son bonheur, ce cher ami me disait: il se nomme « Marien Côté » et ma fille veut qu'il soit chirurgien comme son grand-père.

Après une dernière nuit de souffrance Marien est mort, calme et résigné, entouré des siens.

Les Dames religieuses de l'Hôtel-Dieu voudront bien me permettre de les remercier pour leur dévouement auprès de notre cher ami durant sa longue maladie. Plus d'une fois je leur ai dit combien j'étais touché des attentions qu'elles lui prodiguaient à tous les instants du jour et de la nuit, et l'une d'entre elles, qui l'avait connu aux jours de sa plus grande activité comme chirurgien, me répondit: nous lui devons tout cela et beaucoup plus encore, car ce cher Docteur Marien a beaucoup fait pour nos pauvres et notre hôpital.

Le Bureau de Direction et les collaborateurs de l'« UNION MEDICALE DU CANADA » prient Madame Marien et sa famille d'agréer leurs sincères condoléances dans le deuil profond qui les frappe si cruellement.

J.-E. DUBE.

UN SOUVENIR

Après mon ami Dubé, je désire ajouter un simple adieu à celui qui vient de nous quitter après une longue et douloureuse maladie.

Le groupe qui a rénové la médecine canadienne-française s'effrite rapidement et sans répit.

Hervieux, Harwood, Boulet et Marien se suivent, ceux-ci à des intervalles rapprochés; de celui-ci deux seuls survivent...

Que de souvenirs dans cette longue et laborieuse étape de plus de quarante années...

Marien demeure le grand initiateur, avec Oscar Mercier, plus ancien, dans les réformes opérées dans les hôpitaux et à l'Université. Dubé le dit, je n'insiste pas.

Tour à tour, l'ambition, le succès, la renommée ont conjugué leurs efforts autour de sa forte personnalité. Durant plusieurs années sa maîtrise a été complète: soit en anatomie pathologique, soit en chirurgie, soit en clinique. Trop tôt, cependant, il a quitté les rangs pour prendre un repos bien mérité. Un jour vint où il résolut de cesser toute activité, malgré tous. Seuls demeurent ses souvenirs et ses fidèles et rares amitiés. La médecine ne rend qu'à ceux qui la servent sans trêve ni repos. Et puis, lorsque la tâche est accomplie et que le cycle est révolu, le temps classe l'œuvre. Les témoins disparaissent, les uns après les autres, qui pourraient exalter les mérites d'un tel effort vers des réalisations fécondes et bienfaisantes, et l'oubli, l'inflexible oubli!... enveloppe d'un épais suaire les hommes et les choses. Si bien, que la seule récompense réside dans la conscience, face au devoir. La suite n'offre guère d'intérêt. La vie morale précède et domine souvent la vie spirituelle. Ce fut là le dernier refuge de notre cher ami Marien. Il aimait de vivre dans le passé où il avait accompli de grandes et bonnes choses.

Fidèle à notre inaltérable amitié, notre souvenir l'accompagnera, comme les autres, du même groupe, vers un monde où rien ne meurt.

Albert LeSAGE.

Liste des principaux travaux du professeur A. Marien

	Union Médicale du Canada, pages	années
Note sur un fibro-sarcome du nerf sciatique (en collaboration avec M. Legueu, Paris) . . .	384,	1896.
Note sur un épithélioma hétéradénique de la région rétro-anale (en collaboration avec M. Legueu) .	269,	1896.
Anatomie pathologique et cure radicale du pied-bot, varus equin congénital	540,	1897.
Note sur une tumeur de l'ovaire	605,	1898.
Suppuration de la cuisse d'origine pelvienne . .	40,	1899.
Notes sur deux cas d'ankylose osseuse du coude .	159,	1899.
Néphrolithotomie pour un volumineux calcul du rein	348,	1899.
Un cas d'arthrodèse tibio-tarsienne pour un pied-bot paralytique ballant	358,	1899.
Salpingo-ovarite, suivie d'hydronéphrose mortelle .	550,	1899.
Gastro-entérostomie pour un néoplasme du pylore. Guérison depuis cinq mois	731,	1899.
Appendicite par corps étranger	306,	1900.
Arthrite tuberculeuse du genou	306,	1900.
Tumeur osseuse de la jambe	309,	1900.
Volumineux chondrome de la jambe chez un malade présentant des angiomes cutanés	499,	1900.
Pathogénie des fibro-myomes	769,	1900.
Péritonite généralisée par perforations intestinales dans un cas atypique de fièvre typhoïde . . .	844,	1900.
L'ostéotomie trochantérienne	207,	1901.
Cancer intestino-péritonéal (en collaboration) . .	731,	1901.
Volumineux sarcome fuso-cellulaire développé dans la cavité utérine	67,	1902.
Volumineuse hernie inguinale gauche infectée par la présence d'une grosse arête de poisson . . .	332,	1902.
Variété spéciale des cholécystites aiguës suppurées, leur traitement chirurgical	392,	1902.

	Union Médicale du Canada, pages	années
Le cathétérisme et l'antisepsie des voies urinaires .	759,	1902.
— — — .	148,	1903.
— — — .	641,	1903.
La discussion de l'appendicite au Congrès de Montréal	506,	1904.
Cure radicale de la névralgie trifaciale par l'extirpation du ganglion de Gasser	471,	1904.
Le danger de laisser aux malades le soin de se sonder eux-mêmes	285,	1904.
Luxation congénitale de la hanche — Traitement par la méthode de Lorenz. *Second Congrès de l'Ass'n des Méd. de Langue Française de l'Amer. du Nord,* 1904.		
Fibro-chondrome ostéoïde	325,	1905.
L'empoisonnement par le lait	4,	1907.
Leçon didactique du jeudi	125,	1908.
Tumeur « pas ordinaire » des fosses nasales — Conjonctivome ou tumeur conjonctive à tissus multiples	193,	1908.
Tumeur solide de l'ovaire « sarco-épithéliome » . .	317,	1908.
Grossesse ectopique et hémorragies pelviennes d'origine tubaire	249,	1911.
Tumeur royale en gibecière de la région lombo-fessière dans la neurofibromatose généralisée . . .	311,	1911.
Incision oblique transversale dans les opérations sur la vésicule et les voies biliaires	7	1913.
Traitement moderne des pleuro-pneumonies purulentes	57,	1919.
Les maladies infectieuses et les organes génitaux de la femme. Leurs traitements	163,	1920.
Le traitement chirurgical des ulcères perforés de l'estomac	55,	1922.

BULLETIN

LE XIVe CONGRÈS

Le XIVe Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord a vécu.

Son existence éphémère a laissé toutefois dans les esprits de ceux qui y ont participé bien des sujets à réflexion. Nous ne saurions dans le court espace qui nous est alloué, essayer de disséquer, même quelques-unes des pensées, qui sont, sans doute, venues à l'esprit de ceux qui ont bien voulu se donner la peine d'écouter les conférenciers et les cliniciens, et de s'intéresser à ce que des médecins de certains hôpitaux avaient préparé pour constituer une exhibition scientifique.

Ce fut une innovation au Congrès que cette présentation visuelle de travaux scientifiques. Nous en avions été un témoin particulièrement intéressé en d'autres réunions savantes, et nous en avions apprécié tous les avantages. Ici, l'espace restreint octroyé aux exposants, ne le cédait en rien à la qualité des exhibits: radiographies, dessins, aquarelles, schémas, graphiques, moulages, photographies, microphotos, appareils chirurgicaux ou médicaux, livres anciens, etc., etc., avaient été montés et préparés avec une méticulosité et un soin où rien n'avait été négligé. Chaque tableau permettait la compréhension facile de la démonstration: point n'était nécessaire la présence d'un cicerone. Toutefois, ceux que la bonne fortune favorisait, lors de leur passage à travers ces salles, de la présence d'un confrère qui avait présidé à la composition de l'une des séries d'exhibits, bénéficiaient d'un complément de certaines données qu'une légende nécessairement écourtée, ne laissait parfois qu'entrevoir. Ce début modeste augure toutefois merveilleusement grâce au souci de la préparation de cette partie du Congrès, et nous prévoyons pour un avenir peut-être prochain, un nombre toujours croissant des exposants à l'exhibition scientifique.

* * *

Dès l'ouverture, le bureau d'inscription fut assiégé, et jusqu'au dernier jour, par des membres nouveaux venant ajouter leurs noms à la liste déjà intéressante des noms de ceux qui avaient pris les devants en versant leur cotisation avant l'ouverture du Congrès; l'on atteignit ainsi, et même dépassa-t-on peut-être, le nombre considérable de six cents.

En presque tous les Congrès, l'Honorable Secrétaire Provincial fit l'ouverture officielle. Pour la première fois dans les annales de l'Association, l'Honorable Secrétaire Provincial était-il en la circonstance un médecin. Le fait est à signaler car c'est un honneur qui rejaillit sur la profession, que ce témoignage d'estime et de compétence vis-à-vis l'un des nôtres de la part des dirigeants de notre Province. Et nous croyons qu'il n'est pas déplacé d'exprimer ici, à l'Honorable Premier Ministre, au nom de la profession, notre très vive reconnaissance pour ce geste voulu et bien mûri.

* * *

Les questions à l'étude, tuberculose de la hanche, abcès du poumon, ulcère gastro-pyloro-duodénal, furent traitées de façon magistrale par les rapporteurs, et les discussions qu'elles suscitèrent furent la preuve de l'intérêt porté à l'étude de ces affections. Les cliniques hospitalières furent préparées avec soin et suivies avec attention, comme d'ailleurs les divers travaux présentés dans les sections de médecine et de chirurgie en séance plénière.

Le côté social sut attirer un auditoire nombreux et distingué, reposant les congressistes des séances scientifiques suivies avec attention.

* * *

Entre ces séances scientifiques, médico-sociales et sociales, le Conseil de l'Association se réunit en deux circonstances pour s'occuper de la vie de l'Association, et tâcher d'apporter à la profession médicale canadienne-française le support et l'union dont elle a besoin. Il a jeté les bases de la formation de comités divers devant s'occuper de questions propres à susciter l'expansion de notre Association et à améliorer ses conditions. Il a, entre autres choses, projeté l'organisation de Journées Médicales pour la Nouvelle-Angleterre et il prit l'initiative d'apporter aux gouvernements locaux, provinciaux et fédéraux l'appui de ses suggestions, pour ce qui touche en particulier les questions de législation médicale.

Enfin il choisit ses officiers pour le 15e Congrès de l'Association qui aura lieu dans deux ans à Ottawa-Hull. Nous savons qu'avec l'habileté et le dévouement de ceux qui ont été nommés pour organiser et diriger le prochain Congrès nous aurons la satisfaction de participer à des réunions intéressantes et instructives.

A ceux qui se sont dévoués et dépensés pour faire du 14e Congrès le succès qu'il a eu, nous adressons nos félicitations et exprimons au nom des lecteurs de l'Union Médicale du Canada, tous les remerciements et la reconnaissance auxquels ils ont droit.

GERIN-LAJOIE.

MÉMOIRES

DES THYROÏDITES AIGUËS

Par

Eugène SAINT-JACQUES,
Prof. à l'Université de Montréal,
Chirurgien en chef de l'hôpital
Sainte-Jeanne-d'Arc.

et

G.-H. DUHAMEL,
Assistant au service de chirurgie
de l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc.

Les thyroïdites aiguës ne sont pas une rareté absolue.

Leur existence est connue de vieille date. A la fin du XVIII[e] siècle, Montaggia la signale en 1789, Ziff en 1807, Baillie en 1812. Walter en rapporte trois cas nets en 1817, puis Hugeden, dans sa thèse *De affectionibus inflammatoriis glandulae thyroïdicae,* parue en 1823, y revient avec détails. Wesenweber, en 1845, publie un mémoire sur le sujet. Cruveilhier y ajoute en 1849. Bauchet, en 1856, sous l'inspiration de son maître Lebert de Zurich, se complaît à étudier cette affection qui, dit-il, peut parfois prendre une allure aussi grave que rapide. Depuis lors, de nombreuses observations furent rapportées par Duplay, Simon, Roelliger, Martinacle, thèse de 1861, Jeanselme, 1893...

Comment originent-elles?

1. Tantôt elles apparaissent consécutivement à un traumatisme contondant, comme un étranglement, déterminant généralement un hématome. (Cas de Schninger, Tillaux...)

2. Tantôt le traumatisme est pénétrant et infectant.

3. Ou ailleurs, *comme c'est la majorité des cas,* la thyroïdite est secondaire à une infection systémique.

Lancereaux — rapporté par McCallum — en relevait 29 cas, où il signalait les diverses étiologies que voici:

Post-puerpérale: 4 cas, et en plus ceux rapportés par Stromeyer, Laure, Kummer, Fochier...

Post-typhique: 3 cas, plus ceux de Lebert, Kocher, et d'autres cités dans la thèse de Pinchaud.

Une variété dite *rhumatismale,* rencontrée au cours du rhumatisme articulaire aigu et précisant bien ainsi la nature infectieuse de ce dernier et son invasion de l'économie par la voie sanguine.

Walther signale cette variété, Kocher la confirme, Vulpian et Raynaud y ajoutent, Zouniowitsch l'expose à nouveau dans sa thèse, comme de même Osler l'indique à côté d'autres variétés étiologiques comme la diphtérie, la scarlatine et les oreillons.

Une de nos jeunes malades en fournit un exemple. Germaine H., 16 ans, habitant St-J., fait du rhumatisme articulaire aigu léger et développe bientôt, avec un souffle cardiaque, une chorée manifeste. Une thyroïdite apparaît avec le temps, montrant la nature infectieuse de cette série de manifestations pathologiques, celle-ci évoluant vers un Graves-Basedow manifeste.

Vincent avait en 1907 attiré l'attention des membres de *la Société de Biologie* sur la fréquence des réactions thyroïdiennes au cours du rhumatisme articulaire aigu. Sur 156 cas de rhumatisme articulaire aigu venus sous son observation personnelle, il avait noté 68% de réaction thyroïdienne. Cette localisation, signalait-il, peut être le point de départ d'une thyroïdotoxémie, tout comme chez notre petite malade.

Tel autre de nos malades, A. L., développe une thyroïdite aiguë *pneumococcique* à la suite d'une affection pulmonaire aiguë.

Plazy et Dugas rapportaient il y a quelques années, à *la Société Médicale des Hôpitaux,* le cas d'un matelot de 22 ans qui fit une *grippe* accompagnée de congestion pulmonaire et qui manifesta bientôt une thyroïdite aiguë qui évolua jusqu'à la suppuration par streptocoques.

Decourt en signalait de même un autre cas d'origine grippale.

Il semblerait qu'un goitre antérieur y exposerait. Lebert, à cet effet, signalait que sur 50 cas de thyroïdite aiguë il pré-existait un goitre chez 22 malades.

Les femmes y sont singulièrement plus prédisposées que les hommes — comme pour les goitres, d'ailleurs.

Quelle est donc la *symptomatologie* de la thyroïdite aiguë, et son évolution?

L'observation clinique d'une malade que nous avons eue récemment sous nos soins va la préciser.

Mme El. P., 29 ans, fait trois fausses couches successives. La dernière date de 8 jours. Quelques jours plus tard apparaissent des malaises au bas-ventre, puis bientôt la douleur apparaît au cou.

Elle entre à l'hôpital le 12 mars avec une température à 39° C.

Constatations cliniques. Elle rapporte qu'il lui semblait avoir remarqué antérieurement au cou, du côté droit, une légère voussure qui lui paraissait augmenter lors de ses grossesses antérieures, pour rétrocéder l'accouchement passé.

Aujourd'hui les mouvements de la tête sont douloureux. Temp. 39°.

La douleur au côté droit du cou est marquée.

L'inspection montre une tuméfaction de la grosseur d'une mandarine, fort douloureuse à la palpation, et fixe et dure.

La peau est légèrement adhérente mais non rouge.

Pas de ganglions cervicaux appréciables au voisinage. Il ne s'agit pas d'un goitre où vient de se produire un hématome (pas d'histoire d'effort), ni d'hypertrophie ganglionnaire, ni de lésions des glandes sous-mentonnières. Et, d'ailleurs, le processus est aigu et pyrétique: la température, l'allure et la douleur croissantes l'indiquent. Pas de typhoïde passée, pas de rhumatisme articulaire présent.

Le diagnostic: avec le passé puerpéral récent, et les symptômes locaux tant au bassin qu'au cou, un seul diagnostic s'imposait ici: *une thyroïdite aiguë.*

Telle est l'évolution clinique, au début au moins, d'une thyroïdite aigue.

Ces malades sont généralement sous l'influence d'une infection aiguë dont le foyer est ailleurs qu'au cou, ou bien ils sont en convalescence d'une maladie infectieuse. La thyroïdite aiguë n'est que très exceptionnellement primitive.

Subitement la douleur apparaît au cou, région thyroïdienne, coïncidant avec une tuméfaction qui en augmentant devient de plus en plus douloureuse. Si le traitement n'intervient pas dès le début pour arrêter le processus, la maladie progressera et pourra arriver à la suppuration.

L'évolution vers la *résolution* ou la *suppuration* n'est pas la seule. Ailleurs, c'est vers la *fibrose* de la glande qu'elle s'oriente.

Voire même le processus fibreux peut-il s'installer d'emblée sans allure aiguë de début.

Ainsi en témoigne cette malade, Mme R., 40 ans, qui vient de Rimouski nous consulter pour une masse qui s'est graduellement développée au cou et qui l'étrangle en l'encerclant. Il n'apparaît pas qu'elle ait souffert d'infection aiguë antérieure: nous n'en pouvons relever. Il ne s'agit pas de cancer: pas d'adénopathie de voisinage. Pas de syphilis non plus. Probablement une infection bâtarde de vieille origine et latente.

Une autre Mme R., 73 ans, voit son cou graduellement encerclé par une masse fibreuse et dure qui a commencé insidieusement dans un lobe thyroïdien où le doigt perçoit des foyers calcaires nets. Nous éliminons ici le cancer.

Ces *fibroses thyroïdiennes* condensantes, qualifiées par quelques-uns de *maladie de Riedel,* sont parfois de nature *spécifique* comme Bertrand et Malinsky en rapportaient un cas, qui, après aggravation graduelle, rétrocéda sous l'effet du Bismuth.

Sainton, à la même séance, faisait remarquer que tantôt il y avait hyper, tantôt hypo-fonctionnement de la thyroïde dans ces cas.

Diez, dans une étude parue dans *La Prensa Medica Argentina,* janvier 1930, rapportait le cas d'une femme de 39 ans qui, à la suite d'un torticolis, développa une thyroïdite franche à droite qui amena une augmentation du métabolisme. Le microscope confirma après l'intervention chirurgicale la nature évolutive scléreuse de l'affection.

Il citait de même le cas d'un homme de 78 ans qui développa en 12 mois une hypertrophie de la thyroïde qui devint fort adhésive, et le microscope confirma une sclérose destructive diffuse.

La *tuberculose,* comme la syphilis ou toute autre affection à allure lente, peut déterminer de la thyroïdite à forme scléreuse. Rankin et Graham le signalaient dans les *Annals of Surgery* d'octobre 1932.

Chez Mayo, sur plus de 20,000 glandes thyroïdes enlevées, on nota un cas sur 1,000 de tuberculose locale.

La femme y semblerait plus sujette.

Sauf 3 cas, le diagnostic microscopique confirma l'existence d'une tuberculose. Généralement il s'agissait d'une tuberculose miliaire diffuse avec tubercules épithélioïdes et cellules géantes. Dans un cas, on trouva un centre de caséification. L'hyperthyroïdisme se manifesta clairement dans cette série de thyroïdites tuberculeuses.

Quel fut le *traitement* enployé chez notre malade?

Contre la thyroïdite aiguë il n'existe pas de traitement spécifique. On le comprend facilement puisqu'il s'agit dans ces cas d'étiologie variée. Alors que faire?

Des applications locales — de la glace? — ce n'est là qu'un adjuvant plus ou moins aléatoire. C'est sur la cause qu'il importe d'agir, et d'agir vite, pour empêcher l'évolution à la suppuration.

Le 14 mars, la malade arrivait avec une température à 38.2° alors que nous la vîmes pour la première fois. Immédiatement nous lui faisions donner un carbone intraveineux de 5 c.c.

Le lendemain, 15 mars, la température était tombée à 37.2° le matin et 37° le soir.

Le 16, température 37°, et le soir 37.2°. La douleur est déjà fort diminuée, ainsi que la gêne au cou. Nouveau carbone de 5 c.c.

Les 17-18-19-20-21, la température demeure normale. Le gonflement au cou a simplement fondu, et rapidement.

Le 21, il persiste encore un petit lobe induré, mais aucune douleur.

Et sous l'effet de *trois carbones* en tout le processus au bassin s'est éteint, et quelques jours plus tard nous procédions à l'hystérectomie sub-totale pour sa métrite chronique hémorragique, qui l'avait conduite à trois fausses couches successives. La convalescence fut simple et sans incident et la malade quitta l'hôpital en parfaite condition. Son métabolisme donnait au départ 1 + 2.

Si votre traitement n'a pas réussi à enrayer le processus aigu et qu'il évolue vers la suppuration, — ce qui se manifeste par l'augmentation de la température, le gonflement continuel, l'œdème local, la difficulté croissante des mouvements — n'attendez pas de sentir un point de ramollissement: allez au-devant, incisez, ouvrez la capsule de la glande. N'attendez pas la gangrène de l'organe ou la fusée du pus vers le larynx ou le médiastin. Allez de l'avant, ouvrez et drainez. Vous perdez à attendre.

Depuis que cet article a été écrit, un nouveau cas de *thyroïdite aiguë*, celui-là suppuré, est venu sous notre observation; le voici:

Laurette L., 20 ans, vient nous consulter au début de 1936 pour une ostéo-myélite aiguë du fémur droit, qui nécessite trépanation de l'os.

Bientôt elle développe une ostéo-périostite du crâne à la région occipitale, qui évolue vers la suppuration et nécessite incision.

Voici qu'en septembre 1936 elle revient avec une tuméfaction au cou, côté droit: la thyroïde est prise, dure et fixe. Temp. 100-102°.

Cette masse évolue RAPIDEMENT vers le ramollissement, qui impose une incision évacuatrice à l'analgésie locale: beaucoup de pus. Staphylocoques présents.

La température tombe rapidement et la malade quitte bientôt.

En résumé, disons que:

Les thyroïdites aigues évoluent de différentes manières: tantôt elles ont une allure aiguë, au cours d'une infection systémique. Tantôt une allure scléreuse, soit d'emblée, soit secondaire.

La terminaison se fait ou par résolution, ou par suppuration, ou par sclérose.

Le métabolisme est tantôt diminué, tantôt augmenté.

Contre ces thyroïdites aiguës il n'existe pas de traitement spécifique. Dans le cas rapporté, le carbone intraveineux eut un effet aussi rapide que décisif. Nous tenons à le signaler. C'est que le C. I. V.

est effectif, semble-t-il, dans tous les processus infectieux aigus. S'il n'a pas d'effet spécifique, il provoque des réactions salutaires bien nettes:

a) Il augmente et double la leucocytose;

b) Il a un effet *adsorbant* sur les toxines;

c) Il est calmant de la douleur: nous venons de le vérifier sur nous-même;

d) Il stimule les éléments cellulaires du système réticulo-endothélial.

Les craintes émises en certain quartier ne viennent que de ceux qui ne l'ont pas expérimenté cliniquement.

Le C. I. V. guérit-il toutes les infections?

Les sérums le font-ils? Et cependant nous les employons de confiance et avec raison.

Le C. I. V. a l'avantage de ne pas produire de réactions sériques urticariennes ou arthralgiques, ni d'exposer à l'anaphylaxie. Comme les sérums, il ne guérira pas tous les cas. Mais il est à la fois effectif très souvent et il a le mérite indéniable d'être inoffensif.

La méthode appelle des essais sérieux et sériés, de la part des esprits inquisiteurs et désireux de progrès, surtout avant de la décrier.

Mais essayons-la avec un bon carbone, qui a fait ses preuves — comme le Carbonactyl ou le carbone Théraplix, dont nous n'avons qu'à nous louer depuis le début de notre expérimentation qui remonte à plus de 3 ans et couvre plus de 350 cas cliniques.

LACUNES CONGÉNITALES DE LA VOÛTE CRANIENNE: LES TROUS PARIÉTAUX ANORMALEMENT TRÈS AGRANDIS

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

C'est tout à fait au hasard de l'examen d'une malade hospitalisée pour de la rachialgie, que fut découverte une anomalie peu fréquente de la voûte cranienne.

Nous avons pu identifier cette anomalie grâce à la connaissance que nous avions prise des communications de Marcel Lelong et Bosquet, d'Armand Delille, Scemana et Daliencourt à *la Société de Pédiatrie,* de Julien Marie à *la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.*

Nous présentons notre observation, non pas parce qu'elle ajoute beaucoup aux travaux de ces auteurs sur le sujet, mais plutôt parce que nous désirons la porter à la connaissance des radiologistes qui pourraient s'y intéresser et parce que nous sommes en mesure de décrire l'aspect macroscopique et microscopique de la pièce cranienne où siégeaient les lacunes. Après deux mois d'hospitalisation, la malade mourait d'une affection intercurrente.

Voici, en résumé, l'observation de cette malade.

Liliane G..., 23 ans, a été admise à l'hôpital Notre-Dame de Montréal, le 23 avril 1935, pour algies rachidiennes.

Les antécédents héréditaires et familiaux, tels qu'ils nous furent exposés par la malade, n'offrent aucune particularité intéressante.

Le passé médical de la malade est très chargé: rhumatisme articulaire aigu à 8 ans; congestion pulmonaire à 9 ans; fièvre typhoïde à 12 ans; amygdalectomie; intervention gynécologique, à 18 ans, qui a amené l'arrêt des menstruations.

A son entrée, la malade se plaignait de céphalée occipitale et d'algie à la nuque. Depuis trois ans, elle ressentait des douleurs le long de la colonne vertébrale. Ces douleurs l'avaient obligée à prendre le lit durant les trois dernières semaines.

La pression et la percussion sur la colonne dorsale étaient particulièrement douloureuses.

La mobilisation, quoique ne manifestant pas une rigidité absolue, décelait une résistance anti-algique à mécanisme probablement volitionnel.

Radiographie de la colonne vertébrale (23 avril 1935).

Il existe des séquelles manifestes et étendues d'épiphysite. On ne trouve, en aucun point de la région dorsale, d'image de mal de Pott. (Dr Laquerrière.)

La ponction lombaire ne révéla aucune anomalie de tension, de composition et des réactions du liquide céphalo-rachidien.

Une radiographie du crâne nous permit de constater la dystrophie qui fait l'objet de ce travail.

Pendant son séjour à l'hôpital, la malade fut prise d'une septicémie avec hyperthermie jusqu'à 40-41 degrés centrigrades et un rash à aspect morbilliforme, scarlatiniforme et purpurique selon les régions du tégument.

On décela la présence d'un staphylocoque citrin dans le sang.

La malade mourut par dégénérescence parenchymateuse des principaux organes, mais surtout de myocardite, un mois après le début de la septicémie.

Septicémie probablement staphylococcique.

Nous recueillîmes la voûte cranienne, à l'autopsie, afin d'étudier l'aspect et la structure macroscopique et microscopique des lacunes pariétales.

Aspect et structure macroscopique

Comme on peut le voir sur les clichés (Fig. I et II) radiographiques et sur la photo de la pièce anatomique (Fig. II et III), il est indéniable que les trous siègent au sein des os pariétaux.

Ils ont une situation absolument symétrique. Leur limite postérieure est à trois centimètres de la suture lambdoïde, leur limite interne à un demi-centimètre de la suture sagittale.

Ils forment deux cercles dont les deux diamètres horizontal et vertical sont égaux et de deux centimètres.

Leurs bords sont nets et réguliers.

Ils sont obturés par la dure-mère et l'aponévrose épicranienne accolées l'une à l'autre. La dure-mère est fortement adhérente à l'os au pourtour des trous; elle y apparaît très épaissie.

Sur la surface de l'aponévrose épicranienne qui ferme les trous, particulièrement en un point, on aperçoit un tissu de coloration brunâtre, plus ou moins libre en surface et en saillie, qui pourrait bien être un ou plusieurs vaisseaux sanguins.

La section transversale des membranes obturatrices montre, sur la majeure partie de la tranche, une dure-mère et une aponévrose d'égale épaisseur, mais, à certains endroits, une dure-mère du double plus épaisse que l'aponévrose.

Aucun tissu ne paraît s'interposer entre les deux surfaces d'accolement des deux membranes fibreuses.

La limite circonférentielle des trous est constituée par le tissu osseux normal des pariétaux sous et sur lequel s'étendent les deux membranes dure-mérienne et aponévrotique dissociées.

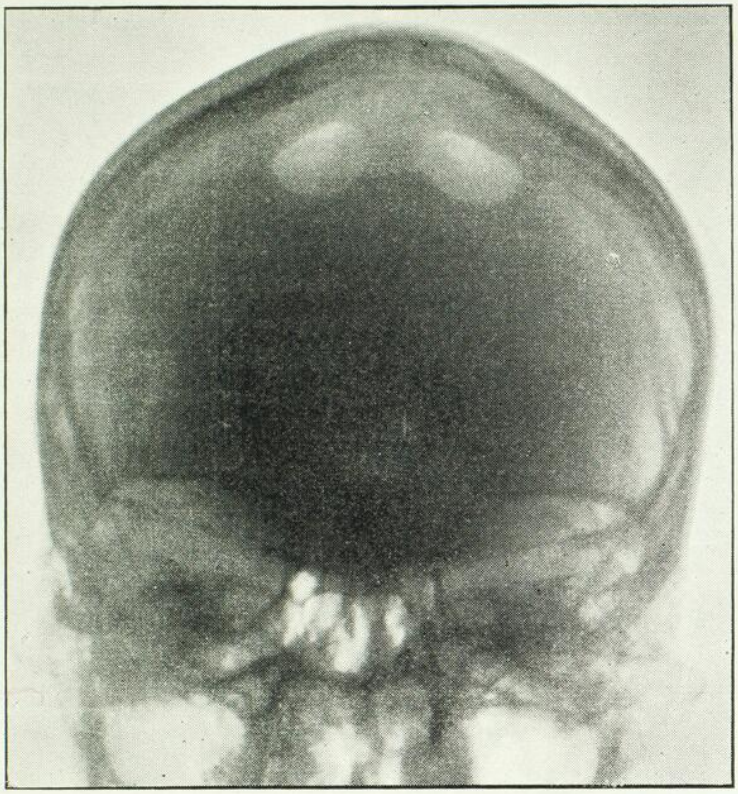


Fig. I



Fig. II



Fig. III. — Surface externe de la partie postérieure des pariétaux. Suture sagittale passant entre les deux trous. Partie supérieure de la suture lambdoïde, à la partie inférieure de la pièce. L'aponévro-épicranienne a été laissée en bordure et au niveau des trous.



Fig. IV. — Surface interne de la partie postérieure des pariétaux. Suture sagittale entre les trous; suture lambdoïde, au-dessous. Dure-mère épaissie, rugueuse, sectionnée exactement au pourtour des trous.

Aspect et structure histologiques de la membrane obturatrice d'un des trous pariétaux

Coloration à l'hémalun-érythrosine safran.

Une coupe *horizontale* montre qu'un vaisseau à paroi vasculaire (qui semble être une artère) apparaît à deux endroits différents. Ce vaisseau offre des sinuosités et des irrégularités dans son parcours. Vu la section franchement transversale en un point, il paraît être un vaisseau perforant.

Nombreux vaisseaux, capillaires, veinules et artérioles, disséminés dans la paroi. Ils sont plus abondants du côté de l'aponévrose.

Les vaisseaux sont noyés dans du tissu exclusivement fibreux.

La coupe *transversale* laisse voir du tissu fibreux et des vaisseaux sanguins en grande partie de calibre capillaire. (Dr L.-C. Simard.)

Commentaires

1) Il ne nous semble pas nécessaire de discuter le diagnostic des lésions craniennes de notre malade.

Les lacunes pariétales de la voûte du crâne pourraient être interprétées, à première vue, comme ayant été la conséquence d'une trépanation opératoire, tant elles sont symétriques de situation et d'étendue, tant leur contour est régulier, mais il nous fut facile d'éliminer catégoriquement cette possibilité.

D'autre part, la situation et les caractères radiographiques nous ont permis de les assimiler, avec beaucoup plus de vraisemblance, à une anomalie congénitale de la voûte cranienne décrite par d'autres auteurs, anatomistes et cliniciens, et reconnue comme étant le résultat d'une entrave locale à l'ossification.

2) Nous n'avons aucune autre notion symptomatologique à ajouter à ce qui nous fut fourni par la radiographie. Cette dernière nous révéla la lésion. Nous n'avions pas auparavant recherché, et pour cause, par la palpation de la voûte cranienne, la solution de continuité osseuse des deux pariétaux.

Nous ferons cependant remarquer la coexistence, chez notre malade, des lacunes craniennes et des lésions d'épiphysite vertébrale. Nous nous limiterons à cette remarque, sans conjecturer plus loin quant au rapport étiologique et pathogénique qui pourrait exister entre les deux ordres de lésions.

3) Nous n'avons pu enquêter sur la familialité de la dystrophie. Marcel Lelong a retrouvé cet aspect anormal du crâne, absolument

identique, chez des membres appartenant à trois générations successives d'une même famille. Cela démontre le potentiel héréditaire et familial de la dystrophie et établit son entité anatomo-clinique.

4) Par l'examen de la pièce, on en vient à cette conclusion que les trous siègent en plein os pariétal à droite et à gauche, qu'ils n'ont aucun rapport avec l'existence d'un os épactal ou inter-pariétal. Cet os, résultant d'un défaut d'ossification locale de l'occipital, constitue la partie toute supérieure de l'écaille occipitale non soudée au reste de l'os. Il siège donc à la partie supérieure de l'occipital, formant un triangle à sommet supérieur qui affronte l'extrémité postérieure de la suture sagittale.

Les lacunes craniennes de notre malade étant situées au-dessus de la suture lambdoïdale et de chaque côté de la suture sagittale, ne sauraient être la conséquence de l'existence d'un os épactal.

Au niveau des trous, on ne trouve aucun indice d'ossification. Les deux membranes, aponévrotique et dure-mérienne, y sont accolées. La dure-mère s'y trouve épaissie.

L'examen histologique confirme ce que l'aspect macroscopique de la surface aponévrotique laissait soupçonner: une vascularisation assez considérable des membranes.

Les constatations histologiques porteraient à croire que le défaut d'ossification a été la conséquence d'une vascularisation anormalement intense de cette région. Cela confirmerait l'hypothèse pathogénique que Julien Marie soumet dans sa communication à *la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*. Cette hypothèse est d'ailleurs basée sur les recherches et l'opinion d'Augier. Cet auteur, à la suite des constatations déjà anciennes de Gerdy, de Barkow, d'Hamy, de Broca, avait reconnu l'existence, sur le crâne du nouveau-né, d'une fontanelle sagittale ou obélique située sur la suture sagittale à deux centimètres environ du bregma, qui disparaît normalement quelque temps après la naissance.

Cette fontanelle a une forme losangique dont les deux sommets transversaux donnent lieu plus tard à la persistance de deux trous (un pour chaque pariétal) par où passent la veine émissaire de Santorini et, d'après Augier, une artère. La veine de Santorini relierait la circulation épicranienne au sinus longitudinal supérieur.

Ce sont là les trous pariétaux.

Il peut n'exister qu'un trou pariétal, soit médian, soit unilatéral; ailleurs il en persisterait trois, un d'un côté, deux de l'autre; enfin, sur certains crânes, on en trouverait quatre, deux de chaque côté.

Normalement, les trous pariétaux sont très petits, d'un diamètre de 1 millimètre environ.

Sur certains crânes, ils prennent un calibre exceptionnellement grand, comme sur la voûte cranienne de notre malade et de ceux qui ont fait l'objet des communications des autres auteurs.

La présence de lacunes de telle dimension incline à croire que le processus d'ossification s'est arrêté, dans la région de l'obélion, à un stade fœtal assez précoce.

L'hypothèse d'Augier admise par Julien Marie: hypervascularisation locale entravant le processus d'ossification aux deux pôles latéraux du losange obélisque, nous paraît très vraisemblable. En tout cas, l'examen histologique des membranes obturatrices des lacunes de notre malade a démontré une abondante et anormale vascularisation de la région. Il nous semble raisonnable de croire que cette vascularisation était relativement plus marquée à la période fœtale.

Ce mécanisme pathogénique explique très bien le caractère héréditaire et familial de la dystrophie: une anomalie anatomique vasculaire et héréditaire déterminant un défaut de développement identique chez plusieurs membres d'une même famille.

Conclusions

1) Des radiographies de certains crânes peuvent déceler la présence de lacunes osseuses de la voûte cranienne, à bords nets, bien symétriques de dimension et de site, siégeant à la partie postérieure des os pariétaux, de chaque côté de l'extrémité postérieure de la suture sagittale, à quelques centimètres au-dessus de la suture lambdoïde.

Ces lacunes sont obturées par l'aponévrose épicranienne et la dure-mère accolées. Ces membranes sont assez richement vascularisées.

Les lacunes peuvent atteindre jusqu'à 2 centimètres de diamètre.

2) Elles sont congénitales. Elles paraissent être constituées par les trous pariétaux de l'obélion à calibre anormalement très agrandi. La dimension anormale des trous pariétaux serait vraisemblablement la conséquence d'une hyper-vascularisation de la région.(1)

(1) Cet article était déjà à l'impression, quand nous avons pris connaissance du travail de O. H. Perry Pepper et Eugène P. Pendergrass, paru dans « The American Journal of Roentgenology and Radiumtherapy », numéro de janvier 1936. Le travail de ces auteurs a trait à la dystrophie des trous pariétaux anormalement agrandis, intéressant six membres d'une famille sur une lignée de trois générations. Il démontre donc, une fois de plus, le caractère héréditaire de la dystrophie; il n'ajoute rien à la pathogénie. Par ailleurs, il fournit une bibliographie importante des travaux antérieurs se rapportant à ce sujet.

RECUEIL DE FAITS

ABCÈS DU CERVELET. COMPLICATION D'UN KYSTE ÉPIDERMOÏDE INFECTÉ, EXTRA ET INTRACRANIEN

Par

Gaston LAPIERRE.
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

et

Paul MARTIN,
Assistant-pathologiste à l'hôpital Sainte-Justine.

Au début de cette année, un nourrisson de dix-neuf mois était admis dans mon service à Sainte-Justine, après une semaine de maladie dans sa famille, présentant des vomissements répétés, de la constipation, une légère raideur de la nuque et une rhino-pharyngite.

L'enfant s'alimentait difficilement, comme si ses mouvements naturels de déglutition étaient impossibles, ou très difficiles.

Une ponction lombaire faite à ce moment indiquait un liquide limpide, une augmentation de sucre à 1 gramme au litre, 3 cellules, pas de bactéries, une pression de 30 au début et de 12 après l'écoulement de 10 c.c. L'analyse d'urine révélait la présence de cristaux nombreux et de quelques leucocytes. La radiographie pulmonaire faisait voir une légère accentuation des traînées broncho-vasculaires des deux hémithorax, particulièrement marquée à droite et caractéristique d'un processus congestif léger.

Sa numération globulaire présentait: 4,400,000 globules rouges, 12,000 globules blancs, 80% d'hémoglobine; et sa formule leucocytaire: 66% de polynucléaires neutrophiles, 3% de grands et moyens mononucléaires, 29% de lymphocytes et 2% de polynucléaires éosinophiles.

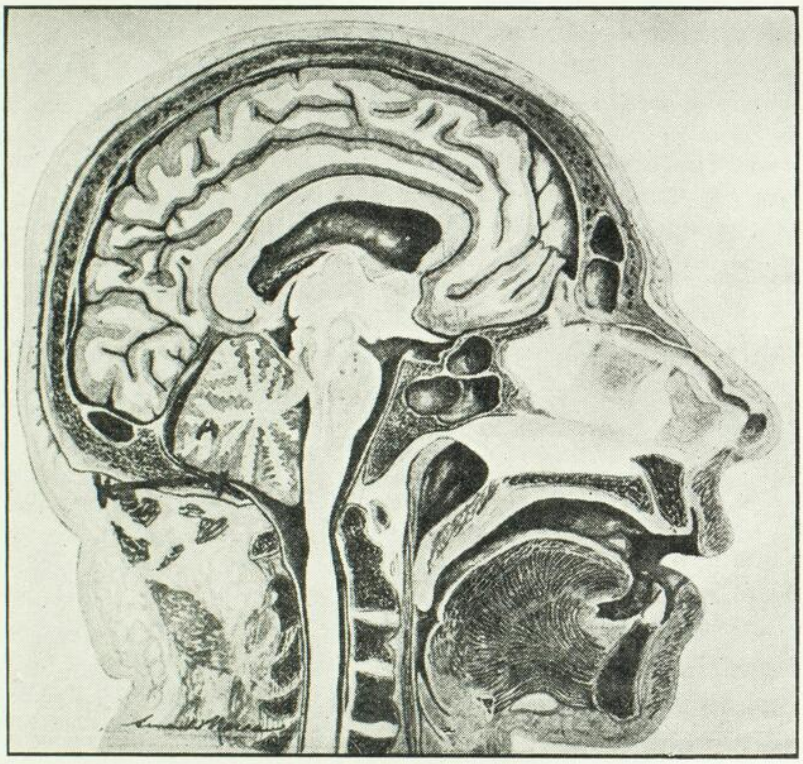
Son observation nous ayant fait soupçonner l'absence ou une forte diminution de sa vision, nous avons fait faire un examen du fond de l'œil, qui indiquait une « stase papillaire et une névrite optique ».

La radiographie du crâne ne laissait pas voir de signe d'hypertension, la selle turcique et la boîte cranienne étaient normales.

On peut dire que pendant la plus grande partie de son séjour de quelques semaines dans mon service, la température de l'enfant a été normale ou au voisinage de la normale.

Il a présenté des convulsions à quelques reprises pendant sa dernière semaine de vie, ces convulsions étant accompagnées, durant les derniers jours, d'une cyanose marquée et d'une écume abondante à la bouche.

Quelle était dans ses grandes lignes son histoire antérieure? Né de père et mère âgés respectivement de 47 et 39 ans, se déclarant



Reproduction d'une photographie (dessin schématique) empruntée des *Annales d'Anatomie Pathologique*. L'emplacement et le trajet du kyste en sablier se trouvent entre les deux points extrêmes de la ligne K. La lettre A marque l'emplacement de l'abcès cérébelleux.

en bonne santé; cinq frères et sœurs vivants, dont quatre en bonne santé; six autres enfants morts de troubles pulmonaires pendant les six premiers mois de vie; pas de fausses couches.

Un an avant son admission à l'hôpital, l'enfant avait été traité pour « un abcès du cuir chevelu » à la base du crâne. L'abcès a été ouvert et drainé, et il aurait guéri dans un temps relativement court

et dans des conditions apparemment normales. Un peu plus tard une bronchite aiguë de courte durée serait survenue, et aucun autre trouble n'a pu être mis en évidence, pendant le long intervalle qui s'est écoulé entre son admission dans mon service et son histoire d'« abcès du cuir chevelu », celui-ci semblant être directement relié aux constatations suivantes faites après sa mort, soulignant de façon importante la possibilité des complications graves de ces kystes épidermoïdes extra et intracraniens, et leurs conséquences parfois fatales.

Examen macroscopique.

Autopsie pratiquée six heures après la mort. Cadavre d'un enfant mâle, âgé d'environ 18 mois. Taille, 78 cm. Poids, environ 15 livres. Amaigrissement manifeste. Rigidité cadavérique abolie, lividités marquées aux parties déclives. La peau du cuir chevelu, au voisinage de la protubérance occipitale externe, présente une petite cicatrice stellaire d'environ ½ cm. de diamètre. La palpation révèle, à ce niveau et en profondeur, un petit nodule, du volume d'un raisin, qui fuit sous la pression, comme si l'os sous-jacent, au lieu d'offrir un plan résistant, lui livrait au contraire passage. L'incision explique cette anomalie; en effet, il s'agit d'une petite masse kystique, perlée, spongieuse, contenant un matériel onctueux, grisâtre, au milieu de laquelle on retrouve de nombreux poils, et située au-devant d'un orifice ménagé dans l'os occipital. Ce kyste, de nature évidemment épidermoïde, présente les relations suivantes: d'une part, il est en continuité, par un fin pédicule conjonctif avec le derme profond du cuir chevelu; d'autre part, par sa face profonde, il s'enfonce à demi dans l'os occipital, qui semble lui ménager une sorte de niche profonde, où le kyste se réfugiait lors de la palpation. La dissection des attaches profondes du kyste dans l'os révèle que ce dernier ne présente pas seulement une dépression ou cavité borgne, mais au contraire un canal osseux traversant l'occipital de part en part, entièrement perméable, ayant un double orifice endocranien et exocranien d'un diamètre moyen d'un centimètre et demi. L'orifice interne s'ouvre au niveau de la crête occipitale interne, un peu en arrière de la fossette vermienne et l'orifice externe au niveau de la protubérance occipitale externe (inion). Aussi, à la faveur de cette disposition, les attaches profondes du kyste se continuent sous forme d'un fin pédicule d'aspect fibreux, à travers le conduit osseux et débouche au niveau de l'orifice interne, où il se dilate en une large cavité kystique, d'environ 3 cm. de diamètre contenant un peu de pus et enchâssée dans la dépression profonde ménagée, à la face inférieure du cervelet, par la grande scissure médiane.

Au-dessus de cette dernière formation kystique, mais sans apparence, du moins macroscopique, de continuité, le cervelet présente en pleine substance blanche un large foyer ramolli, purulent. Par ailleurs, à la face inférieure du cervelet et au voisinage du kyste endocranien, on note une large zone d'adhérence pachyméningée.

ANTHRAX-FURONCULOSE
OSTÉOMYÈLITES-PANARIS

LYMPHANGITES
PHLEGMONS

ABCÈS DU SEIN
SALPINGITES

ÉRYSIPÈLE DU
NOUVEAU-NÉ

VACCINATION
PRÉOPÉRATOIRE

PROPIDON

BOUILLON STOCK-VACCIN MIXTE du Prof.r Pierre Delbet

PROPIDEX **Pommade à base de Propidon.**

Le PROPIDON et le PROPIDEX sont indiqués dans tous les cas où il y a lieu d'éviter la suppuration ou de la combattre si elle est déjà installée.

LABORATOIRES POULENC FRÈRES du CANADA, Limitée

Distributeurs: ROUGIER FRÈRES MONTRÉAL

SÉDOSINE

SÉDATIF DU SYSTÈME
NEURO-VÉGÉTATIF

PASSIFLORE
JUSQUIAME
CRATAEGUS

ASSOCIATION SYNERGIQUE HYPERACTIVE

LABORATOIRES LICARDY 38, Bd BOURDON _ NEUILLY-PARIS

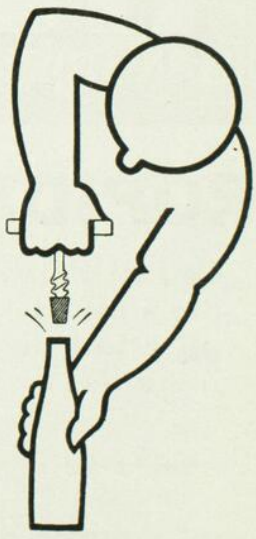
Agents pour le Canada : VINANT Limitée - 533, Rue Bonsecours, MONTRÉA

STOVÉDRINE

POMMADE NASALE
SOLUTION POUR
PULVERISATIONS

CORYZA, ASTHME,
RHUME DES FOINS
SÉDATION IMMÉDIATE

STOVOCAÏNE
ÉPHÉDRINE
NATURELLE



DÉBOUCHE LE NEZ

LABORATOIRES LICARDY. 38, Boulevard Bourdon Neuilly s/Seine

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

Le cerveau présente un aspect humide, les circonvolutions sont légèrement déplissées, les vaisseaux méningés (pie-mère) présentent une congestion intense; en somme, tous les caractères d'une méningite exsudative.

On note encore un autre petit kyste épidermoïde endocranien, sous-dure-mérien, au niveau de la suture occipito-temporale gauche (astérion).

Enfin, signalons immédiatement, pour n'avoir pas à y revenir, que l'examen macroscopique et histologique des autres organes ne présente que des lésions banales d'œdème et de congestion intenses, accompagnées dans le foie et dans les reins d'une dégénérescence marquée, lésions attribuables à un processus généralisé toxi-infectieux.

Diagnostic anatomique:

Défaut d'ossification cranienne. (Perforation complète de l'occipital.)
Kyste épidermoïde du cuir chevelu. (Région de l'inion.)
Pédicule fistuleux cutanéo-méningé.
Kyste infecté à la base du cervelet.
Large abcès cérébelleux.
Petit kyste sous-dure-mérien. (Temporo-occipital gauche.)
Méningite exsudative.
Congestion et œdème viscéraux intenses.

Examen histologique.

Peau du cuir chevelu (région cicatricielle). Le prélèvement comporte, côte à côte, une région cicatricielle bordée par une région normale se présentant toutes deux à l'examen histologique avec leurs caractères différentiels bien connus, au niveau de la peau; nous voyons, d'une part, une peau normale, avec toutes ses annexes et particulièrement riche en formations pilo-sébacées; d'autres part une peau surmontée d'un épiderme aminci, pourvu d'annexes en voie de dégénérescence et d'atrophie, situées au milieu d'un derme constitué d'un tissu collagène non plus fasciculé et anastomosé, mais dense et compact. Ces caractères font la preuve d'un processus cicatriciel dont on retrouve également les stigmates dans l'hypoderme, sous forme d'îlots de logettes adipeuses éparpillées çà et là dans une atmosphère conjonctive.

En un point de l'hypoderme profond, le tissu collagène se condense en une masse fibreuse, compacte, entourant une formation kystique qui offre les caractères suivants: une lumière centrale contenant des lamelles cornées disposées en couches concentriques, légèrement dissociées, bordées par un épithélium pavimenteux, stratifié, malpighien et à son voisinage immédiat, mais en profondeur, quelques massifs épithéliaux centrés par un axe pileux et des formations glandulaires sudoripares. Enfin, un élément de surprise est fourni par la présence de cellules régulièrement arrondies, à noyau finement structuré et à protoplasme acidophile, caractères répondant en somme à ceux des cellules arachnoïdiennes.

Il s'agit ici d'un kyste épidermoïde passé inaperçu à l'examen macroscopique vu ses proportions et faisant corps avec la peau du cuir chevelu.

Kyste épidermoïde (observé macroscopiquement, région protubérantielle.) Celui-ci ne se rattache au précédent que par un mince lambeau conjonctif. Il offre, par ailleurs, à peu près les mêmes caractères; cavité kystique de nature épidermoïde par son contenu et sa limite épithéliale, entourée de

formations pilo-sébacées, de glandes sudoripares, distendues et en rétention, de faisceaux musculaires lisses (muscles horripilateurs), le tout entouré de tissu conjonctif. Ici, toutefois, au contact immédiat, de l'assise basale de la couche épidermique qui borde la cavité, le tissu conjonctif est le siège d'un exsudat inflammatoire et apparaît dissocié par l'œdème et une infiltration leucocytaire discrète. Ces leucocytes sont pour la plupart désintégrés. Ici encore on note la présence d'éléments méningés. Ce kyste n'est pas complet, le prélèvement a nécessité la section d'une partie qui est demeurée intra-osseuse mais que nous retrouverons avec le fragment suivant.

Pédicule fistuleux cutanéo-méningé (pédicule intraosseux reliant le kyste précédent exocranien au kyste endocranien situé à la face inférieure du cervelet.) Ce pédicule que nous croyions, àl'examen macroscopique, uniquement constitué d'un tissu conjonctif dense et compact, n'est que la continuation du kyste précédent. Il est formé des mêmes éléments, sauf qu'ici les parois sont affaissées, presque accolées l'une à l'autre, et sont le siège de phénomènes de dégénérescence atrophique et de résorption; l'épithélium est presque inexistant, réduit par place à une seule assise de cellules épithéliales aplaties, la lumière contient quantité de débris cornéens et pileux, enfin, dans la paroi conjonctive on rencontre de nombreuses cellules géantes, multinucléées, macrophages de résorption. On note finalement, tout à fait en bordure du tissu conjonctif, les éléments d'une lame dure-mérienne.

Kyste situé à la face inférieure du cervelet. Ici on ne retrouve aucune formation pilo-sébacée ou sudoripare, mais simplement, comme dans les kystes précédents, une lumière bordée par un épithélium stratifié très mince, qui se différencie en lamelles cornées, à sa moitié inférieure appliquée contre la dure-mère, et ne présente pas de lésions inflammatoires. Mais par contre la moitié supérieure, sise sous le cervelet et répondant à la scissure médiane, contient dans sa lumière un amas de leucocytes désintégrés, et sa paroi épithéliale est le siège de larges ulcérations, à la faveur desquelles le pus s'infiltre en nappe épaisse dans le tissu conjonctif périphérique où l'on distingue les éléments les plus variés mais bien caractéristiques; les uns, d'un processus de destruction, les leucocytes polynucléaires, les autres, d'un processus de défense, de résorption et de cicatrisation, des macrophages, des cellules géantes multinucléées, plasmodiales, des cellules xanthélasmisées, plus profondément, sous la capsule des traînées plasmocytaires, denses, disposées entre des lamelles concentriques de collagène, et finalement à la périphérie une couche productive et cicatricielle de fibroblastes et de collagène aboutissant à la formation d'une capsule conjonctive isolante. Il s'agit d'éléments caractéristiques du processus de résorption et d'encapsulation d'un vieux foyer inflammatoire. Il est à noter que ce foyer est parfaitement limité de toute part par la coque conjonctive périphérique, de sorte que le kyste, son contenu purulent et la zone altérative avoisinante sont emprisonnés, isolés du cervelet, et les éléments suppuratifs ne sont en aucun point en contact direct avec le cervelet. Par contre, les méninges qui s'insinuent entre les circonvolutions cérébelleuses sont, elles, en communication, d'une part, avec la paroi ulcérée et infectée du kyste, et, d'autre part, avec la paroi de l'abcès cérébelleux et présentent un épaississement considérable et une infiltration inflammatoire marquée. Il semble donc que cette voie soit celle

de la propagation du processus inflammatoire et suppuratif du kyste au cervelet.

Abcès du cervelet. Celui-ci est constitué des éléments ordinaires de tout abcès, en plus de certaines altérations du voisinage particulières à la localisation dans la substance nerveuse et névroglique; une masse centrale franchement purulente bordée par un tissu de granulation contenant de nombreuses cellules géantes et entouré lui-même par une couche épaisse de tissu conjonctif. Au voisinage de l'abcès on retrouve deux autres foyers, l'un semblable, à peu de chose près, au précédent sauf la présence de nombreuses cellules xanthélasmisées; l'autre, presque entièrement constitué de ces derniers éléments au milieu desquels on remarque çà et là des îlots de prolifération de la substance névroglique. L'un et l'autre de ces foyers sont entourés d'une capsule conjonctive plus ou moins complète et continue. Il semble bien que la présence et surtout le nombre de ces cellules xanthélasmisées soit significative et illustre peut-être la forme de dégénérescence particulière à la cellule névroglique.

Kyste sous-dure-mérien, de la région occipito-temporale gauche. Celui-ci présente également tous les caractères d'un petit kyste épidermoïde.

Les constatations macroscopiques sont si bien sériées et leur détail histologique démontre entre elles une relation de continuité si étroite, que l'interprétation du processus étiologique et pathogénique qui a amené l'issue fatale se dégage de la simple énumération des faits observés. Il est évident que le processus suppuratif qui s'est installé au niveau du cuir chevelu (qu'explique en grande partie l'hygiène familiale) s'est propagé directement à la faveur des malformations osseuses et kystiques jusque sous le cervelet. La cicatrisation de la peau du cuir chevelu et le rétrécissement des parois de la fistule kystique cutanéo-méningée ont ensuite fait obstacle à l'évidement et à l'évacuation du pus contenu dans la portion intracranienne du kyste. D'autre part, la paroi du kyste endocranien sous-cérébelleux explique l'apparition des troubles, d'une façon relativement tardive et seulement au moment où cette barrière est devenue insuffisante. Ce n'est qu'après avoir envahi cette paroi que l'inflammation a pu gagner le cervelet par voie méningée et y déterminer des lésions suppuratives irréductibles et fatales.

Quant à l'origine de ces malformations, c'est là une question susceptible d'ouvrir la voie aux hypothèses et aux interminables discussions. S'agit-il d'inclusion ectodermique embryonnaire dont la différenciation et le développement ont mis obstacle à l'ossification complète de l'écaille occipitale? C'est là la pathogénie généralement admise pour les kystes dermoïdes de l'orbite et du rebord orbitaire, mais il ne semble pas que l'on puisse évoquer le même processus dans

le cas présent, car la région occipitale n'est pas soumise à ces remaniements, ces plicatures, et ces invaginations susceptibles d'amener au niveau de la face des coincements ectoblastiques et des inclusions ectodermiques embryonnaires.

S'agit-il d'un occiput primitivement ossifié en entier et secondairement perforé par la prolifération kystique, éventualité que l'on signale encore au sujet des kystes de l'orbite et du pourtour orbitaire? Enfin, s'agit-il simplement de la coexistence d'un kyste épidermoïde primitivement localisé au cuir chevelu et d'une fistule osseuse également primitive, le premier au cours de son développement ayant envahi et traversé le second? Dans ce dernier cas, la fistule aurait pu donner lieu d'abord à un méningocèle secondairement refoulé et remplacé par le développement kystique, ce qui fournirait une explication à la présence des cellules arachnoïdiennes incluses dans le tissu cicatriciel profond du cuir chevelu, à moins que l'on veuille considérer ces cellules comme des vestiges hétérotopiques et classer la néoformation kystique comme une sorte de tératome simplifié? Il semble plus plausible d'admettre l'hypothèse de la coexistence des deux malformations. Quoi qu'il en soit de ces différentes hypothèses dont la discussion dépasserait les cadres de ce travail, elles doivent, croyons-nous, céder le pas à l'intérêt pratique que suscite l'observation présente et les conclusions à déduire doivent être, ici, d'ordre anatomo-clinique plus que d'ordre anatomo-pathologique pur.

UN CAS D'OSTÉOGÉNÉSIS IMPERFECTA

Par

Julien TETREAULT, et **L. GAGNIER, jr,**
Médecin attaché à la maternité — Radiologiste
de l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc.

Nous avons eu l'occasion d'observer il y a quelques mois un cas classique d'ostéogénésis imperfecta et sommes heureux d'en exposer toutes nos constatations.

Considérations cliniques et radiologiques

Résumé de l'histoire clinique. Mme R. M., secondipare, âgée de 23 ans, entre en douleurs à l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc le 27 août 1935, à 1 h. du matin. A 2 h. de l'après-midi, elle accouche normalement à terme d'un garçon de sept livres, présentant une incurvation des cuisses très marquée et un crâne déformé.

Antécédents personnels de la mère. Aspect général: très bon. P.A. 118/70. La patiente a toujours été en bonne santé, et n'a souffert que d'une simple rougeole à l'âge de 3 ans.

L'examen objectif indique l'apparence d'une bonne constitution. Les sclérotiques sont cependant bleu ardoisé. Elle a été nourrie au sein et a marché à 9 mois. Il n'existe chez elle aucune déformation ni attitude vicieuse des membres.

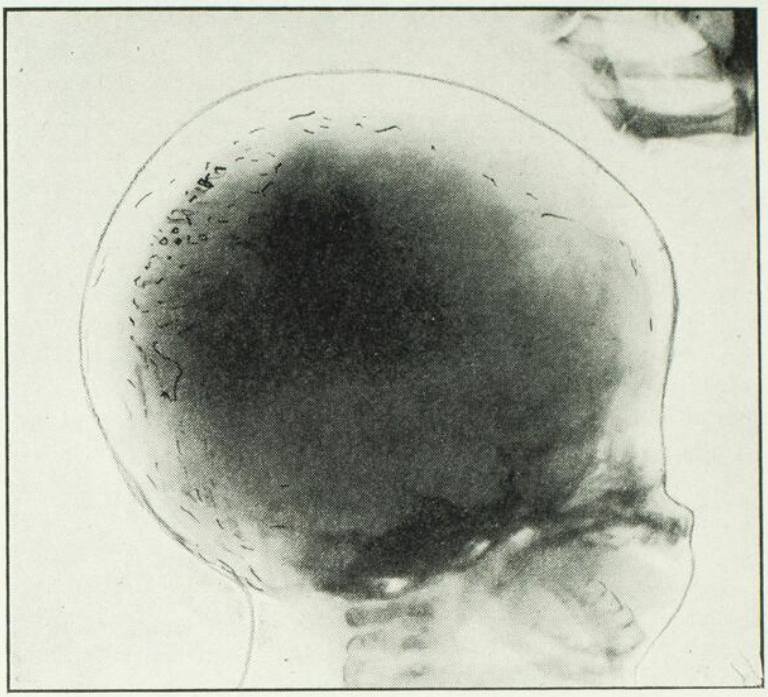
Antécédents héréditaires. Le père est mort à 29 ans, d'une affection cardiaque; la mère jouit d'une bonne santé; 4 sœurs et 2 frères en bonne santé complètent la famille. A noter le fait important qu'aucun membre de la famille n'a présenté de signes de fragilité osseuse.

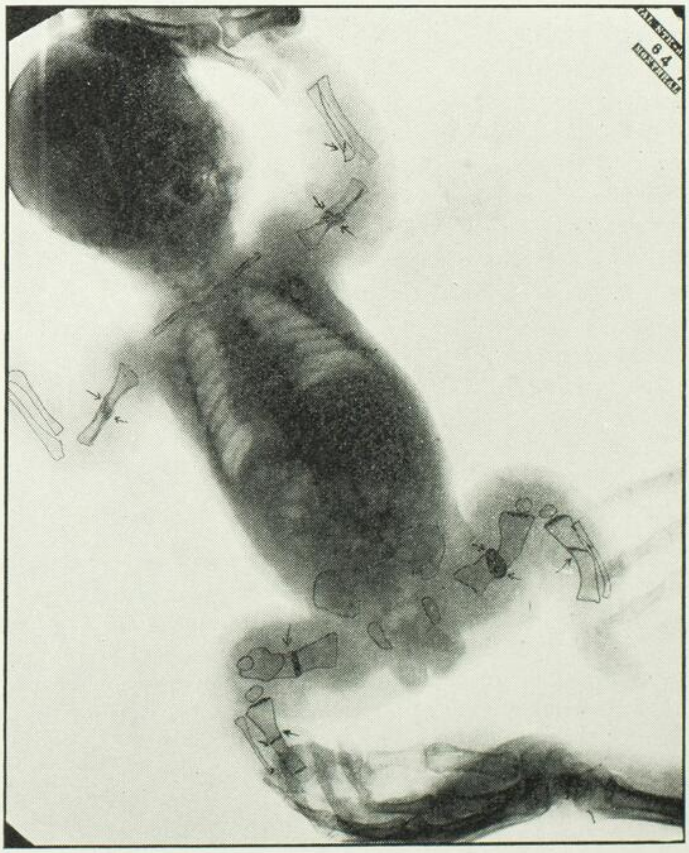
Antécédents obstétricaux. Dernières règles normales le 3 déc. 1934. Première gestation en 1932, suivie d'un accouchement normal et à terme d'un fœtus mort-né.

Dernier rapport de l'examen du laboratoire au cours de la gestation:

Urine: traces d'albumine.
Azotémie: 0 gr. 25 (chiffre normal chez la femme enceinte).
Glycémie: 1 gr. 20.
B. W.: négatif.

Examen du nouveau-né. Le lendemain matin de l'accouchement, à notre entrée à la pouponnière, l'infirmière nous informe que le bébé n'a cessé de pleurer, et qu'il éprouve de vives douleurs dès qu'elle lui touche les bras ou les cuisses. Nous examinons l'enfant avec le plus vif intérêt. La macrocéphalie nous frappe d'abord; la voûte cranienne est incomplètement ossifiée; elle paraît plutôt membraneuse et offre au toucher des îlots osseux éloignés.





Les sutures et les fontanelles sont élargies. Les os donnent à la pression une résistance parcheminée. On note une teinte bleuâtre particulière des sclérotiques. La clavicule, le thorax, la colonne vertébrale n'offrent rien de particulier à signaler. Les membres sont quelque peu raccourcis. La palpation des bras est douloureuse. Il existe des deux côtés des cuisses une incurvation en demi-cercle et les deux jambes sont croisées et reposent sous le siège. La tentative d'allongement des membres inférieurs arrachent des cris de l'enfant. Depuis la naissance le bébé a conservé cette même attitude. Devant ces manifestations cliniques et objectives, nous décidons de radiographier l'enfant.

Etude radiologique du squelette. Les radiographies prises trois jours après l'accouchement montrent que les os du crâne sont faibles de densité avec de multiples lacunes au milieu desquelles apparaissent de minimes îlots de calcification.

On observe en plus une pâleur de tout le squelette. L'ombre de la corticale est réduite à une légère ligne très fine. Fractures transversales complètes des humérus, consolidées avec exagération du cal. Fractures diaphysaires des tibias paraissant de date plus récente; le cal étant très peu visible.

Etant donné: 1° la pâleur des membres squelettiques traduisant un défaut de calcification; 2° l'ombre cranienne avec des îlots de calcification et ses multiples lacunes; 3° la présence de fractures diaphysaires multiples, transversales et complètes, datant de la vie utérine; 4° l'ombre exagérée du cal des fractures anciennes, nous n'avons guère hésité à reconnaître tous les éléments qui composent le cas typique d'ostéogénésis imperfecta congenita.

Ligne de conduite suivie dès la naissance de l'enfant. Au début, malgré le Wassermann négatif, présumant l'hérédo-spécificité et nous rappelant l'accouchement d'un enfant mort-né lors de la première gestation, nous avons soumis la mère à une médication antisyphilitique. A l'allaitement maternel, nous avons ajouté le jus d'orange mêlé à 3 gouttes de viostérol. En plus à la mère nous avons préconisé des injections de glyconate de calcium, et comme fixateur de l'extrait parathyroïdien.

Après avoir repris son poids de naissance le 10e jour, l'enfant continue d'engraisser. Il fut même soumis à quelques séances d'ultra-violets. Mais malheureusement le 20e jour survint une broncho-pneumonie qui emporta le bébé quatre jours plus tard.

L'autopsie confirma les signes cliniques de cette affection pulmonaire, et l'examen anatomo-pathologique pratiqué sur l'humérus droit et sur le fémur gauche indiquait, en plus de nombreuses fractures, un amincissement du cortex des diaphyses et un certain degré de raréfaction du tissu osseux compact qui le constitue.

Pathogénie

Le terme désignatif « Ostéogénésis imperfecta » fut présenté par Vrolik en 1849. Ekman, déjà en 1788, nota en plusieurs occasions la fréquence de fractures chez plusieurs membres d'une même famille.

Eldower fut le premier à remarquer l'association d'une fragilité osseuse avec la pigmentation bleue des sclérotiques. On semble d'accord quant à l'insuffisance des ostéoblastes amenant un défaut d'ossification des os.

Les causes de cette maladie sont encore peu connues. La syphilis a été souvent mise en cause, mais elle a été toujours impossible à mettre en évidence.

On a invoqué, sans plus de succès, l'hypothèse du manque de parallélisme entre le développement du fœtus et celui de l'amnios (Jansen). Wyatt et McEachern ont rapporté, en 1932, un cas chez lequel on remarquait une dysplasie osseuse congénitale, accompagnée d'une vascularisation anormale des parathyroïdes.

Plusieurs auteurs ont attribué cette curieuse affection à un trouble endocrinien. Mais malheureusement aucune pathologie de la thyroïde et des autres glandes endocrines n'a été constatée à l'autopsie. Ryan a rapporté en 1932 deux cas chez lesquels les fractures cessèrent de se produire à la suite d'ingestion d'extrait de thymus. Quelques auteurs émirent enfin l'idée d'une anomalie de développement de tissus provenant du mésenchyme, ce qui n'est pas démontré. Cette maladie semblerait héréditaire et familiale.

Elle se traduit cliniquement, selon Ledoux-Lebard, par une multiplicité de fractures pendant la vie intra-utérine, l'accouchement ou après la naissance.

Ces fractures s'observent surtout aux diaphyses des os longs et les côtes, plus rarement à l'épaule et au bassin; elles se consolident toujours très rapidement.

Il faut s'adresser à la radiologie pour faire un diagnostic précis. Cette affection est généralement grave et le pronostic dépendra nécessairement du nombre de fractures.

Diagnostic différentiel

La dysplasie périostale de Povak et Durante doit être séparée de cette affection. On l'a même souvent confondue avec l'achondroplasie.

Quant à l'ostéo-sathyrose, maladie décrite par Lobstein en 1833, les auteurs en font un rapprochement avec les affections du groupe des avitaminoses et en particulier du scorbut infantile. Elle se distingue par sa date d'apparition plus tardive que celle de l'ostéogénésis imperfecta et par l'absence totale de lésions traumatiques remontant à la vie intra-utérine. La consolidation des fractures spontanées mul-

METHODE DE WHIPPLE

HEPATHEMO

DESCHIENS



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

SYNDROMES ANÉMIQUES

DESCHIENS. 9, RUE PAUL BAUDRY - PARIS (VIII^e)
REPRÉSENTANT : ROUGIER, 350, RUE LEMOINE MONTRÉAL (CANADA)

PULMO-BAILLY

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

PHOSPHO-GAÏACOLATE DE CODEÏNE



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

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

LE PULMO-BAILLY

PAR L'IMPRÉGNATION ANTISEPTIQUE DES VOIES RESPIRATOIRES :

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

PAR SON PHOSPHORE ORGANIQUE DIRECTEMENT ASSIMILABLE :

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

LE PULMO-BAILLY

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

1 CUILLER A CAFÉ AU MILIEU DES REPAS

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

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

tiples de la maladie de Lobstein se fait plus lentement, et sans cal exubérant.

Dans l'achondroplasie, il existe des troubles d'accroissement, une anomalie épiphysaire, et un développement osseux anormal. Les fractures avec cal manquent sur les poses radiographiques.

Les déformations précèdent les fractures dans l'ostéomalacie, tandis que dans l'ostéogénésis imperfecta les fractures précèdent les déformations.

Comme question de fait, les auteurs ne considèrent pas l'ostéomalacie comme une maladie de l'enfance.

La syphilis congénitale doit être aussi différenciée de l'ostéogenèse imparfaite, par le tableau radiologique suivant: signes de périostite ou d'ostéochondrite à l'extrémité des diaphyses des os longs.

Le rachitisme se reconnaîtra toujours par ses déformations caractéristiques et le liséré sombre des extrémités épiphysaires. A remarquer qu'on n'a jamais trouvé de signes de rachitisme à la naissance que chez des enfants nés de mères souffrant d'ostéomalacie.

Observations thérapeutiques

Le traitement de cette affection congénitale est peu encourageant.

L'opothérapie glandulaire a été essayée sans grand succès. Il semblerait, de l'avis de la plupart des auteurs, qu'on doive s'adresser aux fixateurs du calcium: rayons U. V., substances irradiées (viostérol) en association avec des sels de phosphore et des sels de calcium afin d'obtenir le maximum de fixation calcique.

BIBLIOGRAPHIE

1. J. ARLABOSSE: « Un cas de fragilité osseuse avec crâne à rebord et sclérotiques bleues ». *Journal de Radiologie*, février 1931.
2. Ralph S. BROMER: « Osteogenesis imperfecta ». *The American Journal of Roentgenology*, novembre 1933.
3. R. L. KNAGGS: « Osteogenesis imperfecta ». *Britt. Journ. Surg.*, 1923-24.
4. P. NOBECOURT, L. BABONNEIX, Jean CATHALA et Jean HUTINEL: *Traité de médecine des enfants*, t. IV, 1934.
5. « Viosterol in osteogenesis imperfecta. » *American Journal of Diseases of Children*, vol. 50, 1935.
6. R. LEDOUX-LEBARD: *Manuel de radiodiagnostic clinique*, 1933.

REVUE GÉNÉRALE

LES SOLUTIONS ANESTHÉSIQUES ALCALINES

(Suite)

Par Gérard de MONTIGNY, B.A., D.D.S., M.S.D.,
Attaché au département de Stomatologie de l'hôpital Notre-Dame,
Démonstrateur au département de Chirurgie de la Faculté Dentaire
de l'Université de Montréal.

Nous avons vu quelles étaient les substances qui entrent le plus souvent dans les solutions anesthésiques. Nous allons maintenant voir dans quelles proportions ces corps chimiques sont employés. Le véhicule doit avoir, autant que faire se peut, la densité du sang; que l'eau distillée, les solutions de Ringer ou les solutions physiologiques de chlorure de sodium soient employées, il faut que la solution, quand la procaïne et l'épinéphrine y ont été ajoutées, ait une densité d'environ .85%.

Les solutions anesthésiques ont toutes une proportion de 2% de procaïne; c'est donc dire que dans 1 c.c. d'eau distillée, on a ajouté la valeur de .02 gram.

Si on injecte 3 c.c., nous aurons donc la valeur de .06 gramme dans les tissus du patient. Est-ce beaucoup ou peu? C'est très peu, quand on songe aux expériences de Fisher, faites pour trouver le degré de toxicité de la procaïne; des doses aussi grandes que 1¼ gramme ont été introduites dans le système humain, sans effets nocifs.

Nous sommes donc rassurés sur le dosage de la procaïne dans les solutions. Avec un dosage de 2% de procaïne, il arrive souvent que dans l'extirpation d'une pulpe, par exemple, le patient éprouve quelque douleur quand on vient en contact avec la substance nerveuse de la dent; une solution de 3% est alors recommandable.

Epinéphrine

A cause de ses effets très prononcés de vaso-constriction et, en conséquence, d'élévation de la pression sanguine, de l'accélération des battements du cœur et des palpitations du pouls, et des autres réactions

qui suivent souvent l'injection, l'épinéphrine doit être employée dans la proportion la plus faible possible; il faut se souvenir que l'adrénaline est un des médicaments les plus violents employés en médecine et qu'il a des propriétés assez malfaisantes, surtout chez les cardiaques, les hypertendus et les hyperthyroïdiques.

Les manufacturiers ont diverses solutions, contenant plus ou moins d'épinéphrine selon le degré de résistance physique du patient.

La dose pharmacologique, d'après la U. S. P. (United States Pharmacopy), est de 8 à 15 minimes; comme stimulant du cœur, on l'emploie jusqu'à 1 c.c. d'adrénaline; vous constatez que la faible quantité mise dans les solutions ne peut jamais causer d'inconvénients, si ce n'est chez des patients souffrant d'idiosyncrasie.

La proportion d'adrénaline dans les solutions que nous employons est de 1 pour 30, ou 30 parties de procaïne pour une d'épinéphrine.

Ou, en d'autres termes, la quantité d'épinéphrine dans les ampoules de solution est de .00083 (83 cent millièmes de gramme); si nous employons 2 c.c., nous injecterons donc .00166 (166 cent millièmes de gramme) d'épinéphrine. Si on fait sa solution soi-même et qu'on ajoute l'adrénaline liquide (Parke & Davis, par exemple) au moment de l'injection, on devra employer 2½ minimes d'adrénaline.

L'adrénaline, telle qu'employée dans le commerce, se compose comme suit:

Eau distillée	100 c.c.
NaCl	8 grms.
Extrait séché	1 gr. — .1%
HCl et chloratone.	

*
* *

Nous avons passé en revue assez brièvement l'histoire des solutions anesthésiques locales, que le dentiste emploie tous les jours dans son bureau; vous avez vu quelle somme considérable de travaux et de recherches s'est faite dans les laboratoires du monde entier, et surtout en Allemagne, pour perfectionner une substance qui permettrait à celui qui vient en contact avec ceux qui souffrent de supprimer leur douleur.

Depuis quelques années, on agite la question du pH et des solutions tamponnées ou, comme on dit en anglais, des « buffered solutions ». Pour bien comprendre le nouvel aspect qu'a pris la question des solutions anesthésiques, il nous faut bien comprendre ce que sont la procaïne et l'épinéphrine.

La procaïne est une base, et d'après nos notions de chimie nous savons que les bases ne sont pas solubles dans l'eau, mais le sont dans les graisses, les huiles, l'acétone, le benzène, etc.; pour simplifier les techniques d'introduction de ces substances dans les tissus, il fallait leur donner un état aussi liquide que possible. C'est pourquoi on prend cette base, la procaïne, et on la mêle à un acide pour en faire un sel, qui, lui, est très soluble dans l'eau.

$$\text{Pro} + \text{HCl} = \text{ProHCl}$$
$$\text{Base} + \text{acide} = \text{sel}$$

Nous avons donc le chlorhydrate de procaïne, forme sous laquelle est aujourd'hui employée la procaïne.

Plusieurs acides furent employés, au delà de 15: acide phénique, acide nitrique, acide phosphorique, acide acétique, acide sulfurique, etc. La même chose est faite d'ailleurs pour tous les alcaloïdes; ce sont des bases, et il leur faut ajouter un acide pour en faire des sels qui sont solubles dans l'eau.

Nous avons ainsi le sulfate de quinine, le citrate de caféine, le sulfate de strychnine, le chlorhydrate d'épinéphrine, etc.

En 1927, le département de recherches de l'Université de Northwestern décida d'orienter les travaux des laboratoires vers l'amélioration possible des solutions anesthésiques; comme les techniques ne pouvaient guère être perfectionnées, la solution anesthésique jusqu'alors employée, le chlorhydrate de procaïne, devint l'objet d'études et d'expériences.

On traita la procaïne avec différents acides pour voir si la solution ne pourrait pas être améliorée.

L'acide acétique, l'acide sulfurique et plusieurs autres y passèrent sans apporter beaucoup de changement sur le chlorhydrate de procaïne. L'acide borique fut ensuite essayé pour en faire le borate de procaïne, et voici ce qu'on y trouve:

« Des poissons dorés, de taille moyenne, mis dans une solution de chlorhydrate de procaïne (1-500) prennent environ 15 minutes à manifester des signes de narcose; tandis que s'ils sont plongés dans une solution de borate de procaïne (1-500), le temps nécessaire à leur anesthésie est réduit à 15 secondes. »

Cette constatation remplit le personnel de surprise, et on s'efforça alors de trouver la cause de cette diminution du temps d'induction. Avec des animaux de laboratoire, des expériences furent faites; on



SOPORIFIQUE SANS DROGUE

Le patient l'absorbe au moment du coucher, additionné à du lait chaud — « bonnet de nuit » délicieux et nutritif. Il induit au sommeil en stimulant doucement les fonctions digestives, éloignant ainsi le sang du cerveau. Absolument sûr . . . . absolument inoffensif. Les médecins et les diététiciens le recommandent partout.

OVALTINE

Aliment - Tonique - Liquide

PIPÉRAZINE MIDY

"ANTI-URIQUE TYPE"

LABORATOIRES DE LA PIPÉRAZINE MIDY
New Birks Bldg. MONTREAL

2 à 4 cuillerées à café par jour.

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



PENDANT LA GROSSESSE

« La nécessité d'un apport suffisant de vitamines au régime pour l'évolution d'une grossesse normale est reconnue . . . Il est important que le régime de la femme enceinte contienne de l'huile de foie de morue . . . Lorsque les graisses ne peuvent être supportées, on fera usage d'extraits concentrés d'huile de foie de morue. » (Canadian Medical Association Journal, 1934, 31 : 521).

Les Alphamettes qui renferment un extrait concentré et dégraissé d'huile de foie de morue* présentent un mode efficace pour l'usage des vitamines pendant la période pré-natale. Ces capsules, à la dose d'une par jour pendant les cent jours qui précèdent la fin de la grossesse, agissent comme agent prophylactique des infections du puerpérium et permettent à l'organisme d'emmagasiner des vitamines A et D pour la période de l'allaitement.

* Chaque capsule Alphamette renferme la teneur vitaminique de quatre cuillerées à thé et demie d'huile de foie de morue conforme aux exigences de la Pharmacopée des Etats-Unis, XIe édition.

ALPHAMETTES

AYERST, McKENNA & HARRISON, LIMITÉE

Biologistes et Pharmaciens

MONTRÉAL **CANADA**

se servit de rats blancs dans lesquels on injecta les deux solutions, le chlorhydrate et le borate; des coupes histologiques des tissus, qui avaient absorbé les solutions, furent faites et examinées au microscope; à la stupéfaction de tous, le borate ne montrait aucune irritation des cellules, contre plusieurs inflammations — infiltration de cellules rondes — dans le cas de chlorhydrate.

Plusieurs explications furent avancées pour trouver la clef du mystère; on suggéra la tension de surface, le poids moléculaire, la différence de potentiel, la grosseur des molécules, etc., mais sans trouver la réponse; car les deux substances présentaient toujours des propriétés analogues, qui n'expliquaient pas un tel écart dans le temps d'induction et une telle dissimilitude dans l'irritation produite dans les tissus.

Quelqu'un suggéra de s'enquérir du pH des deux solutions; la clef de l'énigme était là. Le borate de procaïne indiquait un pH de 8.4; tandis que le chlorhydrate avait un pH de 5.5.

Qu'est-ce que le pH?

Le pH est un symbole trouvé par Sorrensen, un chimiste suisse, pour exprimer la concentration d'une substance en ions d'hydrogène, c'est-à-dire le degré d'acidité ou d'alcalinité d'une substance.

Ce symbole est basé sur le fait que l'eau chimiquement pure se décompose, à 22° C., faiblement en ions d'hydrogène et d'hydroxyde, c'est-à-dire 1 gramme de chacun des corps dans dix millions de litres (ou .0000001 par litre). L'eau est donc neutre puisqu'elle a le même nombre d'ions d'hydrogène et d'hydroxyde.

Et par un problème de logarithmes, trop long et trop compliqué pour être expliqué ici, on en est arrivé à donner à l'eau un pH de 7, c'est-à-dire neutre.

Tous les corps qui ont un pH au-dessous de 7 sont acides, et tous ceux qui ont un pH au-dessus de 7 sont alcalins; ainsi, un corps ayant un pH de 6 est 10 fois plus acide que celui qui aurait un pH de 7, par exemple. Les corps acides ont un excès d'ions d'hydrogène sur le nombre d'ions d'hydroxyde.

Pour trouver le pH des substances, on se sert de plusieurs méthodes dont les plus employées sont: 1) la méthode calorimétrique; 2) la méthode dite Electrode d'hydrogène; 3) la Quinidrone; 4) enfin la méthode d'électrode de verre. Le sang a un pH qui varie très peu, c'est-à-dire de 7.33 à 7.36; ce qui indique un excès d'ions d'hydroxyde, c'est-à-dire d'ions alcalins sur les ions acides, d'hydrogène.

Le pH du sang ne varie guère; le sang veineux est légèrement plus acide, d'un pH environ .02 de moins; dans les cas graves d'acidose, le sang peut descendre à un pH de 7.1, mais l'organisme ne résiste pas longtemps à ce niveau. Il est vraiment remarquable comme les fluides du corps maintiennent un pH presque constant, en face de tant de facteurs qui tendent à le changer, tels que l'absorption d'aliments tantôt acides, tantôt alcalins; la sécrétion d'acide chlorhydrique par la muqueuse stomacale; la sécrétion d'acide lactique par les muscles en activité; l'élimination d'oxyde de carbone par la respiration; l'élimination de bases et d'acides par la voie rénale, etc.

Cette faculté qu'ont l'organisme et ses fluides de combattre ces influences et de maintenir normal le degré d'alcalinité, est due à divers mécanismes physiologiques, qui sont constamment en opération pour maintenir le niveau du pH sanguin; nous pouvons grouper ces mécanismes en 3 groupes: 1) d'abord, des systèmes tampons, qui neutralisent les acides aussitôt formés; 2) le système des excrétions, favorisant la sortie d'acides et d'alcalins; 3) la neutralisation de produits acides et basiques du métabolisme de tissus; en les combinant synthétiquement en composés de réaction neutre.

Le tissu mort a un pH de 3.8 ou un excès considérable d'ions d'hydrogène.

Pourquoi vouloir donner tant d'importance à un pH élevé de nos solutions anesthésiques?

Si le sang a un pH d'environ 7.4 et s'il baigne tous les tissus, les tissus eux aussi ont un pH de 7.4 et ils sont eux aussi du côté alcalin.

Nous devons aussi nous rappeler que le courant sanguin contient des sels tampons, comme des phosphates, des carbonates, etc., pour contrecarrer les effets acides de l'économie.

C'est pourquoi, quand nous injectons une solution d'un pH assez bas, c'est-à-dire assez acide, contenant un grand nombre d'ions libres d'hydrogène, avant que le médicament fasse son effet, il faut que celui-ci soit d'abord neutralisé par ces sels tampons du sang; ce n'est qu'alors qu'il entre en fonction.

La procaïne, étant une base, doit, comme on l'a vu, être transformée en sel avant d'être soluble dans l'eau; et pour effectuer cette transformation, on emploie généralement l'acide chlorhydrique; cet acide chlorhydrique doit être neutralisé par le sang avant que la procaïne agisse sur la substance nerveuse.



ILS ONT RÉSISTÉ À L'ÉPREUVE!

Deux produits scientifiquement sains, soigneusement préparés pour les enfants en bas âge, conçus et fabriqués pour l'usage des médecins, et mis à leur disposition pour être jugés seulement qu'à la barre de l'opinion professionnelle.

ACCEPTED AMERICAN MEDICAL ASSN. Committee on Foods

Matière descriptive et échantillons de Lactogen et de Hylac adressés avec plaisir aux médecins. Envoyez-nous votre bulletin professionnel par la poste, à:

NESTLÉ'S MILK PRODUCTS (Canada) LTD
Toronto - Metropolitan Bldg - Canada

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

PRIX ORFILA 1872 — *PRIX DESPORTES* 1904

DIGITALINE NATIVELLE
CRISTALLISÉE

Agit plus sûrement que toutes les autres préparations de Digitale

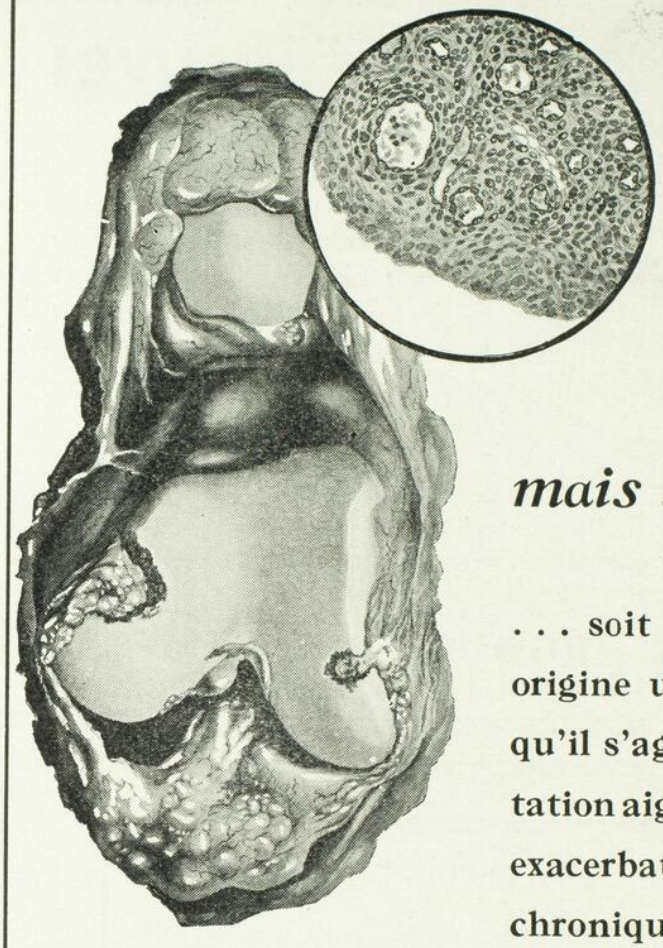
Granules au 1/10e de milligr. — *Solution* au 1/1000e.
Ampoules au 1/4 de milligr. pour injections intramusculaires.
Ampoules au 1/5e de milligr. pour injections intraveineuses.

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

Draeger

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

LES JOINTURES DOULOUREUSES



Figures (microscopique et grossie) des altérations arthritiques de l'articulation du genou.

sont réfractaires à la plupart des traitements

mais . . .

. . . soit qu'elles aient pour origine un traumatisme ou qu'il s'agisse d'une manifestation aiguë, ou encore, d'une exacerbation d'une arthrite chronique, l'emploi de l'

Antiphlogistine

par la *stimulation* qu'elle exerce sur le *système capillaire* et l'activité cellulaire, accroît *sensiblement* le *bien-être* du patient et hâte son *rétablissement*.

Echantillon médical et littérature, sur demande:

L'Antiphlogistine est fabriquée au Canada.

THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY
153, Lagauchetière ouest, Montréal

Pendant la période de temps qui s'écoule entre la pénétration de la solution dans les tissus et le rajustement de son pH pour le début de son action, une solution acide irrite les cellules; ces cellules irritées durant un certain temps, plus ou moins long, selon le degré d'acidité de la solution, provoquent tous les phénomènes d'inflammation, c'est-à-dire chaleur, rougeur, enflure et douleur.

Les douleurs post-opératoires qui souvent suivent une injection peuvent bien être causées par la blessure faite par l'aiguille, mais aussi, la plupart du temps, elles sont occasionnées par une solution acide.

Mais, me direz-vous, l'acide borique, utilisé dans le borate de procaïne, est aussi un acide et doit aussi être fractionné avant que la procaïne agisse. — Oui, l'acide borique est un acide; mais il ne faut pas oublier qu'il y a des acides forts et des acides faibles, et l'acide borique est un de ceux-ci.

Une preuve évidente de la faiblesse de l'acide borique est son application sur les muqueuses de l'œil, dans les cas d'inflammation.

Les acides forts ont une concentration élevée d'ions d'hydrogène et les acides faibles ont une concentration très faible d'ions d'hydrogène; alors l'acide chlorhydrique, étant un acide fort, et l'acide borique, étant un acide faible, diffèrent par leur habilité de se combiner immédiatement avec d'autres éléments. Dans l'acide borique nous avons une dissociation incomplète et la molécule demeure pratiquement intacte quand elle se combine avec d'autres éléments; avec l'acide chlorhydrique, il y a une grande intimité de son hydrogène avec les nouveaux éléments de procaïne; les ions d'H sont libérés en grand nombre et le pH est abaissé.

Dans la combinaison d'un acide faible et d'une base, comme dans le cas du borate de procaïne, il n'y a pas beaucoup d'ions d'H libres et le pH n'est abaissé que de très peu.

Ainsi la solution de borate de procaïne est alcaline et produit des réactions alcalines.

Le fait d'ajouter une portion minime d'épinéphrine ne change guère le pH; l'abaissement du pH est négligeable.

Les avantages des solutions alcalines sont donc:

1) Réduction du temps d'induction;

2) Diminution de la toxicité, environ de 50%; les réactions post-opératoires sont presque inexistantes.

Une autre constatation qu'on peut faire par l'usage du borate de procaïne ou de toute autre solution alcaline, c'est l'absence de toute

réaction cardiaque ou nerveuse chez les patients après l'injection; cette solution peut être employée sans danger aucun chez les enfants.

Cette solution est employée depuis six ans, à la clinique de l'université Northwestern, c'est-à-dire là où les injections sont faites par des débutants, qui n'ont pas toujours la délicatesse et le doigté d'un dentiste d'expérience. Eh bien! la chambre de repos, qui était toujours occupée par quelque patient manifestant des symptômes de défaillance cardiaque ou toute autre réaction du même genre, ne sert pratiquement plus.

Mais quelles sont ces solutions alcalines? Aucune des solutions préparées à l'avance et qui sont sur le marché ne sont alcalines; toutes sont acides.

Le docteur Freeman, de Chicago, qui fut l'instigateur des recherches sur les solutions anesthésiques, a publié une liste des pH de toutes les solutions mises en vente en ampoules ou en capsules, et toutes avaient un pH variant de 3.3 à 5.8, donc tout acide. (Le pH du vinaigre est de 3.8.) Le docteur Nevin écrit: « Les solutions anesthésiques qu'on trouve sur le marché sont environ mille fois plus acides que les cellules du corps humain. » J'ai moi-même pris le pH de plusieurs solutions d'usage courant à la faculté de chimie de l'Université de Montréal, et voici les résultats:

Scurocaïne: 4.1;
Une solution qu'on m'avait envoyée et qui était supposée être alcaline: 4.5;
La solution de novol, qu'on dit avoir un pH de 6.7, a en réalité un pH de 5.7.

Les solutions préparées d'avance ne peuvent être alcalines, parce qu'une solution alcaline ne peut se conserver plus d'une heure; les manufacturiers doivent ajouter à leur solution des préservatifs, qui rendent les solutions acides, si elles ne le sont déjà pas.

Vous avez certainement remarqué que depuis quelque temps les manufacturiers de solutions, comme Waites, Novol, Cook, etc., bourrent leurs réclames de « buffered, high pH solutions »; ils se sont tenus au courant des recherches conduites sur les anesthésiques et ils se sont rendu compte des avantages indiscutables que présentaient les solutions alcalines.

Mais, malheureusement, ils ne peuvent fabriquer une solution qui soit très longtemps alcaline; si une solution était mise en ampoule et conservée assez longtemps, elle se décomposerait assez rapidement

NEOTONINE BUISSON

Accélérateur de la nutrition

MÉDICATION RECONSTITUANTE

Vanadium Phosphore — Phosphore
Arsenic — Strychnine.

AMPOULES
ET
GOUTTES



Société Générale d'Applications Thérapeutiques

THÉRAPLIX

Distributeurs: Rougier Frères, Montréal

UROPRAZINE

ÉLIMINE L'ACIDE URIQUE

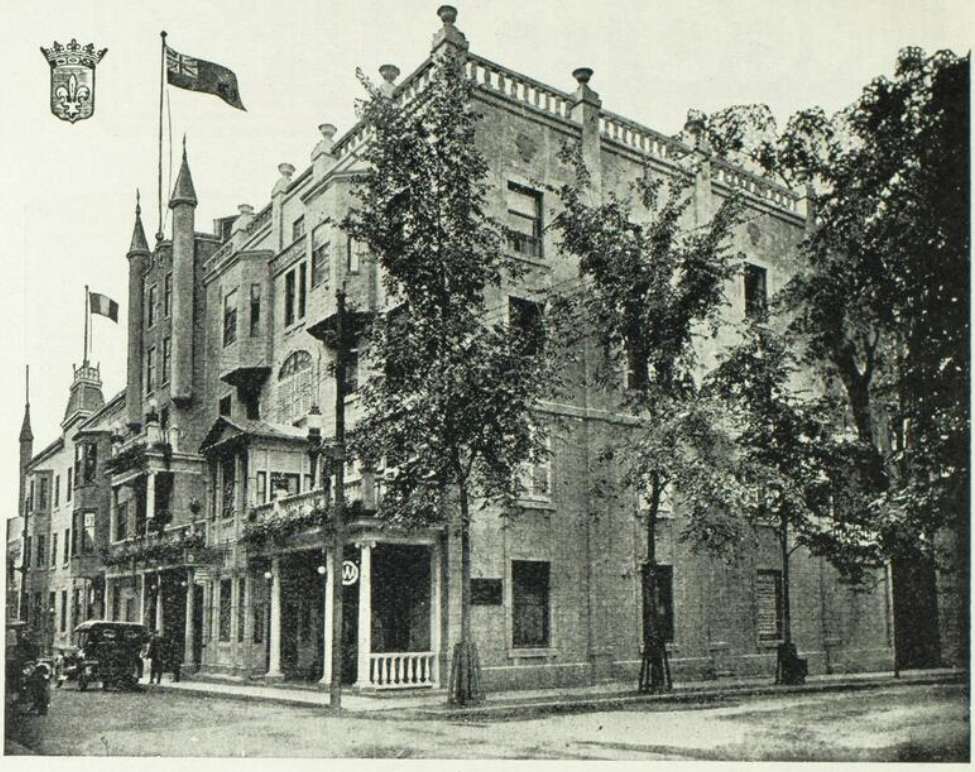
Pipérazine
Héxaméthylenetétramine
Soufre colloïdal
Formiate de lithine
Goutte, rhumatisme, sciatique

Une cuillerée à thé 2 à 4 fois par jour dans un demi-verre d'eau tiède, selon l'avis du médecin.

BOUTEILLES DE 150 et 270 GRAMMES

LABORATOIRE SPARTOL
PARIS, FRANCE

HERDT & CHARTON INC.
2027, Ave McGill College, Montréal, Canada.



SANATORIUM DE BLOIS

23, Avenue Laviolette, TROIS-RIVIERES, Qué.

Fondé en 1896

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

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

DEUX MEDECINS RESIDENTS

PRIX MODERES

Pour prospectus illustré, s'adresser au

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

Les aliénés et les contagieux ne sont pas admis.

(couleur jaune) à cause de la lumière polarisée, l'air, les changements de température, etc; pour obvier à ces inconvénients, ils sont forcés de mettre leur solution acide ou d'ajouter des préservatifs qui, eux aussi, rendent la solution acide.

La seule alternative est de préparer sa solution.

La différence appréciable dans le temps d'induction et dans les effets toxiques, qui existe entre le chlorhydrate de procaïne et le borate de procaïne, n'est pas due, comme nous l'avons vu, nécessairement au borate de procaïne: il faut en trouver la cause dans la différence du pH des deux substances, c'est-à-dire que le chlorhydrate de procaïne est franchement acide (5.5), tandis que le borate de procaïne est alcalin (8.4).

Donc, si nous élevons le pH du chlorhydrate à un degré alcalin (au moyen de quelques gouttes de KOH) et si nous abaissons le pH du borate au niveau de celui du chlorhydrate (au moyen de quelques gouttes de HCl), nous observons un renversement des phénomènes observés plus haut: le temps d'induction est augmenté pour le borate et diminué pour le chlorhydrate.

Dans le domaine pratique, dans la préparation de nos solutions, si nous employons un véhicule alcalin (eau distillée+CO^3Na^2—1-1000) et le chlorhydrate de procaïne, nous aurons une solution de pH normal, c'est-à-dire au même niveau que celui du sang, 7.3.

BIBLIOGRAPHIE

DEYTON, C. de W., WILSON, J. W., ZAUS, E. A. — « Comparison of local effects of alpha butyloxycinchoninic acid gamma diethylethylenediamide (Nupercaine) with cocaine and procaine » — *The Journal of Dental Research*, août 1932.

BENEDICT, FREEMAN, CLARK. — « History of Local Anesthesia in its Modern Development » — *J. A. D. A.*, décembre 1932.

BORG, F. G. — « Effect of Epinephrine on Blood Vessels » — *J. A. D. A.*, juin 1932.

J. A. D. A. — *Council on Dental Therapeutics*, juin 1932.

ZAUS, Earl. A. — « The Acid-Base Balance in the Body » — *N. U. D. S. Lectures.*

MEADS, S. V. — « Anesthesia in Dental Surgery » — C. V. Mosby Co., Saint-Louis, 1935.

DAILY, H. T., and BENEDICT, H. C. — « Studies in Local Anesthetics; Method for Determining Anesthetic Agencies by Use of Goldfish » — *Dental Cosmos*, 71: 704-707, 1929.

FISHER, Guido. — « Local Anesthesia in Dentistery: with Special Reference to the Mucous and Conductive Methods » — Lea & Febiger, Philadelphie et New-York, 1912.

FREEMAN, C. W., and BENEDICT, H. C. — « Preliminary Reports of Continued Investigations of Local Anesthetics with Special Reference to Buffered Solutions of High pH Value » — *Bull. Chicago Dent. Soc.*, 10: 3-6, 1930.

PRINZ, Jerman. — « Method of Preparing Local Anesthetic Solutions » — *Dental Cosmos*, 67: 525-527, 1925.

STOKOE, James S. — « Applicability of Neo-Synephrine when Used in Conjonction with Local Anesthesia » — *N. U. D. S. Master's Thesis.*

HANSON and FOSDICK. — *Proceedings of the Society of Experimental Biology and Medicine*, vol. 27, 1930.

FOSDICK, S., HANSEN, H. L., DRAGSTEDT, C. A. — « The Variation of Anesthetic Efficiency with Procaine Hydrochloride and Procaine Borate with pH » — *Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine*, 1930, XXVII, pp. 529-531.

LE FILTRAT GONOCOCCIQUE (CORBUS FERRY) CHEZ LES ENFANTS[1]

Par A.-B. LEBEL.

La vulvo-vaginite à gonocoque se rencontre souvent chez les enfants de tout âge. La maladie résulte toujours d'une contagion et se montre elle-même contagieuse. Chez le nourrisson, la vulvo-vaginite gonococcique peut passer pendant quelque temps tout à fait inaperçue. Toutefois, elle se manifeste bientôt par un écoulement vaginal abondant qui tache la couche. On constate alors de la rougeur et de l'écoulement vulvaire accompagné de démangeaison et d'érythèmes parfois intenses. Mais, peu après, les phénomènes cèdent assez rapidement pour faire place à une forme chronique dont la durée peut être extrêmement longue. En effet, la vulvite chronique prend sa principale gravité dans sa durée parfois très longue et sa résistance désespérante aux traitements.

Au début d'avril 1935, la garde-malade en chef du service de la crèche de l'« Aide à la femme » attirait mon attention sur un écoulement vulvo-vaginal chez quelques petites filles dans une salle d'enfants. C'était un écoulement jaune verdâtre, épais et glaireux, empesant la couche et faisant adhérer entre elles les grandes lèvres. Aucun doute possible, je me trouvais en présence d'une vulvite aiguë à forme gonococcique. L'examen bactériologique confirmait mon diagnostic.

Plusieurs enfants furent atteintes de cette maladie; la contagion eut lieu du fait de la communauté dans une même salle, et ce n'est que grâce à l'isolement de ces enfants et au lavage et à la stérilisation des couches, que je pus enrayer l'épidémie. La cause de cette infection demeure encore obscure, mais je crois que c'est par l'arrivée dans cette salle d'une enfant souffrant d'une vulvo-vaginite en état d'incubation.

Dès le début, le traitement classique fut institué. Deux fois par jour, lavage externe (peau et vulve) avec une solution de permanganate de potasse à 0.25/1000, suivi d'un lavage vaginal, avec la même solution. La nuit, introduction d'un crayon de Silvol 5% dans le vagin.

Ce traitement est souvent hérissé de difficultés à cause de l'étroitesse des voies d'accès, de l'extension possible à l'utérus et de la

(1) Travail fait dans les services de la crèche de l'« Aide à la Femme ».

difficulté extrême qu'il y a à avoir une action directe sur la matrice en raison de la présence de l'hymen.

Le traitement donna pendant quelque temps une amélioration sensible, mais dès la cessation du traitement un écoulement léger faisait son apparition. Malgré le traitement, la maladie présentait des rémissions et des recrudescences, et la durée me semblait interminable. Comby a vu une fillette dont la vaginite remontait à deux ans.

Les complications sont rares; toutefois, il faut signaler: l'ophtalmie purulente qui peut succéder au transport accidentel du pus dans les yeux de l'enfant. D'autres complications peuvent se présenter: bartholinite, blennorragie ano-rectale, métrite, salpingite, ovarite (double), pyosalpinx, observé par Cheadle chez une fille de vingt et un mois. Baginsky a trouvé le gonocoque dans le pus des ovaires.

D'après Fisher, la participation des glandes Bartholin au processus gonorrhéique existerait même dans un tiers des cas. Il aurait notamment vu sourdre du pus de l'orifice des canaux chaque fois qu'il exerçait une pression sur la glande. De plus, d'après Eraud, le canal cervical serait toujours pris dans la vulvo-vaginite.

Il existe aujourd'hui des faits qui semblent montrer que la vulvo-vaginite, ayant évolué chez une petite fille, peut avoir des conséquences sérieuses plus tard, quand la petite fille sera devenue femme.

En raison de sa haute gravité sur les organes de l'enfance et sa tendance à la chronicité, je résolus d'instituer à chaque enfant, sur la recommandation du Dr Gilbert Brisebois, le traitement au Filtrat Gonococcique (Corbus-Ferry) à la dose de 1/40 de c.c. associé à une injection tous les deux jours de 1/10 de c.c. de Theelin en solution huileuse (2,000 unités).

Ce traitement débutait le 14 décembre 1935. Une injection intradermique de filtrat dilué, une fois par semaine pendant huit semaines, et je donnais en même temps 1/10 de c.c. de Theelin (solution huileuse), 2,000 unités, tous les deux jours, formant un total de cinq injections.

Après la deuxième injection de Theelin, il s'est produit une surabondance d'écoulement qui disparut 48 à 60 heures après — plus marquée chez les petites filles profondément atteintes, au point d'avoir nécessité de protéger la vulve avec des serviettes hygiéniques. Après la dernière injection de Theelin, l'écoulement avait disparu presque complètement et à la quatrième injection de filtrat gonococcique l'écoulement n'existait plus. Les réactions locales après l'injection de filtrat ont été légères, sauf dans deux cas — Pauline et Antonia —

dont l'infection était plus intense, ont donné une réaction cutanée d'une plus grande intensité.

Je n'ai noté aucune réaction générale. Pas d'élévation de température.

PATIENTES — âge au début du traitement (14 déc. 1935):

	Ans	*Mois*		*Ans*	*Mois*
Pauline	2	1	Rachel	1	6
Antonia	2	1	Ida	1	5
Madeleine	1	11	Véronique	1	5
Jocelyn	1	10	Thérèse	1	3
Gertrude	1	9	Denise	1	3
Jeannine	1	8	Irène	1	3
Madeleine G.	1	7	Blanche	1	3
Maria	1	7	Micheline	1	1
Jeannette	1	7			

MODE DE TRAITEMENT

Filtrat gonococcique 1/40 de c.c. à la dose					Theelin (solution huileuse 2000 unités) 1/10 de c.c. à la dose				
1ère injection:		14	décembre	1935	1ère injection:		16	décembre	1935
2e	—	21	—	—	2e	—	18	—	—
3e	—	28	—	—	3e	—	20	—	—
4e	—	4	janvier	1936	4e	—	22	—	—
5e	—	11	—	—	5e	—	24	—	—
6e	—	18	—	—					
7e	—	25	—	—					
8e	—	1	février	1936					

Dans les six mois précédant le début du traitement au filtrat, les examens microscopiques nous donnaient des rapports tantôt positifs, tantôt négatifs. A la fin du traitement, *i.e.*, début de février 1936, et depuis lors, tous les rapports sont négatifs.

On a prétendu — c'est une objection que l'on m'a faite à propos de l'emploi de ce traitement — que le traitement au filtrat gonococcique pouvait amener la stérilité chez les petites filles; mais cela n'est pas démontré. Ce ne serait pas le filtrat qui causerait les troubles de l'ovaire, mais plutôt le gonocoque lui-même, telle une orchite gonococcique chez l'homme entraîne souvent la stérilité. La cause principale serait la chronicité de la maladie.

Voilà ce qu'écrivait le Dr Georges Luys dans son traité *La blennorragie*: « Le plus souvent, les petites filles sont mal soignées, et il n'est pas rare d'observer, beaucoup plus tard, chez des jeunes filles parfaitement innocentes, des écoulements chroniques caractérisés par la présence du gonocoque qui ont ainsi une lointaine et obscure origine. »

ACTUALITÉS

LES DÉBUTS DE LA LUTTE CONTRE LA MORTALITÉ INFANTILE À MONTRÉAL

FONDATION DE LA PREMIÈRE "GOUTTE DE LAIT"

(*Suite*)

Par J.-E. DUBÉ,
Professeur de Clinique médicale,
Médecin à l'Hôtel-Dieu.

Voici maintenant un compte rendu de la *Société Médicale de Montréal,* séance du 4 décembre 1900, sous la présidence de M. Hervieux, dans lequel nous trouvons des discussions intéressantes concernant le rapport du Dr J.-E. Dubé:

Communication

De la mortalité infantile et des moyens de la réduire, par le docteur J.-E. DUBE. (Voir plus haut.)

Discussion. — M. de GRANDPRE: Je félicite M. le docteur Dubé du choix de son sujet. Il n'est pas, dans toute la médecine, un champ plus vaste que celui que nous offre l'hygiène infantile. Il n'est pas de travail plus patriotique que celui qui tend à diminuer la mortalité des enfants.

Autant de jeunes êtres arrachés à la mort, autant de sujets conservés à la société, autant de Canadiens de plus qui devront plus tard contribuer au développement du pays.

Et il faut bien remarquer qu'il est possible de prévenir la plupart des maladies auxquelles succombent les nourrissons. Les affections les plus fréquentes sont celles des voies digestives, en été; et celles des voies respiratoires, en hiver. Ce sont les infections des muqueuses qui prédominent. Les séreuses, à l'exception des méninges, sont rarement prises d'emblée. Les pleurésies sont souvent consécutives aux affections du poumon. Le cœur des enfants de 3 à 4 ans n'est presque jamais touché.

A Montréal, 50 à 55% des enfants meurent avant l'âge de cinq ans; dix pour cent meurent durant les premiers mois de la vie.

A New-York, la mortalité des enfants jusqu'à l'âge de cinq ans est de 40 à 45%. N'est-ce pas que c'est énorme? C'est un véritable massacre des innocents.

Et, malheureusement, les statistiques recueillies dans quinze des principales villes d'Europe indiquent que la mortalité infantile a augmenté d'une façon constante durant les vingt dernières années. C'est dû, probablement, au changement dans les conditions sociales et économiques de l'existence. Les mères dans les grands centres sont souvent obligées de travailler dans les usines et les ateliers: de là, négligence des enfants et alimentation artificielle. Puis, grâce à la densité de la population et à l'agglomération dans les *Tenement Houses*, les conditions hygiéniques, en ce qui concerne les habitations, deviennent de plus en plus défectueuses. J'en appelle à votre expérience, messieurs: n'est-ce pas qu'il est excessivement rare de trouver un enfant parfaitement sain, qui aura été élevé dans ces sortes d'habitations, dans ces *tenement houses*, et qui de plus aura été nourri artificiellement?

Et dans les grandes villes, pas plus d'un tiers des mères allaitent leurs enfants.

Dans ces conditions, il ne faut donc pas s'étonner de rencontrer tant d'infections et tant de désordres provenant d'un vice de nutrition, tels que rachitisme, scorbut, etc., etc. Ici, permettez-moi de vous faire remarquer que les maladies causées par une alimentation défectueuse, comme le rachitisme, ne sont pas l'apanage exclusif des pauvres. Les enfants des riches souffrent plus fréquemment peut-être de rachitisme que les enfants pauvres.

Pour enrayer le fléau de la mortalité excessive chez les enfants, il faut le concours du public, du médecin, du gouvernement. Le public doit se renseigner sur les questions d'hygiène infantile, le médecin doit s'efforcer d'en proposer les notions, le gouvernement doit voir à la création des règlements sanitaires requis et à en assurer la mise en vigueur.

M. Le CAVALIER: La mortalité, voilà une question de la plus haute importance, voilà une question nationale qui devrait être le sujet de nombreuses études, sérieuses et pratiques comme celle que nous venons d'entendre de M. Dubé.

Messieurs, si nous consultons la statistique de la mortalité chez nous, nous constatons avec peine que l'on marche lentement, vers le perfectionnement de nos lois sanitaires. Pour connaître le chiffre de la mortalité de la population de Montréal, il ne faut pas remonter au delà de l'année 1875. Car, avant cette date, notre ville, dépourvue d'organisation sanitaire compétente, était chaque année visitée par toutes sortes de maladies contagieuses, qui élevaient le chiffre de la mortalité à des proportions inquiétantes.

En 1874, les citoyens alarmés d'un semblable état de choses élurent le Dr Hingston maire de Montréal.

De nombreux travaux furent faits dans le domaine de l'hygiène publique. Le conseil municipal ordonna la construction de l'égout collecteur de la rue Craig. On créa un système régulier pour l'enlèvement des déchets.

On donna des pouvoirs plus étendus au bureau de santé.

La vaccination devint obligatoire, etc.

On eut alors le plaisir de voir s'abaisser le chiffre de la mortalité. Cependant, en 1875, M. Mercier, président de l'association sanitaire, déclara

à une séance de la société que Montréal était la ville la plus insalubre du Canada.

Un échevin anglais, dans un violent discours, accusa les Canadiens français d'en être la cause, et, à l'étonnement de tout le conseil, il prouva que la mortalité chez nous était de 49 par 1000.

Eh bien! messieurs, après un quart de siècle de progrès, d'amélioration dans les différents systèmes de drainages, d'aqueducs, etc., on trouve encore dans certains quartiers la même statistique mortuaire qu'en 1875, c'est-à-dire 49 pour 1000 de population. Ce chiffre rappelle celui de la sale ville de Londres alors que la mortalité atteignait 50 par 1000.

Mais le magnifique Londres d'aujourd'hui, dont la population égale celle de toute la puissance du Canada, nous montre une statistique sanitaire moins lugubre que celle de Montréal, car l'on ne compte que 18 par 1000 habitants.

Un savant économiste français a prouvé par des chiffres d'une exactitude reconnue que le peuple anglais, par l'application rigoureuse des règlements hygiéniques, a fait, de 1800 à 1889, une économie de 3 milliards 200 millions de francs.

Revenons maintenant chez nous et demandons-nous pourquoi dans le quartier Saint-Denis nous avons une mortalité de 49 par 1000, et dans le quartier Ouest, 4 par 1000; pourquoi dans Saint-Jean-Baptiste, une mortalité de 30 par 1000, et dans Sainte-Anne, 11 par 1000; pourquoi 25 par 1000 dans Hochelaga et 11 par 1000 dans Saint-Antoine.

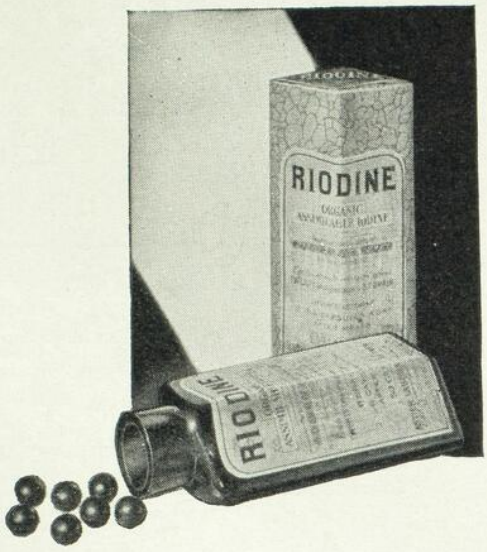
Une autre statistique plus alarmante encore est celle de la mortalité chez les enfants. Songeons, messieurs, qu'il meurt 74% des enfants au-dessous de cinq ans. Ce chiffre est attristant.

M. FOUCHER: Les deux points principaux de la conférence de M. Dubé m'ont paru ceux-ci: excessive mortalité infantile de la première enfance et moyens pratiques d'y remédier.

Nous savons, depuis longtemps, que les enfants dans tous les pays du monde meurent au delà de toute proportion raisonnable, mais nous ne nous doutions pas que le chiffre fût aussi élevé. M. Dubé nous a fait voir là un état de choses profondément triste et déplorable. Des milliers d'enfants meurent chaque année parce que les lois de l'hygiène sont méconnues, parce qu'on leur donne un lait impropre à l'alimentation. Sans doute, le moyen suggéré par le conférencier, la création de consultations pour les nourrissons, est appelé à rendre de grands services. Mais il faudrait associer à une œuvre aussi éminemment philanthropique et nationale les gouvernements fédéral et provincial, ainsi que les conseils municipaux. Les gouvernements dépensent chaque année des montants élevés pour favoriser l'immigration. On importe les Doukobors, les Mennanites, à grands frais, et on ne songe pas qu'on pourrait sauver la vie à autant d'enfants canadiens qu'il entre d'immigrés dans ce pays chaque année; on ne pense pas au profit que l'on pourrait retirer pour peupler nos immenses territoires, des milliers de vies précieuses qui se perdent annuellement par ignorance ou défaut de soin au sein de nos vigoureuses populations.

Que les gouvernements viennent en aide à des institutions destinées à l'assistance et au traitement des enfants pauvres, ce sera le meilleur moyen

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



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

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

RIODINE (Astier)

Iode organique assimilable

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

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

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

LABORATOIRES DU Dr P. ASTIER

350, rue Le Moyne
Montréal.

36-48 Caledonia Road
Toronto.

SEDLITZ CHANTEAUD

Granulé et Déshydraté

Laxatif — Purgatif

FOIE —— INTESTIN

Sulfate de Magnésie pur.

Tartrate de Soude.

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

STÉNOL CHANTEAUD

Tonique — Diurétique

FAIBLESSE — SURMENAGE — NEURASTHÉNIE

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

Dose: 1 à 2 cuillerées à café par jour.

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

TOUTES LES TOUX
SIROP ET GOUTTES
RAMI
au bromoforme

Dépôt : ROUGIER FRERES. Montréal

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

de conserver ce que nous avons. Ce sera mieux dans tous les cas que de faire des implantations dans le genre des Doukobors.

M. le SAGE: Nous avons l'honneur d'avoir parmi nous M. le Dr J.-E. Laberge, hygiéniste de la Cité; nous aimerions beaucoup l'entendre.

M. J.-E. LABERGE: J'ai suivi avec beaucoup d'intérêt le superbe travail de M. Dubé. Certainement, la mortalité chez les enfants est beaucoup trop élevée dans notre bonne ville de Montréal. Une des causes les plus funestes de la mortalité, ce sont les maladies contagieuses. Nous recevons à l'hôpital des maladies infectieuses de cette ville, 2,000 enfants par année. Sur ce nombre il n'y a pas 100 Canadiens français, et cependant la population de la ville est canadienne française pour les trois quarts.

Ce n'est pas que la diphtérie et les autres maladies contagieuses soient plus clémentes pour notre nationalité. Bien loin de là, comme vous le savez vous-mêmes par votre propre expérience, nous payons un trop fort tribut à ces maladies. Si nous ne recevons pas plus de malades, c'est dû à un défaut d'éducation. On croit à tort dans certaines familles que l'hôpital des maladies infectieuses, c'est le chemin qui conduit au cimetière. Je dis à tort, car nous avons une mortalité de 13% à peu près. Il est de notre devoir, à nous médecins, de faire l'éducation du peuple. Sur ce point et sur bien d'autres, c'est une croisade que nous devons entreprendre et qui produira ses fruits. Surtout si nous pouvons obtenir l'aide des journaux. Il faut engager les parents à envoyer leurs enfants à l'hôpital, où ils ont tous les soins nécessaires à leur état. En recevant ces enfants au début de leur maladie, nous avons toutes les chances de les renvoyer guéris dans leur famille. Je ne veux pas attribuer ces cures au seul traitement du médecin; une grande partie du mérite revient aux infirmières intelligentes et dévouées qui prennent soin de ces petits enfants. Vous le savez par expérience, il est impossible de traiter convenablement ces malades dans leur famille, et il est complètement impossible de les isoler efficacement même avec le bon vouloir des parents. En envoyant ces contagieux à l'hôpital vous protégez les autres membres de la famille et vous êtes très utiles à votre malade.

Je crois qu'un bon moyen d'obtenir ce résultat serait de faire des conférences aux sociétés ouvrières, pour bien faire comprendre aux pères de famille qui fréquentent ces sociétés l'importance de laisser transporter ces malades à l'hôpital, et cela dans l'intérêt du malade lui-même et dans l'intérêt du public en général. On pourrait aussi diviser la ville en un certain nombre de districts que des médecins visiteraient continuellement pour prêcher cette croisade hygiénique, instruire le peuple, donner à la mère de famille les notions rudimentaires de l'hygiène.

Laissez-moi vous dire qu'il y a des médecins coupables, assez peu soucieux de leur devoir, pour cacher ces maladies aux autorités sanitaires et ainsi empêcher la désinfection dans le but d'éviter à leur client la peine d'un dérangement de vingt-quatre heures. Et l'isolement, il n'y faut pas songer dans ces cas. Cette manière d'agir est très condamnable, car combien d'enfants sont couchés dans leurs tombes qui vivraient si le médecin eût été plus soucieux de ses devoirs.

M. MARIEN: Je regrette, avec mon ami Dubé, l'absence d'un hôpital, à Montréal, pour le traitement médical ou chirurgical des maladies contagieuses. Par exemple, nous chirurgiens, nous sommes dans l'impossibilité de bien traiter les enfants atteints d'affections osseuses, telles que tuberculoses osseuses, malformations congénitales, etc. Je suis tout à fait de l'avis de mes collègues en médecine qui demandent la création à Montréal de dispensaires de nourrissons, et à cet effet, je propose que nous mettions sur l'ordre du jour de la prochaine séance la discussion du projet et la formation d'un comité chargé de faire l'organisation des dispensaires.

M. MERCIER: Je suis bien de l'avis de M. Marien qu'il devrait se former un comité pour mettre la question à l'étude et chercher les meilleurs moyens à prendre pour faire avancer cette question si importante d'hygiène; je crois aussi qu'il faudrait s'ingénier à y intéresser les gouvernements du pays; je conseillerais dans ce but de s'entendre avec la Société Médico-Chirurgicale, qui n'hésiterait pas, j'en suis certain, à nous aider dans ce mouvement si louable, de tout le poids de son influence.

M. HERVIEUX: Permettez-moi d'ajouter quelques remarques à celles de mes collègues: tout en appuyant fortement les opinions émises, je crois que nous devrions faire des instances auprès des gouvernements pour que l'hygiène soit enseignée d'une manière plus sérieuse dans les écoles. Nous formerions ainsi une génération bien préparée à suivre et à faire observer les lois de l'hygiène.

DEUXIÈME PARTIE

L'OEUVRE DE LA « GOUTTE DE LAIT »

Dans une communication faite à la *Société Médicale de Montréal,* séance du 26 mars 1901, par le Dr S. Boucher, et publiée dans *l'Union Médicale du Canada,* avril 1901, on lit ce qui suit:

L'OEUVRE DE LA « GOUTTE DE LAIT »

L'an dernier, à la séance du Comité d'Etudes Médicales du 13 fév. 1900, le Dr Dubé faisait un appel aux membres présents, en faveur des petits enfants, et suggérait l'idée de fonder une œuvre dans le but d'en diminuer la mortalité, qui est énorme, et dont les causes principales résident dans le manque d'hygiène et la mauvaise nourriture.

Il est très difficile, à Montréal, de se procurer du lait recueilli avec soin, et le plus grand nombre ne peuvent se procurer les instruments nécessaires pour le rendre convenable à la consommation des bébés.

Le Comité d'Etudes Médicales n'a pu prendre en mains cette œuvre. Il n'était pas encore régulièrement organisé, et surtout il ne siégeait pas dans le temps durant lequel cette œuvre devait fonctionner, c'est-à-dire en été.

Quelques médecins, ayant à leur tête MM. les Drs Dubé et Cormier, ont cru devoir prendre l'initiative d'un projet qui, nous l'espérons, recevra l'approbation de la Société Médicale de Montréal.

Projet

Ce projet consiste à distribuer du lait stérilisé ou maternisé aux jeunes enfants et à donner aux mères les instructions nécessaires sur l'hygiène infantile.

La distribution sera gratuite pour les pauvres munis d'un certificat du médecin, les autres paieront à peu près le prix de revient. Le lait sera acheté d'un fermier qui suivra les instructions d'un médecin chargé de veiller sur l'aménagement et la tenue de la vacherie, le traite du lait et tout ce qui est du domaine du producteur. Les vaches seront testées contre la tuberculose.

Apporté dans un laboratoire bien outillé et pourvu d'employés bien dressés, le lait sera stérilisé, préparé suivant les besoins, c'est-à-dire coupé, sucré au sucre de lait et réparti dans des bouteilles stérilisées pour être transporté dans des dépôts où les gens viendront le chercher.

Ces dépôts de distribution seront sous la surveillance de médecins qui donneront les instructions d'hygiène aux mères, règleront l'alimentation des enfants, pèseront et examineront les bébés qui devront être apportés au moins une fois par semaine.

Les médecins pourront traiter les enfants malades des pauvres, mais ils devront renvoyer les autres à leur médecin de famille.

Pour arriver à ce but, nous allons former une société d'hommes et de femmes dévoués qui s'engageront à travailler de toutes leurs forces au bon fonctionnement et au succès de l'entreprise.

La société sera dirigée par un bureau de direction général aidé par différents comités. Ce bureau devra faire les affaires générales de la société, recevra les fonds, les administrera, paiera les dépenses, etc.; il rendra compte aux membres en assemblée une fois l'an.

Les comités seront: un comité composé de médecins, et un ou plusieurs comités composés de femmes, qui devront recueillir des souscriptions pour payer les dépenses de l'entreprise et former un fonds dont le surplus pourra servir à créer d'autres œuvres.

Nous croyons, messieurs, que nous réussirons avec l'aide de tous nos amis et de toutes les influences qu'ils voudront bien mettre à notre disposition.

Nous n'avons pas, devant une assemblée de médecins, à démontrer la nécessité d'une telle entreprise; vous avez tous constaté, dans le dernier rapport du Conseil d'Hygiène de notre province, l'effroyable mortalité chez les enfants de 0 à 1 an: 10,468 morts sur 60,345 naissances, soit *en moyenne une mort pour cinq naissances.* Si nous jetons un coup d'œil sur les statistiques de la ville de Montréal et que nous ne considérions que le chiffre de la mortalité par diarrhée et gastro-entérite infantile, *nous voyons que* 1,238 *enfants de* 0 *à* 1 *an sont morts; le total des naissances étant de* 7,418, *nous arrivons à la proportion de* 1 *mort pour* 6 *naissances à peu près.*

Nous arriverons, sans aucun doute, à diminuer considérablement cette mortalité: les statistiques publiées par les villes où cette œuvre existe nous en donnent la certitude. A Rochester, par exemple, prenant, pour chiffres de la mortalité avant la distribution du lait, ceux des trois dernières, où il y avait eu moins de décès par diarrhée et gastro-entérite infantile, et les comparant avec ceux de la première année d'exercice pour ce système, nous

arrivons à une diminution de 1/5. A cause de l'importance de l'œuvre, nous espérons que la Société Médicale voudra en accepter le patronage. Avec son appui, nous irons avec plus d'assurance devant le public, pour l'inviter à souscrire et à travailler avec nous.

Les directeurs d'un grand journal quotidien nous ont déjà promis leur aide. Ils feront connaître l'œuvre au public, en lui disant l'avantage qu'il peut en tirer et en l'invitant à souscrire, ils souscriront eux-mêmes.

Plusieurs d'entre vous, nous le savons, nous prêteront leur concours en prenant soin des dispensaires.

Avec l'aide de la Société Médicale de Montréal, du journal *la Patrie*, et avec l'aide de chacun d'entre nous, nous conserverons à la vie un grand nombre de bons petits Canadiens.

Séraphin BOUCHER.

Le professeur Henri Hervieux, alors président de la *Société Médicale de Montréal,* invita les membres présents à cette séance du 26 mars 1901, à donner leur opinion sur l'intéressante communication du Dr S. Boucher. Le professeur A. LeSage résuma l'opinion générale de la façon suivante:

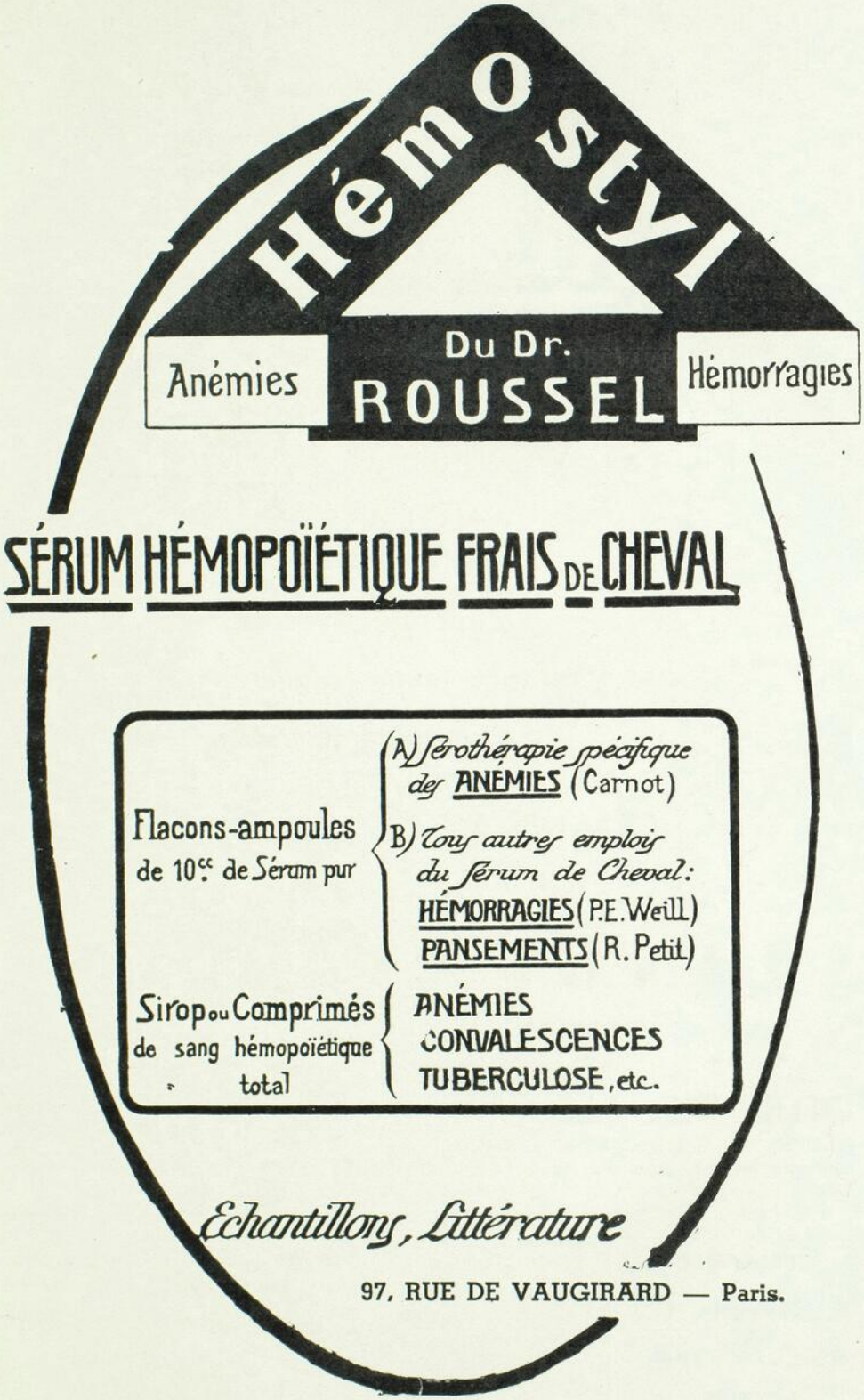
M. LeSAGE: La communication de M. Boucher doit attirer tout spécialement l'attention des membres de la Société Médicale de Montréal. Il n'est pas besoin de développer devant vous un projet qui comporte une idée empreinte de la philanthropie la plus pure. Je félicite mon ami Dubé d'avoir, le premier, jeté le cri d'alarme en face de la mortalité effroyable de la première enfance dans notre province et d'avoir en même temps indiqué le remède à un si grand mal.

J'ai l'honneur de faire la proposition suivante, secondé par M. le Dr Cléroux:

« La Société Médicale de Montréal, appréciant le but d'utilité publique et de haute philanthropie de l'*Œuvre de la goutte de lait*, donne son appui le plus ferme aux promoteurs de ce projet. Elle exprime l'espoir que tous les membres coopéreront aussi au but tant désiré de diminuer la mortalité chez les enfants pauvres en vulgarisant parmi le peuple les saines idées d'hygiène alimentaire. »

Adopté à l'unanimité.

Il est regrettable, comme nous l'avons dit plus haut, que nous n'ayons pu alors continuer ce dispensaire ou « Goutte de lait », dont l'œuvre d'éducation apportée dans les familles et chez les médecins donnait déjà de si beaux résultats, en même temps que l'abaissement de la mortalité chez nos nourrissons était remarquable. Mais le concours financier que nous aurions dû recevoir de la part de nos concitoyens, et même de nos conseillers municipaux, alors moins préparés qu'aujourd'hui à souscrire aux œuvres sociales, n'arriva pas assez tôt pour empêcher cette première « Goutte de lait » de cesser ses activités.



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



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

ANGLAIS
ESPAGNOL
ITALIEN
ALLEMAND

ou toute autre langue

SANS EFFORT
CHEZ VOUS
QUAND VOUS VOULEZ!

PAR LA NOUVELLE ET FACILE MÉTHODE

LINGUAPHONE

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

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

DEMANDEZ
AUJOURD'HUI
NOTRE BROCHURE
GRATUITE

→

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

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

Nom.....

Adresse.....

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

Quelle langue vous intéresse?.....

Le mouvement était tout de même lancé, et l'attention des médecins continua à être attirée sur les moyens à prendre pour activer la lutte contre la mortalité infantile. Les professeurs Cormier et J.-E. Dubé, qui étaient depuis 1897 médecins à la Crèche des Sœurs de la Miséricorde, rue Saint-Hubert, continuèrent, par leurs travaux présentés à la *Société Médicale,* à démontrer l'importance d'une alimentation artificielle bien préparée lorsqu'elle était indiquée chez les nourrissons. Il fallut tout de même attendre jusqu'à 1903, alors que furent fondées quatre ou cinq « Gouttes de lait », pour la population des deux langues, sous la direction d'un comité composé des Drs A. P. Blackader, président, David Evans, S. Boucher, J.-E. Dubé, Isaïe Cormier, L.-J.-V. Cléroux et Milton Hersey, chimiste.

Ce comité accomplit alors une œuvre considérable. Voici d'ailleurs ce qu'en disait le Dr J.-E. Dubé, dans un article publié dans *l'Union Médicale du Canada,* numéro de janvier 1906, page 37, et intitulé: « La Ligue du Lait Pur et des « Gouttes de lait » devant l'opinion publique » :

(À suivre)

AUTOUR D'UN CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DU GOITRE

En juin dernier le congrès annuel de l' « American Association for the study of goiter » réunissait, à Chicago, trois cents médecins américains.

Comme d'habitude, la glande thyroïde fut étudiée sous tous ses angles.

La multiplicité des travaux présentés durant trois jours ne me permet que d'effleurer, ici, les questions d'actualité que je trouve les plus pratiques.

La fonction hépatique a fait le sujet de nombreuses discussions.

Sa fonction viciée serait-elle antérieure au goitre toxique ou en serait-elle une complication immédiate? Pemberton et Wilder, de la clinique Mayo, ne peuvent donner de précision à ce sujet, ainsi que Lahey, de Boston. Tous admettent qu'un foie pathologique est souvent la cause de la mort des goitreux toxiques.

Des 36 décès post-opératoires, que Pemberton rapporte, l'examen nécropsique n'a révélé la présence que d'un seul organe déficient: le foie, dont trois formes anatomo-pathologiques sont décrites:

1) Dégénérescence graisseuse aiguë;
2) Atrophie simple;
3) Atrophie subaiguë.

La recherche de l'acide hippurique du sang, en usage systématique à la clinique Lahey, donnerait une idée juste de la valeur fonctionnelle du foie. Certains autres examens de laboratoire, dosage de la bilirubine, des acides aminés, test au bromosulphtaléine, etc., établissent aussi la fonction du foie. (Dr Collar).

Il ne serait pas prudent de prescrire du glucose par voie intraveineuse chez les goitreux dont la fonction hépatique est déficiente. (Dr Lockwood).

Les relations étroites qui existent entre les glandes endocrines et la glande thyroïde ont provoqué de nombreuses discussions.

Le lobe antérieur de l'hypophyse, à la lumière de l'expérimentation, semble bien être le point de départ du goitre. Le goitre exophtalmique aurait en plus une origine surrénalienne.

Le diabète et l'hypertension artérielle s'expliquent aussi par une fonction viciée de ces deux glandes. La radiothérapie, à dose faible, à raison d'une séance par semaine, simultanément sur les régions anté-

hypophysaire et surrénalienne, a amélioré considérablement une goitreuse toxique hypertendue, patiente du Dr Hutton, de Chicago.

Le Dr Uhlenhuth, de l'Université de Maryland, a l'honneur d'avoir, le premier, isolé, avec quelques collaborateurs, une hormone spécifique du lobe antérieur de l'hypophyse qu'il appelle: « thyreo-activator ». Avec cette hormone il a pu reproduire à volonté chez divers animaux, l'hyperthyroïdie. Son labeur lui a valu le premier prix accordé au meilleur travail scientifique de l'année, prix décerné par un comité américain: Price Award Committee, auquel peuvent être soumis des travaux scientifiques de tous pays.

Le Dr Uhlenhuth poursuit encore ses études et voit le jour où le myxœdème sera sous contrôle.

Huit cas d'obésité soumis à un traitement diététique exclusif ont présenté, après une guérison clinique de l'obésité, un goitre toxique pour lequel une thyroïdectomie fut pratiquée. Le Dr Hertz ne peut expliquer le phénomène qui a présidé à l'éclosion du goitre toxique.

L'hyperthyroïdie est souvent accompagnée d'hyperglycémie. L'hypoglycémie quelquefois constatée serait due à la grande demande d'hydrate de carbone dont l'économie se servirait pour la combustion de la thyroxine.

Le Dr Collip, de Montréal, a soumis des rats à des températures variant de 16 degrés centigrades au-dessus de 0 à 5 sous 0. Il a constaté que le métabolisme basal augmente de 300% au froid, que les rats thyroïdectomisés présentent la même variation, que chez les surrénalectomisés la variation est beaucoup moins marquée, et que chez ceux dont l'hypophyse est enlevée cette variation est encore moins prononcée. Il en conclut que l'hypophyse contrôle plus que toute autre glande le métabolisme des échanges respiratoires.

Le Dr Perkins fait part de ses expériences sur le sang des goitreux toxiques chez lesquels il a constaté, sur 141 cas observés, que la quantité d'iode augmente dans le sang et les urines pendant la présence de l'hyperthyroïdie pour ensuite diminuer après une thyroïdectomie.

Le dosage de l'iode serait, dit-il, un bon barème de l'évolution ou de l'involution de l'hyperthyroïdie.

Au cours d'une clinique (dry clinic) Lahey parle longuement de ce que comporte la chirurgie de la glande thyroïde. Tout foyer microbien: carie dentaire, amygdalite, cholécystitè, salpingite, etc., doit être recherché et traité dans le but de prévenir une crise d'hyperthyroïdie possible post-opératoire. Comme l'éthylène est peu toxique pour le foie, Lahey l'emploie de préférence à l'éther. Il préconise une thyroï-

dectomie en deux temps quand le goitre est compressif et n'opère celui-ci qu'avec l'aide d'un cathétère intratrachéal. Après l'intervention il ne faut pas hésiter à réintroduire, dit-il, le cathétère s'il y a une dypsnée persistante provenant d'une compression œdémateuse post-opératoire. La présence d'un cathétère intratrachéal facilite aussi une trachéotomie qui doit être pratiquée au niveau du deux ou troisième anneau trachéal.

Lahey conseille d'opérer en deux temps:

1) Quand la tachycardie est marquée avant ou au cours de l'intervention;
2) Quand il y a eu perte considérable de poids: 30 à 50 livres;
3) Chez l'hyperthyroïdien de longue date avec déficience hépatique;
4) Quand des vomissements toxiques accompagnent l'état hyperthyroïdien;
5) Quand au cours de la thyroïdectomie la pression artérielle est très élevée, qu'il y a tachycardie marquée et une grande demande d'anesthésie.
6) Si l'opération est laborieuse.

Voici quelques-unes de ses statistiques.

La ligature artérielle crée dans 66% des cas une chute du métabolisme basal et dans 62%, une amélioration de la tachycardie. Une hémithyroïdectomie, dans 84% des cas, baisse considérablement la courbe du métabolisme basal, ralentit le pouls et provoque une augmentation du poids.

La lecture de nombreux travaux d'ordre expérimental, travaux qui seront publiés dans le rapport du congrès, sera sûrement appréciée des lecteurs.

Je termine en mentionnant spécialement l'histoire de la glande thyroïde écrite par le Dr A. H. Noehren, de Buffalo. C'est un travail très documenté qui signifie un labeur considérable par la fouille d'une bibliographie complète.

Réal DORE.

VARIÉTÉS

RÉFLEXIONS SUR LA GASTROSCOPIE ET SES RAPPORTS AVEC LA RADIOLOGIE.

A propos d'un séjour chez le Prof. R. Schindler, Chicago.

Par Albert JUTRAS,
Radiologiste à l'Institut du Radium de l'Université de Montréal.

Contrôler certains de nos radiodiagnostics, dépister plus précocement le cancer de l'estomac, suivre pas à pas les effets de la radiothérapie sur cette affection en particulier, et aussi sur d'autres états chroniques de la muqueuse stomacale, telles furent, à l'origine, les causes de notre attrait vers la gastroscopie.

En vue d'acquérir d'emblée une bonne technique et les fondements de l'interprétation, nous n'avons cru mieux faire que d'aller nous renseigner auprès de l'inventeur même du gastroscope flexible, le Professeur Rudolf Schindler, maître incontesté de la méthode, actuellement attaché à l'Université de Chicago et au Michael Reese Hospital.

Bien nous en prit, car notre curiosité scientifique nous a valu des joies scientifiques et morales que nous ne pourrons pas oublier.

Dès l'accueil, le Professeur Schindler manifesta une simplicité cordiale et indulgente, caractéristique des grands esprits. Enoncées en excellent français, ses premières paroles furent à l'adresse de nos collègues les docteurs LeSage et Desrosiers, dont il apprécie les travaux parus dans *l'Union Médicale du Canada.*

Mince, de taille moyenne, jeune d'allure, l'œil bleu, vif et facile au sourire, le geste nerveux avec une main d'artiste, tout indique chez notre hôte un tempérament exceptionnel. Il faut peu de temps pour confirmer le témoignage de Moutier s'inclinant devant « cet homme si savant, si généreux, si fin, si charmant, tout animé d'un élan intérieur et d'une lumineuse ardeur ».

Mon émotion encore trop intense ne me laisse pas discerner si je dois davantage au maître ou à l'ami ; car, en outre de me prodiguer

son savoir, M. Schindler n'a cessé de veiller sur moi avec bonté durant ces quelques semaines passées auprès de lui.

Il est impossible d'évoquer pareils souvenirs sans voir surgir la non moins sympathique figure de Mme Schindler.

Dans la biographie des hommes célèbres, on fait souvent allusion à la part morale de la femme dans l'œuvre du mari. Le cas du ménage Schindler me paraît plus émouvant que la généralité. Outre une grande vigilance pour assurer la quiétude nécessaire aux travaux minutieux, on trouve ici une véritable et très active collaboration.

Le Professeur ne perd jamais une occasion de déclarer qu'il n'oserait plus pratiquer une gastroscopie sans l'aide de sa femme. A celle-ci il confie tout spécialement la fonction de tenir la tête du sujet au cours de l'examen: tâche délicate, difficile, reposant sur d'infimes détails et dont l'importance domine chacune et peut-être l'ensemble des autres manœuvres.

Par son air serein, sa foi rayonnante, la sûreté et la souplesse de ses mouvements, sa modération verbiale, Mme Schindler contribue largement au climat de confiance qu'il faut créer autour du malade. Celui-ci, subjugué par le jeu si bien ordonné de l'équipe, oublie ses craintes et ne réalise l'importance des événements que quand tout est fini. Le spectateur lui-même s'émerveille de la facilité apparente de la gastroscopie et de la reconnaissance qui s'épanouit sur la figure de l'examiné qui s'en va prêt à reprendre ses occupations.

La besogne terminée, le couple se retrouve dans le milieu familial ensoleillé par le rire de deux enfants exquis. Des tableaux, des livres, des partitions d'opéras, un splendide piano de fabrication européenne, l'atmosphère même de la maison trahit un passé brillant et le goût de la culture.

Le Professeur Schindler avoue qu'il est pianiste et qu'à Munich, il dirigeait un orchestre. Victime du régime politique actuel de l'Allemagne, il ne peut s'empêcher d'aimer encore cette patrie lointaine qui a formé son cerveau et pour laquelle il s'est battu pendant les quatre années de la guerre.

Néanmoins très heureux dans leur pays d'adoption, les exilés vivent dans l'harmonie de leur affection mutuelle; le regard levé sur un idéal commun, ils méprisent les tristesses du sort et marchent la main dans la main vers une immortalité certaine. Sans aucun doute, l'invention du gastroscope flexible marquera une époque dans l'histoire de la médecine. Jusqu'à cet événement, les divers essais d'endoscopie stomacale avaient abouti à plus de déceptions que de succès; Schindler



Opothérapie Hématique *Totale*

SIROP de
DESCHIENS
à l'Hémoglobine vivante

Renferme intactes les Substances Minimales du Sang total

Médication rationnelle des
SYNDROMES ANÉMIQUES
et des
DÉCHÉANCES ORGANIQUES

Une cuillerée à potage à chaque repas.

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

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

Le Somnifène "Roche"

calme et endort souverainement

Actif et rapidement éliminé
Sans nuire aux organes principaux
Sans modifier la tension artérielle

Per os, 20 à 40 gouttes et plus
à chacun sa dose
Flacons de 12 cc.
Flacons de 100 gm.

Injections
intramusculaires
ou endoveineuses
1 à 3 ampoules
Boîtes de 6 ampoules

HOFFMANN-LA ROCHE LIMITÉE, - MONTRÉAL

Échantillons à la disposition de messieurs les médecins.

Nouvelle médication du Salicylate de Soude.

SODIOSAL

Ce nom, formé par les abréviations des mots **Sod**ium, **Io**de, **Sal**icylate, désigne un produit pharmaceutique sous forme de granulé effervescent à base de Salicylate de Sodium et d'Iode organique.

Formule:	Salicylate de Soude naissant	40 grs.	2.58
	Carbonate de Lithium	20 grs.	1.29
	Salicylate d'Hexaméthylènetétramine	16 grs.	1.03
	Iode Organique	4/5 gr.	0.52
	Enzymes Mixtes (Papaïne-Trypsine)	8 grs.	0.51
	Base effervescente	q.s.	1 oz. 30 gr.

SODIOSAL, d'un goût agréable, plaira au malade, ne fatiguera pas l'estomac, conservera indéfiniment son efficacité, au contraire des solutions — avantage précieux pour le patient qui prend quelques jours ou quelques semaines de repos et doit reprendre son traitement, car, malgré l'apparence de guérison, on recommande aux rhumatisants de suivre par intermittence et durant quelques jours un traitement au Salicylate.

SODIOSAL devrait plaire au médecin, parce que nous lui donnons un médicament bien préparé et rencontrant toutes les exigences de l'art médical et pharmaceutique.

LABORATOIRE NADEAU LIMITÉE

Sous la surveillance de
HERVÉ NADEAU, chimiste et pharmacien,
Licencié ès Sciences de l'Université de Paris,
Professeur de Chimie, Faculté de Médecine, Université de Montréal.

100 ouest, rue ST-PAUL, **MONTRÉAL.**

NUCLÉARSITOL ROBIN

GRANULÉ - COMPRIMÉS - INJECTABLE

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

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

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

reconnaît que même avec son gastroscope rigide si bien étudié, plus de 50% des sujets ne pouvaient tirer profit d'un tel examen toujours hérissé de dangers.

L'instrument flexible a supprimé la plupart des obstacles à l'inspection directe de l'estomac. Les contre-indications se réduisent pratiquement à l'imperméabilité de l'œsophage. Par surcroît, la surface explorable de la cavité gastrique a notablement augmenté.

La mise au point de l'appareil a demandé des années de travail et des capitaux importants. L'idée en était venue d'un instrument étudié pendant la guerre, pour examiner l'intérieur des cylindres courbes dans les engins de combat.

Lancé dans le commerce en 1932, le gastroscope flexible Wolf-Schindler se présente aujourd'hui comme une merveille de construction optique et matérielle. Entre le prisme objectif et le prisme oculaire, s'interpose sur une distance de 68 cm. un système de 23 paires de lentilles à court foyer qui permet une angulation de trente degrés de tous côtés sans déformation des images. De plus, le cône de lumière dont le sommet frappe l'objectif possède, dans le dernier modèle, une ouverture de 85 degrés faisant voir ainsi de très grandes superficies sans déplacement.

En conséquence de ces énormes progrès, la gastroscopie ne se classe plus dans les examens d'exception. Elle exige certes un apprentissage rigoureux; mais les craintes d'une maladresse technique concernent davantage l'appareil que le malade.

Quant aux renseignements obtenus, leur valeur dépendra du sens d'observation et d'interprétation de l'opérateur. Ce côté personnel, subjectif, n'a pas échappé à la critique; mais, comme dit Schindler, on pourrait adresser le même reproche aux autres modalités endoscopiques relatives à l'œsophage, aux bronches, à la vessie, au rectum, dont personne de nos jours n'oserait médire.

Dans le but de rendre l'endoscopie stomacale objective et documentaire, des expérimentateurs ont essayé, par tous les moyens, de photographier les images. Certains se sont servis d'une petite chambre à huit fenêtres placée à l'extrémité distale d'une sonde molle et descendue à une profondeur arbitraire. Un courant survolté fait fondre le filament de la lampe qui donne pendant une fraction de seconde une luminosité assez forte pour impressionner le film et fournir quatre couples stéréoscopiques. Pris en instantané, les clichés sont passablement nets; mais on ne sait jamais avec certitude quels segments ils représentent.

D'autres chercheurs ont voulu photographier ce que l'œil perçoit avec le gastroscope; mais alors les lentilles filtrent et absorbent tant de lumière qu'il faut prolonger le temps de pose. Les clichés se ressentent de la durée d'une exposition pendant laquelle les mouvements autonomes de l'estomac ont toutes chances de se produire.

Une plus grave objection se dresse contre l'une et l'autre technique: en dépit des émulsions les plus sensibles, la photographie s'avère impropre à rendre les nuances rouges, jaunes, orangées, si nécessaires à l'établissement du diagnostic dans la majorité des cas.

La gastroscopie a provoqué envers la pathologie de l'estomac un renouveau d'intérêt qu'on n'avait pas connu depuis l'avènement de la radiologie. Il importe de souligner que la gastroscopie et le radiodiagnostic ne sont pas des procédés concurrents. L'un ne supplante pas l'autre, ne fait pas double emploi, mais le complète. Si les renseignements s'équivalent en importance, ils ne se superposent pas.

A l'appui de cette assertion, citons le fait que les rayons X montrent presque toujours les ulcères duodénaux et prépyloriques, lesquels restent impossibles à mettre en évidence par le gastroscope; par contre, les ulcérations même superficielles et de petites dimensions qui siègent sur la muqueuse du corps de l'estomac, échappent rarement à l'endoscopiste, faute qui arrive parfois au radiologiste. Selon Schindler, chacune des deux méthodes employée isolément peut ne pas faire voir un ulcère gastrique quels qu'en soient le volume et la situation; mais l'erreur n'a pour ainsi dire jamais lieu si l'on combine la radio et la gastroscopie.

Un autre exemple de l'avantage d'une pareille union se rapporte encore à l'ulcus du bulbe duodénal. Nous avons dit que les rayons X font presque toujours le diagnostic de la lésion et c'est exact; mais on pratiquera néanmoins la gastroscopie qui nous informera sur l'état de la muqueuse stomacale si souvent touchée en cette circonstance: notion essentielle au choix d'une thérapeutique.

Relativement au *cancer de l'estomac,* la gastroscopie en collaboration avec la radiologie aidera non seulement au diagnostic précoce, à la distinction entre un ulcère bénin et un cancer ulcéré, mais aussi à reconnaître les formes anatomo-cliniques susceptibles de bénéficier des radiations. On parviendra sans doute, ainsi, à établir des techniques radiothérapiques appropriées à chaque espèce de néoplasie stomacale. Envisagé sous cet angle nouveau, l'un des plus graves problèmes médicaux du présent peut recevoir une solution qui nous a jusqu'ici manqué.

En effet, à côté des nombreuses tentatives de rœntgen et de radiumthérapie dans le cancer de l'estomac, on compte peu de succès. Toutefois, si les guérisons n'abondent pas, certains faits favorables tendent à prouver qu'on aurait tort de perdre courage.

Bien entendu, les épithéliomas gastriques considérés dans leur ensemble sont peu radiosensibles. Comprenons par là qu'il faut des doses élevées pour vaincre leur résistance, et qu'en administrant ces fortes doses, on risque d'altérer, d'une façon incompatible avec la vie ou une bonne santé, les autres tissus baignés par le faisceau. Autrement dit, en quantité insuffisante, les rayons n'influencent pas la tumeur; en quantité excessive, ils provoquent des complications souvent pires que la maladie initiale.

Pour éviter le double écueil de donner trop ou pas assez, nous n'avions aucun critérium. La gastroscopie, en nous offrant la possibilité d'observer les moindres réactions de la muqueuse gastrique dans ses zones saines comme dans ses zones envahies, avant, pendant et après le traitement, nous apprendra peut-être un usage plus judicieux de la radiothérapie dans les diverses variétés cliniques et histologiques des tumeurs malignes de l'estomac.

Les *gastrites chroniques,* depuis le Congrès International de Gastro-entérologie, en 1935, occupent une des premières places parmi les maladies de l'appareil digestif. Pourtant, jusqu'aux travaux de Schindler en 1922, le doute avait régné sur leur existence. La classification de Hayem persistait dans les cadres de la pathologie à simple titre de souvenir ou de théorie, malgré les efforts de certains anatomopathologistes qui voyaient des lésions gastritiques dans tous les spécimens d'adultes. Par leur excès même, les prétentions des histologistes favorisaient le scepticisme et l'indifférence. L'endoscopie vint donner aux recherches une orientation logique, c'est-à-dire montrer les lésions au moment d'analyser leurs reflets cliniques.

Eh bien! même aujourd'hui, tout ce que l'on sait de solide sur les gastrites, c'est ce qu'en révèle le gastroscope.

Dans un article non encore paru et que les auteurs m'ont permis de lire, R. Schindler et Marie Ortmayer démontrent la clinique, la biochimie et la radiologie incapables de diagnostiquer la gastrite superficielle et la gastrite hyperplasique si aisément identifiées par la gastroscopie.

Donc, dans l'ordre actuel, l'unique ressource de connaître l'existence et la variété d'une gastrite, c'est l'endoscopie. Si l'on songe, par ailleurs, que cette affection s'est rencontrée dans plus de la moitié

des individus examinés à date, soit comme entité pure, soit comme associée à une autre maladie gastrique ou paragastrique, on prévoit sans peine l'avenir du gastroscope flexible.

Inspirés par Cole, Forsell, Ackerlund, Chaoul, Berg, etc., les rœntgenologistes ont tenté le diagnostic des gastrites par la radiographie du relief endostomacal à l'aide d'une mince couche opaque. Un raisonnement simple les conduisait à penser que des gros plis représentaient une hyperplasie, des plis minces, une atrophie. La gastroscopie a trop souvent pris ce concept en désaccord avec les faits, pour en soutenir l'exactitude. De patients efforts seront indispensables pour concilier avec satisfaction les données de la radiologie et de l'endoscopie. L'une et l'autre méthode rendent compte d'une morphologie que nous devons interpréter; mais, pour l'instant et dans le cas particulier des gastrites, la préséance reste à la gastroscopie, qui, donnant la vision directe des choses, ajoute la couleur à la forme et fait abstraction des hypothèses.

D'ores et déjà, on discerne par le gastroscope, et pratiquement sans le secours de la clinique ou des rayons X, trois variétés de gastrites: la gastrite superficielle, la gastrite hypertrophique et la gastrite atrophique. La différenciation n'offre pas un simple intérêt didactique: sur elle repose le pronostic et les indications du traitement.

Dans les années à venir, le radiologiste devra porter davantage son attention sur la gastrite hypertrophique comme accessible à la radiothérapie. Schindler connaît bien la sévérité et la persistance de l'affection. Jamais il ne l'a vue s'amender sauf dans un cas qu'il suivit pendant douze ans et qui fut finalement transformé par les radiations en gastrite atrophique, c'est-à-dire en un état beaucoup mieux supportable.

Dans l'étude des *estomacs opérés,* la radiologie a reçu de la part de l'endoscopie une assistance également précieuse. On sait la grande proportion des gastro-entérostomisés qui se plaignent de douleurs et de dyspepsie. Dans la plupart des cas, on invite le radiologue à la recherche d'un ulcus peptique jéjunal et à l'étude de la perméabilité de la néo-bouche. La partie de l'examen regardant la fonction ne comporte guère de difficulté; mais la complexité des images commande la plus grande circonspection quand on doit opiner pour ou contre un ulcère post-opératoire sur l'intestin grêle.

La gastroscopie non plus ne décèle pas toujours une ulcération éventuelle à travers la bouche anastomotique; mais elle renseigne admirablement sur l'état de la muqueuse en amont. Schindler le pre-



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.

Elixir-Ducro

TONIQUE RECONSTITUTIF PAR EXCELLENCE

L'ELIXIR DUCRO s'adresse particulièrement aux malades affaiblis et sans appétit.

Son goût très agréable (dû aux écorces d'oranges amères) le fait toujours accepter, quelle que soit la répugnance pour les aliments. Il est facilement digéré par les estomacs les plus rebelles. Il procure, dès l'absorption, une sensation de bien-être qui redonne courage et confiance au malade.

IL EST PRESCRIT:

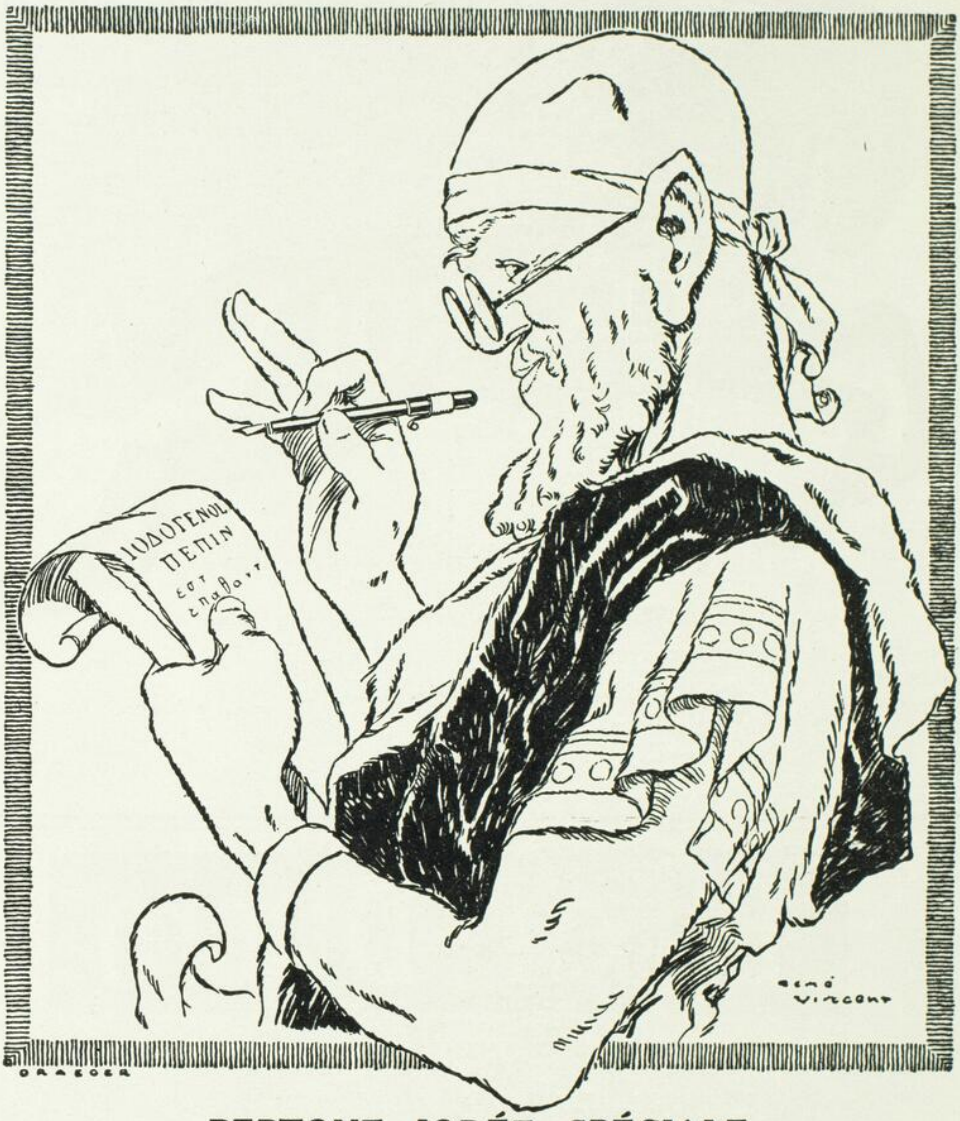
Dans l'ASTHENIE, l'anorexie, les convalescences, à la dose d'une cuillerée à soupe avant ou après les repas, selon les cas;

Dans la GRIPPE et la PNEUMONIE, où il remplace avantageusement la potion de Todd.

Son emploi peut accompagner le traitement médical institué pour chaque cas.

DURIEZ, Successeur de Ducro & Cie

Dépôt Général pour le Canada: ROUGIER FRERES, à MONTREAL.



PEPTONE IODÉE SPÉCIALE

LA PLUS RICHE EN IODE ORGANIQUE, ASSIMILABLE, UTILISABLE

Iodogénol Pépin

GOÛT AGRÉABLE

TOUTES LES INDICATIONS DE L'IODE ET DES IODURES MÉTALLIQUES

TOLÉRANCE PARFAITE

Bien supérieur aux Sirops et Vins Iodés ou Iodotanniques.

PRESCRIRE

AUX ENFANTS : 10 à 30 gouttes par jour. — AUX ADULTES : 40 à 60 gouttes par jour.

Échantillons sur demande à MM. les Docteurs.

Laboratoires PÉPIN & LEBOUCQ, COURBEVOIE — PARIS

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

mier a décrit la gastrite consécutive aux opérations sur l'estomac. Il a surtout observé cette complication quand l'orifice chirurgical ne se contractait point avec un rythme similaire à celui du pylore. Supprimer l'anastomose suffit d'habitude à faire disparaître les lésions muqueuses et les malaises.

Dans un certain pourcentage des cas, l'étendue de la gastrite est telle qu'on a le droit de supposer sa pré-existence à l'intervention. D'où la question suivante: hormis urgence, ne doit-on pas s'abstenir d'opérer sur un estomac présentant de la gastrite, comme on doit suspendre l'ablation d'un appendice chroniquement infecté quand coexiste une typhlo-côlite? Ce à quoi Schindler répond par l'affirmative. En conséquence, quand la radiologie a mis à jour un ulcère gastrique ou duodénal, il convient, sous peine de déboires ultérieurs, de ne pas laisser pratiquer une résection ou une dérivation sans inspecter la muqueuse de l'estomac.

Il découle de notre brève revue que si la radiologie et la gastroscopie allient leurs forces au lieu de travailler séparément, nous devons espérer de rapides progrès dans le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac.

Reste à savoir si le radiologiste doit opérer lui-même la gastroscopie.

A l'époque des gastroscopes rigides droits ou coudés, l'introduction de l'instrument situait la méthode dans l'ordre de gravité de la bronchoscopie et de l'œsophagoscopie. Avec le gastroscope flexible, les dangers, avons-nous dit, ne sont plus pour le malade mais pour l'appareil, à la fois coûteux et fragile. Il s'ensuit que, sans sortir des cadres de sa spécialité et *comme tout autre médecin,* le radiologiste peut acquérir assez vite la compétence voulue et pratiquer la gastroscopie avec la double ambition d'aiguiser son sens radiodiagnostique et de perfectionner les traitements par radiations.

Quiconque verrait dans cette idée un attentat aux privilèges de ceux qui réclament l'exclusivité de l'endoscopie, ferait bien de s'inquiéter aussi de la situation précaire du rœntgenologiste qui assiste impassible au morcellement graduel de sa spécialité. Malgré tout ce qu'il a sur le cœur, le spécialiste en rayons X aurait mauvaise grâce désormais de faire griefs aux cardiologues, phtisiologues, urologues, orthopédistes, de radiographier eux-mêmes leurs malades. Ils ont appris la manipulation des appareils standardisés et se sont exercés à la lecture des clichés. Beaucoup de praticiens généraux pos-

sèdent des postes à rayons X et donnent à leurs patients l'illusion d'un examen complet, sans qu'on puisse protester: c'est leur droit légal.

Une seule planche de salut reste au radiologiste de carrière: augmenter la valeur de son opinion médicale dans les domaines que sa formation toute particulière lui ouvre. La gastroscopie nous préoccupe personnellement à nul autre point de vue que des recherches en rapport avec la radiologie.

A tout événement, ceux qui se passionnent pour la gastro-entérologie, sous un titre ou sous un autre, rendront hommage à Schindler qui leur a donné la facilité de pénétrer sans traumatisme dans les profondeurs de l'abdomen et de promener leurs regards sur l'intérieur des estomacs vivants. Quinze ans de travail se trouvent condensés dans la seconde édition complètement refondue du traité sur *La Gastroscopie* que nous avons eu l'honneur de consulter avant son envoi aux presses de l'Université de Chicago.

Sur l'un des plus hauts gratte-ciel de cette ville se dresse le *Phare Lindberg,* dont le pouvoir éclairant s'évalue à deux milliards de bougies. Du coucher du soleil à la pointe du jour, la lumière tournoie sans relâche pour la sauvegarde des aviateurs filant dans la nuit. Le donateur a voulu perpétuer la mémoire « du pionnier qui a risqué sa vie pour attester la maîtrise de l'homme sur la nature ».

De même la petite lampe au bout du gastroscope flexible excite notre admiration et notre reconnaissance pour cet autre précurseur qui, par son existence de labeur et son esprit étincelant, a réussi à dissiper des mystères devant lesquels quarante siècles de médecine s'étaient arrêtés.

FORMULAIRE

SÉDATIFS CHEZ LES CARDIAQUES

I. a) Vagotoniques:

Génatropine:
2 à 4 comprimés par jour ou
20 à 30 gouttes par jour.

Teinture de Belladone:
15 gouttes 3 fois par jour.

Pilules de Méglin:
Extrait de valériane } ââ, 0 gr. 05
Extrait de jusquiame } ââ, 0 gr. 05
Oxyde de zinc } ââ, 0 gr. 05
2 ou 3 fois par jour.

Bleu de méthylène: 0 gr. 10 à 0 gr. 15
2 à 3 pilules par jour.

Ephédrine: 0 gr. 02 à 0 gr. 03
2 à 3 pilules par jour (pour calmer une dyspnée angoissante greffée ou non sur une insuffisance cardiaque).

b) Sympathicotoniques:

Yohimbine (vaso-dilatateur) pilules de 0 gr. 005
3 ou 4 fois par jour (avec prudence).

Tartrate d'ergotamine (gynergène):
0 gr. 0005 à 0 gr. 001 per os ou
20 à 30 gouttes en solution à 0.05%
2 fois par jour.

Gardénal: 0 gr. 01 — 5 à 8 fois par jour.

Quinine:
Bromhydrate de quinine . . . . . 0 gr. 10
Extrait de crataegus ou poudre de digitale . 0 gr. 05
Gardénal ou extrait d'opium ou chlorhydrate de papavérine . . . . . 0 gr. 01
Sig.: 2 à 3 pilules par jour, par périodes de 5 jours, suivies de 5 jours sans médication.

Génésérine:
2 à 4 granules par jour ou
20 à 30 gouttes par jour.

II. Pour calmer le vague et le sympathique: Opium.

Contre les extra-systoles rebelles:
Phosphate de codéine 0 gr. 01
2 ou 3 pilules par jour.

Contre les crises asthmatiformes:
Chlorhydrate de papavérine 0 gr. 06 à 0 gr. 08 par jour.

Morphine (calme la tachycardie paroxystique, la dyspnée et l'asphyxie de l'asystolie).

(D'après Laubry) Rodrigue LEFEBVRE.

REVUE DES LIVRES

La chirurgie du cancer du poumon, par O. LAMBRET, H. MALATRAY, J. DRIESSENS.

Le professeur Lambret et ses collaborateurs, H. Malatray et J. Driessens, nous exposent dans ce très bel ouvrage les procédés de diagnostic, les formes anatomo-pathologiques, de même que les indications et techniques opératoires du cancer du poumon. L'étude expérimentale de la question fait aussi l'objet d'un chapitre, ainsi que celle des résultats obtenus.

Le cancer du poumon était encore récemment considéré comme une curiosité clinique ou nécropsique. Il semble toutefois que la fréquence de cette affection augmente graduellement puisque, selon Hill, le cancer pulmonaire représente 8% de tous les cancers.

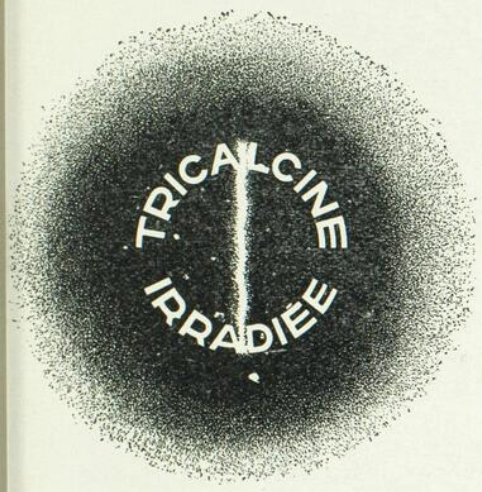
L'ablation chirurgicale de tout un lobe ou même de tout un poumon, constitue la seule thérapeutique à opposer à cette maladie: la radiothérapie et la curiethérapie sont impuissantes à guérir ces malades.

Le diagnostic sera basé sur les données cliniques, radiologiques et bronchoscopiques. Au point de vue clinique, il n'existe aucun signe pathognomonique permettant par lui seul de conduire sur le chemin du diagnostic. Les A. analysent: 1° les signes fonctionnels (douleur thoracique, dyspnée, toux, expectoration et hémoptysie) ; 2° les signes généraux (amaigrissement, asthénie, fièvre, etc.) ; 3° les signes physiques, selon qu'il s'agit de cancers à forme circonscrite, pleurétique, massive ou médiastino-pulmonaire. Dans la majorité des cas, ces symptômes cliniques sont frustes et insuffisants pour poser le diagnostic.

L'emploi systématique des rayons X est indispensable à l'examen complet d'une pneumopathie chronique qui tarde à faire sa preuve. La radiographie nous fait voir la topographie et surtout l'étendue du mal, grâce aux clichés pris sous diverses incidences, et aussi grâce à la bronchographie. Quant à la bronchoscopie, elle est, selon Churchill, un « auxiliaire indispensable de l'opérateur, car elle fixe le siège exact de la tumeur... » ; elle permet en plus l'ablation d'un fragment de tissu suspect pour analyse histologique. Ces divers procédés nous renseignent non seulement sur la présence d'un néoplasme, mais aussi sur son opérabilité.

La classification macroscopique des cancers pulmonaires faite par René Huguenin comprend six types anatomo-cliniques: circonscrit, lobaire, massif, pleural, médiastino-pulmonaire et nodulaire. Au point de vue chirurgical, Rabin et Neuhof ont groupé les cancers pulmonaires en deux catégories: 1° cancers à forme circonscrite, et 2° à forme non circonscrite ou infiltrante. Dans la première, la néoformation sera développée dans le tissu pulmonaire

CACHETS GRANULÉS



TRICALCINE IRRADIÉE

DOSÉE A ½ MILLIGRAMME D'ERGOSTÉRINE IRRADIÉE PAR CACHET OU PAR CUILLER A CAFÉ DE GRANULÉS

VITAMINE D
SELS DE CALCIUM

RECONSTITUANT GÉNÉRAL

TROUBLES DE CROISSANCE
DÉBILITÉ—CARENCE
DÉMINÉRALISATION
RACHITISME

LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA
21, RUE CHAPTAL PARIS IXe

TRICALCINE
LA PLUS ANCIENNE SPÉCIALITÉ RECALCIFIANTE

Représentants exclusifs pour le Canada: **HERDT & CHARTON, Inc.**, 2027, McGill College Ave, Montréal.

Tout Déprimé
» Surmené

Tout Cérébral
» Intellectuel

Tout Convalescent
» Neurasthénique



est justiciable de la :

NEVROSTHENINE FREYSSINGE

6, Rue Abel
PARIS (12e)

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes). XV à XX gouttes à chaque repas. - ***Ni sucre, ni alcool.***

CHLORAMINE FREYSSINGE
Pglut. titrées à 0.05 - 1 à 3 à chaq. repas - 6, R. Abel, Paris
DÉSINFECTION INTESTINALE PORTEURS DE GERMES

CAPSULES DARTOIS
0,05 Créosote titrée en Gaïacol. 1 à 3 à chaque repas.
CATARRHES et BRONCHITES CHRONIQUES, 6, R. Abel, Paris

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

Une formule nouvelle

PHOSPHO-STRYCHNAL

groupe en un seul produit

La médication strychnique
La médication phosphorée
La médication polyphosphatée

Gouttes 20 à 40 par jour.

Asthénie - Anorexie - Convalescence

Laboratoires Longuet
Paris

J. Eddé Limitée, Agent Général
Montréal

Une Médication fidèle

OCREINE GREMY

Principe actif du Corps jaune de l'ovaire

Traitement des troubles menstruels par insuffisance ovarienne

2 à 5 Pilules

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

Laboratoires Gremy
Paris

J. Eddé Limitée, Agent Général
Montréal

PEPTONATE DE FER ROBIN

GOUTTES VIN ELIXIR

ANÉMIE - CHLOROSE DÉBILITÉ

R.C. 221839

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

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

même soit en profondeur ou en surface; dans la seconde le néoplasme intéressera les bronches, soit les bronches-souches, ou les bronches du 2e et 3e ordre. Les cancers à forme circonscrite représentent les cas les plus favorables à l'intervention chirurgicale, les autres seraient, dans l'ensemble, d'opérabilité discutable à cause de l'envahissement périphérique et aussi des adénopathies précoces qu'ils déterminent.

Les indications opératoires sont basées: 1° sur la lésion même, et 2° sur le sujet qui en est porteur. C'est pourquoi on peut opérer: 1° les cancers reconnus à la radiographie comme peu étendus et parfaitement circonscrits; 2° les cancers à forme nettement lobaire, et 3° les cancers relativement circonscrits dans lesquels le pneumothorax a été possible. Cependant l'appréciation seule de l'état anatomique de la lésion ne résoud pas par elle-même tout le problème de l'opérabilité: l'âge, la déficience cardio-vasculaire, l'amaigrissement progressif, et surtout la température élevée, seront autant de signes généraux contre-indiquant l'intervention. De plus les cancers avec adénopathies extra-pulmonaires, ou avec épanchement pleural, ou encore à forme massive paraissant avoir envahi le médiastin, ne devront pas être soumis à l'opération. La lobectomie ou la pneumectomie sont des opérations difficiles à supporter; c'est pourquoi le bilan de la résistance du futur opéré doit être soigneusement établi. Les A. résument les études expérimentales faites sur ce sujet. Ces recherches ont porté sur trois problèmes, à savoir: physiologique, anatomique et enfin le problème des suites opératoires. Au point de vue physiologique, le collapse pulmonaire brusque a été l'objet d'étude particulière: tel accident sera évité soit par un pneumothorax lent et progressif, ou mieux encore par l'emploi de l'anesthésie sous hyperpression pulmonaire: la baronarcose. Du côté anatomique l'expérimentation animale n'a pas été d'un grand secours précisément à cause des dissemblances anatomiques des pédicules pulmonaires chez l'homme et les animaux; du chien en particulier. C'est pourquoi le traitement du pédicule pulmonaire après exérèse soit d'un lobe ou d'un poumon entier a été le sujet plutôt d'expérimentation humaine.

Les suites post-opératoires comportent deux parties: d'abord les effets physiologiques immédiats portant sur la circulation, le système nerveux et l'équilibre physico-chimique au sujet; en second lieu l'évolution anatomique de la cavité restante.

Le chapitre V est consacré à la technique opératoire de la pneumectomie partielle et totale. Les A. décrivent minutieusement: anesthésie, voie d'abord, libération de la tumeur selon que le lobe du poumon est libre ou adhérent, ligature et le traitement du pédicule, et le drainage.

Les complications seront immédiates, médiates et tardives: les premières seront l'hémorragie, la syncope cardiaque, le choc opératoire, le déplacement brutal du médiastin; les secondes seront essentiellement d'origine pleurale: épanchement, emphysème médiastinal, fistule bronchique, pneumothorax à soupape, œdème aigu du poumon sain restant; les complications tardives seront: pneumonie ou broncho-pneumonie du poumon restant, la péricardite purulente, l'abcès sous-phrénique, médiastinite et l'hémorragie secondaire.

58 observations de cancers broncho-pulmonaires traités chirurgicalement ont été recueillies dans la littérature avec 25 guérisons, soit: 43% et 12 morts, soit: 20.7%.

« La pneumectomie totale fournit des résultats éloignés bien meilleurs que la pneumectomie partielle, et ceci au prix d'une gravité opératoire très légèrement supérieure. »

Ce petit traité, par la clarté de son exposé et par sa concision, constitue dans son ensemble une contribution appréciable à l'étude et au traitement du cancer du poumon.

Georges DESHAIES.

LIVRES REÇUS EN SEPTEMBRE 1936

La chirurgie du cancer du poumon, par O. LAMBERT, H. MALATRAY, J. DRIESSENS. Volume de 195 pages. En vente chez Masson & Cie, 120 Blvd St-Germain, Paris.

Clinical Concept of Tuberculosis, par Dr R. PLA Y ARMENGOL, directeur de « Instituto Ravetllat-Pla », Barcelona. Brochure de 52 pages.

Enfermedades de las arterias, par Dr José Pedro MIGLIARO, Montevideo. Tomes 1 et 2, 705 pages.

Boletim (supplemento do) No 3, da Secretaria Geral de Saude e Assistencia, Rio de Janeiro, 15 de Abril, 1936. Endoscopia em Laryngologia, 370 pages.

En vente à la Maison J. Eddé, Limitée, New Birks Building, Montréal.



"Comment t'y prends-tu pour inviter ainsi les baisers, ma chère?"
"C'est facile, je fume toujours des Sweet Caporals!"

CIGARETTES SWEET CAPORAL

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



Bronchites

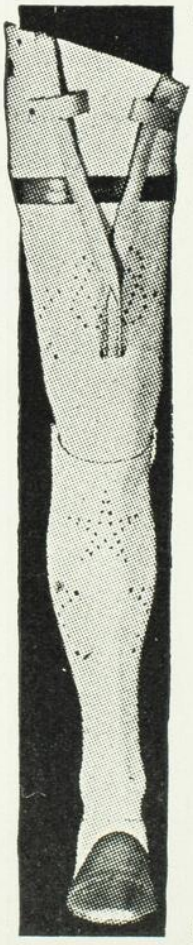
« Eliminé par les Bronches, « le "Lacto-Créosote Famel" « détermine un processus inflam- « matoire similé, qui fait réagir cet « organe contre le catarrhe chronique. »
FERRAND.

MATIN, MIDI et SOIR
une cuillerée à soupe de

SIROP FAMEL

Echantillons gratuits sur simple demande adressée à
P. FAMEL, Fabricants de Produits Pharmaceutiques, PARIS (20e), 20-22, Rue des Orteaux

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



Dernière Création de la Prothèse

Prodige de la mécanique moderne.

Une jambe artificielle en métal, presque **"naturelle"** grâce à son articulation sur billes du genou et de la cheville. Plus solide et plus légère que les appareils de prothèse en bois, fibre ou cuir.

Cuissard et molletière parfaitement moulés — Pièces de rechange uniformes — Pas de rivets criards — Forme gracieuse; *fini spécial qui élimine la peinture et protège le métal.*

DUCKETT

La merveilleuse invention dont la jambe illustrée ci-contre est la résultante, a étonné des fabricants de membres artificiels du monde entier.

Cet appareil vaut d'être examiné par les chirurgiens qui s'intéressent au sort de leur patient après l'opération et désirent procurer à l'amputé tout le confort et la capacité possibles avec un appareil.

J. A. DUCKETT

Membres Artificiels, Appareils Orthopédiques, Bandes Herniaires, Ceintures Abdominales, etc.

2014, RUE BLEURY, angle Ontario
MONTREAL **Téléphone HArbour 0630**

ANALYSES

MÉDECINE

Ian J. WOOD, M.D., M.R.C.P. — **Traitement de l'hémorragie.** « British Medical Journal », juillet 1936 (Treatment of hæmorrhage).

L'auteur étudie les modifications cliniques et biochimiques associées à des états post-hémorragiques, et les effets de la transfusion de sang ou de sérum salé glucosé.

Le volume total du sang chez un homme de 64 kilos étant de 6 litres, des hémorragies de 500 à 1000 cc sont rapidement compensées, mais si plus de la moitié du volume sanguin est perdu la récupération est plus lente particulièrement chez le patient qui ne prend que peu de liquide par la bouche.

Le dosage de l'hémoglobine plus que la mesure de la pression artérielle ou la rapidité du pouls permet d'apprécier le degré d'anémie.

Comme conséquence de l'abaissement du taux de l'hémoglobine et d'une circulation vicieuse chaque organe souffre d'une déficience d'oxygène qui n'est pas toujours compensée par les réserves de l'organisme.

Le manque d'oxygène, les troubles circulatoires, le déséquilibre des protéines du plasma sont responsables des œdèmes à la période terminale dans divers organes en particulier dans les poumons.

En même temps que le volume sanguin s'abaisse le taux de l'urée dans le sang s'élève pour revenir lentement à la normale au fur et à mesure que l'anoxémie, la mauvaise circulation et les troubles rénaux s'améliorent.

Pour expliquer ce phénomène l'auteur prétend que la chute de la P. A. provoque une diminution de l'excrétion rénale allant jusqu'à l'anurie si la P. A. devient inférieure à 40 mm, conséquence d'une pression insuffisante pour forcer les liquides à travers les glomérules dans la capsule de Bowman. Après quelques heures, grâce à une vaso-constriction étendue la P. A. augmente. Si les capillaires glomérulaires ou les artères afférentes et les artérioles prennent une part excessive à cette constriction le pouvoir du rein est épuisé et l'urée sanguine augmente. L'anoxémie contribue à accentuer ce trouble. Bien que 97% de l'eau excrétée par les glomérules soit réabsorbée par les tissus, seulement 30% de l'urée retourne dans la circulation. La fonction des cellules étant modifiée par le manque d'oxygène leur pouvoir d'absorption sélective est également modifié et un excès d'urée passe dans le sang. Les patients observés quelques heures après une hémorragie ont présenté des taux d'urée variant de 60 à 140 mgrs pour cent. De même une ascension brusque de l'urée fait craindre une nouvelle hémorragie.

Au point de vue thérapeutique il faut tenir compte de la gravité et de la rapidité de l'hémorragie de même que de ses conséquences possibles si un traitement approprié n'est pas appliqué.

Dans les hémorragies rapides l'auteur distingue trois phases:

1° Anémie moyenne. Hémoglobine à 50-60%. Recouvrement lent mais progressif.

2° Anémie critique. Hémoglobine à 35-50%. Troubles fonctionnels graves. Tendance à la guérison s'il ne survient pas d'autre hémorragie.

3° Phase terminale de l'anémie. Hémoglobine inférieure à 35%. Impossibilité de récupération sans thérapeutique efficace. Celle-ci peut même faire défaut.

La durée de ces trois phases est variable. Il y a lieu cependant de remonter le plus tôt possible le volume sanguin à son taux initial car une hémoglobine à 35% est un danger sérieux pour le patient qui succombe presque toujours s'il survient une nouvelle hémorragie.

Au début l'auteur explique que tous ses patients des groupes 2 et 3 et quelques-uns du groupe 1 reçurent de grandes quantités de sérum salé glucosé en injection intra-veineuse par la méthode des gouttes continues au rythme de 4 à 5 onces à l'heure pendant un à trois jours.

Avec ce traitement les patients voient leur soif diminuer et leur langue devenir moins parcheminée. L'injection de glucose et de chlorure de sodium n'a pas cependant le même effet que l'injection de sang. Les patients restent agités et confus, leur hémoglobine augmente peu et lentement, leur taux d'urée demeure élevé pendant plusieurs jours et ne baisse que graduellement. De plus la tendance aux nouvelles hémorragies reste marquée.

L'injection de sang citraté au rythme de 90 à 150 cc à l'heure fait monter l'hémoglobine à 70% en 12-24 heures. Il se produit également des changements radicaux chez le patient; son teint devient rose, il recouvre sa lucidité, voit son pouls s'améliorer et sa P. A. atteindre presque la normale. En même temps il se produit une chute du taux de l'urée sanguine et le patient est rapidement en état de subir une intervention chirurgicale si nécessaire.

Dans les cas d'hémorragie lente, à symptomatologie moins dramatique la même thérapeutique donne d'excellents résultats et protège le patient s'il se produit une nouvelle hémorragie.

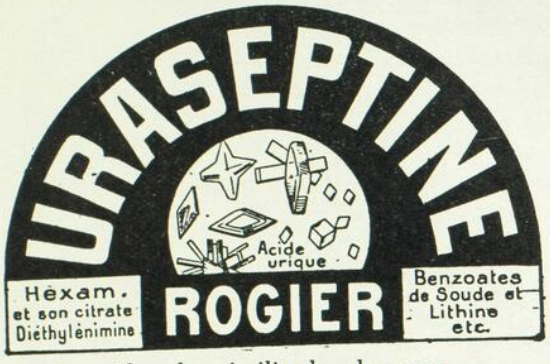
L'auteur complète ce travail par la publication d'histoires de cas et de graphiques qui justifient ses prétentions.

A. BERTRAND.

J. CASTAIGNE. — **L'hyperazotémie camouflée au cours des néphrites chroniques urémigènes et hypertensives.** « Le Journal médical français », mai 1936.

Il existe des cas de néphrites chroniques urémigènes avec dépuration urinaire bien compensée. Ce sont ceux où la destruction progressive des reins par la néphrite interstitielle reste longtemps latente; cette latence s'explique par le fait que les substances toxiques, en circulation dans l'organisme, n'y sont pas d'emblée en quantité suffisante pour susciter des accidents irrémédiables et que l'organisme a le temps d'organiser des procédés de défense en suppléant, par d'autres systèmes organiques, à l'élimination rénale défectueuse. Quand ces systèmes extra-rénaux deviennent à leur tour insuffisants, les accidents urémiques apparaissent très rapidement. C'est pourquoi certains malades, bien que porteurs de lésions diffuses de néphrites interstitielles, peuvent ne présenter aucun symptôme d'urémie, à condition de mener une existence bien équilibrée. Cependant ils deviendront facilement hyperazoté-

ANTISEPTIQUE URINAIRE ET BILIAIRE par excellence



Se méfier des similitudes de noms

Diathèse Urique
Arthritisme

dissout et chasse l'acide urique

GRANULE entièrement soluble dans l'eau 0.60 centigr. de matière active par cuillerée à café

DOSE: 2 à 6 cuillerées à café par jour.

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

INDICATIONS: Pyélites — Pyélo-néphrites — Bactériuries — Cystites — Prostatites — Urétrites — Pyuries — Blennorrhagies — Abcès urineux — Phosphaturie — Catarrhe de la Vessie — Goutte — Gravelle — Coliques hépatiques et néphrétiques — Rhumatismes — Calculs — Sables, etc., etc.

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

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

LACTOLAXINE FYDAU

COMPRIMÉS LAXATIFS DÉCONGESTIFS, CHOLAGOGUES
à base de Lactose, Sels biliaires, Phénol-phtaléine, Agar-agar.

Traitement Biologique
DE LA CONSTIPATION, DE L'ENTÉRITE
DES AFFECTIONS DU FOIE
ANTISEPSIE GASTRO-INTESTINALE

DOSE : 1 à 3 Comprimés le soir au Coucher.

LABORATOIRES BIOLOGIQUES ANDRÉ PÂRIS

Pharmacien de 1re Classe, Ancien Interne et Chef de Laboratoire des Hôpitaux de Paris. Membre de la Société chimique de France.

4, Rue de La Motte-Picquet, PARIS (France).
Echantillons et Dépôt Général : **ROUGIER Frères, Montréal.**



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

A VOTRE DISPOSITION

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

BANQUE CANADIENNE NATIONALE

Toutes opérations de banque et de placement

553 bureaux au Canada

Filiale à Paris

Banque Canadienne Nationale (France)

37, rue de Caumartin

miques dès qu'une influence interne ou externe viendra perturber cet équilibre. L'hyperazotémie camouflée, « en puissance » dans le premier cas, deviendra manifeste dans le second.

Le syndrome clinique des malades atteints de néphrites chroniques urémigènes avec hyperazotémie camouflée se caractérise par

a) Des symptômes urinaires:

Polyurie (atteignant 3 litres et plus).

Pollakiurie.

Nycturie constante.

Densité des urines des 24 heures toujours très faible (au-dessous de 101°) avec paridensité basse.

Concentration maxima toujours très inférieure à la normale (10 ou 15 au plus, au lieu de 50).

Elimination du bleu de méthylène retardée au début, le dosage du bleu éliminé en 24 heures restant normal. Coloration très peu intense de chaque émission.

P S P nettement inférieur à la normale.

Albuminurie non constante, qui s'accompagne souvent d'hématurie.

b) Des symptômes cardio-artériels:

Hypertension artérielle toujours très marquée, accompagnée de troubles vaso-moteurs (céphalées, vertiges, troubles de la vue, bourdonnements d'oreille, phénomène du doigt mort) et fréquemment compliquée d'hémorragies et de crises paroxystiques avec phénomènes nerveux (amaurose, aphasie, vomissements cérébraux, hémiplégies à éclipses).

Hypertrophie considérable, avec choc en dôme, bruit de galop, mais sans signe d'insuffisance cardiaque.

Comme l'hyperazotémie est camouflée, il est facile de la faire apparaître. C'est ainsi que l'épreuve conseillée pour l'étude de la concentration maxima occasionne un relèvement, à un ou même à deux grammes, de l'urée qui était normale auparavant; de même, en faisant baisser la diurèse par une restriction des liquides ou par des bains chauds, on provoque facilement l'augmentation de l'azotémie; même résultat si on augmente la quantité d'azote de l'alimentation. Spontanément aussi, l'urée sanguine s'élève à la suite d'un écart de régime ou d'une restriction de la diurèse par les chaleurs de l'été, par une maladie fébrile, même légère.

Cette facilité d'apparition de l'hyperazotémie permettra d'étiqueter les hypertendus permanents qui se présenteront à nous sans avoir un excès d'urée sanguine. Les uns auront une bonne concentration de l'urée urinaire et leur urée sanguine restera à peu près fixe, malgré la diminution de la diurèse et l'augmentation des aliments azotés: ce sont les hypertendus sans néphrite chronique. Les autres auront une azotémie camouflée, i.e. que le moindre facteur faisant baisser la diurèse ou augmenter l'azote en circulation dans l'organisme, provoquera une hyperazotémie marquée: ceux-ci présenteront seuls la forme hypertensive de la néphrite chronique urémigène.

Cette forme particulière de néphrite chronique urémigène évolue vers la mort par accidents artériels le plus souvent (hémorragie cérébrale ou méningée, angine de poitrine, etc.) ou par urémie, ce qui est plus rare.

Rodrigue LEFEBVRE.

Paul BAUFLE. — **La posologie en médecine.** « La Clinique », No 267; pp. 173-176, juin 1936.

Voici un excellent mémoire de posologie. L'auteur invite sagement le lecteur à réfléchir lorsqu'il prescrit et à se demander si la dose qu'il ordonne est raisonnable. Il met en garde contre les doses classiques, et, avec de nombreux exemples à l'appui, il met en valeur l'opportunité des très petites doses ou des très fortes doses, selon les cas. A l'appui des petites doses il rappelle que la dose classique d'une cuiller à soupe d'huile de ricin est souvent un peu forte attendu que l'on peut obtenir les mêmes effets et que l'on évite ses inconvénients en prescrivant cette huile à une dose trois fois moindre. Inversement, la dose classique du sulfate d'atropine est d'un quart de milligramme, mais on sait que dans certains états, — le parkinsonisme post-encéphalitique, par exemple, — cette dose a pu être centuplée dans le plus grand intérêt du malade et du médecin. Il en est de même de la plupart des médicaments, notamment de l'ouabaïne, des bromures, de l'opium, du gardénal, etc.

L'auteur attire également l'attention sur l'avantage qu'il y a d'administrer les médicaments à doses aussi fractionnées que possible, de préférence par voie buccale afin d'éviter les accidents d'intolérance et d'intoxication. En définitive, il est manifeste que la posologie ne s'apprend pas dans les traités mais auprès du malade et à la suite d'essais et de tâtonnements dont il ne faut pas rougir. En somme, administrer un médicament, c'est faire une expérience de physiologie et les temps de cette expérience varieront avec les individus. Le praticien vraiment éclairé recherche l'effet bienfaisant et sa thérapeutique devra varier tant que cet effet ne sera pas obtenu. Pour y parvenir il se rappellera qu'il n'existe pas de doses fixes mais que dans tel cas une petite dose devra être donnée tandis que dans tel autre il devra avoir recours aux doses fortes. S'il a la prudence de fractionner le médicament il évitera les dangers de l'expérience qu'il observe, et les risques qu'il pourra courir seront minimes en regard du soulagement qu'il procurera.

Jean SAUCIER.

R. LUTEMBACHER. — **Complications pulmonaires de la maladie de Bouillaud.** « Archives hospitalières », juin 1936.

Le processus congestif caractérise essentiellement les complications pulmonaires du rhumatisme. Mais il n'est pas exact que les formes circonscrites aux symptômes mobiles et fugaces résument toute l'histoire de la pneumopathie rhumatismale. L'auteur étudie successivement:

a) Les congestions pulmonaires circonscrites;

b) Les congestions œdémateuses suraiguës généralisées;

c) Les pneumonies rhumatismales.

La lésion est toujours d'origine vasculaire. Elle se traduit par une congestion intense des capillaires des travées alvéolaires. Ils sont turgescents au point de réduire la cavité des alvéoles pulmonaires. L'exsudat, peu abondant d'ordinaire, n'est pas fibrineux. Il contient comme éléments cellulaires des polynucléaires intacts. Au cours de la pneumonie rhumatismale, le poumon coule au fond si on le place dans l'eau. A la coupe, la lésion est homogène, c'est l'aspect de l'hépatisation grise non suppurée. Il ne s'écoule pas de sérosité à la coupe.

AMINO-SEL BYLA

Remplace le Sel

Régimes Achloruré et Déchloruré

INDICATIONS: Affections circulatoires, hépatiques — Albuminurie — Néphrites aiguës — Scarlatine.

VAGOTONINE

Hormone régulatrice du Système Organo-Végétatif
(Contrôlée et titrée physiologiquement)

Traitement de l'Hypertension Artérielle et des Déséquilibres Vago-Sympathiques.

TENEBRYL GUERBET

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

Moyen de contraste pour Urographie Intraveineuse

THÉRAPEUTIQUE ANTALGIQUE
TRAITEMENT IODÉ
RADIODIAGNOSTIC

LIPIODOL LAFAY

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

AMPOULES
CAPSULES
EMULSION
COMPRIMÉS

LABres A GUERBET & Cie
22, RUE DU LANDY
ST OUEN - PARIS

LES ÉTABLISSEMENTS BYLA, - - PARIS

LABORATOIRES A. GUERBET & CIE - PARIS

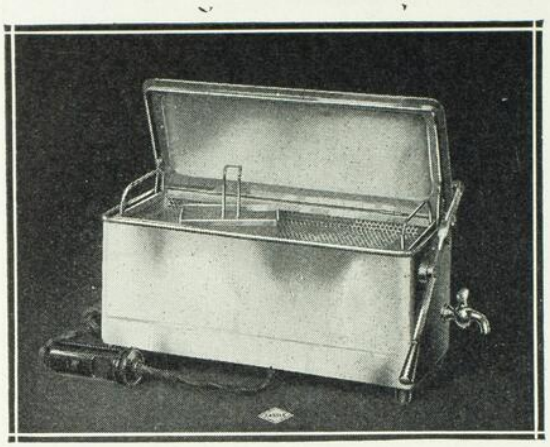
Agents pour le Canada: **VINANT Ltée,** 533, rue Bonsecours, **MONTRÉAL**

STERILISATION

EFFICACE AUTOMATIQUE ECONOMIQUE

POUR

MEDECINS ET HOPITAUX



Les Stérilisateurs CASTLE vous assurent une stérilisation parfaite sans qu'il vous soit nécessaire de les surveiller constamment.
Installez un CASTLE "Full Automatic" entièrement automatique. Ils ne sont jamais en bas du point bouillant.
Ils maintiendront le degré de stérilisation sans qu'il soit nécessaire de tourner aucune clef.
Vous ne pouvez endommager le Stérilisateur par négligence.
La bouilloire est en bronze coulé d'un seul morceau.

WILMOT CASTLE COMPANY
Rochester, N. Y.

"CASTLE"

CASGRAIN & CHARBONNEAU LIMITÉE, MONTRÉAL

Représentants Exclusifs

Permettez-nous de vous tenir au courant des améliorations apportées à la stérilisation moderne.

Appareillage à Rayons-X et d'Electricité Médicale de WESTINGHOUSE X-RAY CO. INC.

Générateurs à Thérapie Profonde 200 - 400 K. V.
Générateurs Combinés (Diagnostique - Thérapie)
Générateurs à Diagnostique (Haut Milliampérage)
Générateur à Diagnostique (Condensateurs)
Générateurs à Diagnostique pour Praticien
Tables à Rayons-X (modèles de tous genres)
Fluoroscopes verticaux. Stéréoscope
Civière Radiographique Spéciale
Appareils à Haute-Fréquence
Escamoteurs de Cassettes
Ampoules à Rayons-X
Electro-Cardiographe
Accessoires.

W Westinghouse X-Ray

Littérature descriptive gracieusement fournie

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée

Représentants Exclusifs

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

Congestions pulmonaires.

1° Formes localisées.

2° Formes latentes. Seul un examen minutieux quotidien du rhumatisant permet de les déceler. On trouve une respiration rugueuse obscure avec submatité. Les congestions latentes peuvent être le prélude de manifestations plus graves.

3° Congestions œdémateuses suraiguës. Le début de ces accidents brusques est imprévu. Très rapidement, ils acquièrent toute leur intensité. Le malade pâle devient cyanosé. L'état général est mauvais. Les poumons sont remplis de râles humides. Il peut apparaître à la bouche une écume rosée. Tout traitement est inopérant, que ce soient la saignée, les toni-cardiaques ou le salicylate de soude. Ces accidents relèvent bien d'une infection suraiguë du poumon. Ils se voient aussi bien chez les rhumatisants dont le cœur est indemne de toute lésion que chez les autres.

Pneumonie rhumatismale.

Sa symptomatologie se rapproche de celle de la pneumonie lobaire banale. Matité, souffle tubaire, râles crépitants. L'évolution, influencée souvent par le salicylate de soude, n'est pas la même. Son pronostic, grave, est encore assombri par la possibilité d'une extension congestive secondaire.

Henri GELINAS.

ENDOCRINOLOGIE

J. M. ROGOFF. — **La substance médullaire de la surrénale.** « Journ. Amer. Med. Ass., 104; No 23; pp. 2088-2093, 8 juin 1935.

La surrénale est constituée, en fait, de deux glandes endocrines respectivement, chez certains animaux inférieurs, la médullaire et la corticale sont totalement séparées l'une de l'autre. D'autre part, leur origine embryonnaire respective est différente: la corticale possède une origine mésodermique, la médullaire dérive de l'ectoderme. La médullaire, que l'on associe étroitement au système sympathique, est très richement vascularisée et elle est abondamment pourvue de fibres sympathiques. Les cellules de cette partie de la surrénale contiennent une substance qui les rendent particulièrement sensibles aux colorants chimiques, c'est pour cette raison qu'on les nomme les cellules « chromaffine » ou « chromophyles ». Cette substance qui a été isolée sous forme cristalline est l'épinéphrine ou adrénaline. C'est une amine simple dont les réactions chimiques ressemblent à celles des alcaloïdes. On ne sait pas encore exactement s'il existe une corrélation fonctionnelle entre la corticale et la médullaire, quoique certains faits aient semblé démontrer une activité synergique intensifiante de la médullaire sur la corticale.

Oliver et Schaefer ont été les premiers à observer que la médullaire contenait un produit capable d'élever la pression artérielle. Stewart et Rogoff ont pu estimer que l'épinéphrine, chez des chats, chiens et singes, est évacuée de la surrénale à la concentration de 0.00025 par minute et par kilo de poids. Cette concentration peut être augmentée par excitation des filets nerveux qui se rendent à la médullaire, ou diminuée par leur section.

L'épinéphrine n'est pas indispensable ni à la vie, ni même à la santé.

Possède-t-elle une fonction d'urgence?

A-t-elle pour mission de soutenir la pression artérielle? Est-elle intégrée au métabolisme des hydrates de carbone, devenant l'antagoniste de l'insuline du pancréas? Des expériences ont démontré qu'aucune de ces hypothèses ne pouvait être acceptée intégralement.

Les relations qui lient la surrénale aux parathyroïdes intéressent beaucoup plus la corticale que la médullaire.

A tout événement, l'épinéphrine possède une action pharmacodynamique réelle qui prend les aspects rattachables à une excitation ayant porté sur le sympathique. D'où l'on est en droit de dire que cette action est « sympathicomimétique ». L'épinéphrine exerce une action sur la zone de jonction myoneurale.

Elle n'agit pas par voie orale, par voie parentérale, elle élève la pression artérielle et produit de la vaso-constriction.

Les indications de l'épinéphrine sont nombreuses, ses applications ont été innombrables. On l'emploie dans les cas de collapsus aigu cardio-vasculaire, voie intramusculaire, intraveineuse, intracardiaque, contre les manifestations anaphylactiques ou allergiques (asthme, œdème angioneurotique, urticaire, maladie sérique) où les petites doses sont parfois plus actives.

Dans la maladie d'Addison, l'épinéphrine ne possède aucune efficacité et cela s'explique par le fait que la déficience surrénalienne n'intéresse alors que la corticale.

L'usage de l'épinéphrine associée aux anesthésiques locaux s'est montrée grandement heureuse, soit qu'elle y exerce une action synergique, soit qu'elle intensifie l'effet de l'anesthésique en produisant la vaso-constriction locale.

Parmi les nombreuses applications de l'épinéphrine qui ont été conseillées et tentées avec plus ou moins de succès, parfois même avec des ennuis, sinon des complications, citons les suivantes: hémorragie interne, syndrome de Stokes-Adams, angine de poitrine, chorée, algies zostérienne, rachitisme, vertige, hypertension oculaire, hémorroïdes (injection locale), splénomégalie (contraction de la rate avant splénectomie, comme moyen de diagnostic différentiel d'avec tumeur de la rate), ostéomalacie, ulcère gastrique, psychoses, psycho-névroses, endocrinopathies, mal de mer.

A tout événement, et pour se rappeler que l'emploi de l'épinéphrine ne constitue pas une médication véritablement endocrinienne, de substitution, mais plutôt une thérapeutique à action pharmacodynamique spéciale.

Roma AMYOT.

R. T. FRANK. — **Les hormones sexuelles dans le sang et l'urine à l'état normal et durant la maladie.** « Journal Amer. Med. Ass.; 104; 22; pp. 1991-1997; 1er juin 1935.

A Berthold revient le mérite, en 1849, par greffes de testicules sur des coqs castrés, d'avoir démontré (réapparition des caractères sexuels secondaires disparus par la castration), indirectement, le passage dans la circulation sanguine des produits de sécrétion interne.

Lowe et ses collaborateurs, l'auteur et les siens, ont décelé, 1925, simultanément et indépendamment les uns des autres, par un test spécifique, la présence d'hormones dans le sang circulant.

Dans les grandes infections aiguës la..

Septicémine

ENTRAÎNE UNE CHUTE DE TEMPÉRATURE SANS CHOC NI RÉACTION

LABORATOIRES **CORTIAL**
15, Boul. PASTEUR, **PARIS**

Dépôt général pour le Canada:

MILLET, ROUX & Cie, Limitée

1215, RUE SAINT-DENIS - - - - - MONTRÉAL



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

Par hormones sexuelles, on entend: les hormones gonadotropes bi-sexuelles de l'hypophyse antérieure; le facteur à action gonadotrope bi-sexuelle (pratiquement sans action chez les animaux hypophysectomisés) trouvé dans le sang, l'urine et le placenta; le facteur œstrogène (hormone folliculaire); l'hormone du corps jaune ou progestine; l'hormone testiculaire.

A) *Hormone gonadotrope bi-sexuelle de la pituitaire antérieure.*

1. Avant la puberté, cette hormone (stimulant le développement et le fonctionnement de l'ovaire et du testicule) se trouve en très petite quantité dans le sang et l'urine.

2. A la puberté, une plus grande quantité put être décelée, induisant l'entière activité des glandes génitales.

3. Chez la femme en santé, cette hormone varie en concentration dans le sang et l'urine selon un cycle qui se rapporte avec ceux de l'œstrus et de la menstruation (la concentration maximale se manifestant au 9e jour à partir de l'apparition de la menstruation précédente).

4. Pendant la grossesse, la concentration s'élève jusqu'à 100 - 200 fois celle trouvée chez la femme enceinte.

5. A la ménopause, le cycle sanguin et urinaire disparaît. Chez 50% des femmes, une augmentation de la concentration persiste.

6. Certaines affections fonctionnelles des appareils génitaux de la femme paraissent être la conséquence d'une perturbation dans le cycle sanguin et urinaire de l'hormone gonadotrope pré-pituitaire.

7. Chez l'homme, il ne semble pas exister de cycle pré-pituitaire dans le sang et l'urine, ni de modification de concentration correspondant à celles de la ménopause de la femme.

B) On peut recueillir du sang et de l'urine de l'homme et de la femme des hormones provenant des glandes génitales. La substance a pu être décelée dans le sang de l'homme, l'hormone testiculaire a pu être trouvée dans celui de la femme.

C) *Les hormones ovariennes.*

1. Le facteur œstrogène augmente graduellement en quantité dans le sang de la femme fertile, chaque mois, pour atteindre un sommet durant la semaine qui précède la menstruation. Il disparaît entièrement aussitôt que la menstruation commence. A la ménopause, le facteur œstrogène tend à diminuer et à disparaître dans le sang.

2. La progestine du corps jaune n'a pu être décelée dans le sang, mais elle apparaît dans l'urine durant la semaine qui précède la menstruation, atteignant un sommet de concentration durant les 5 derniers jours de la période inter-menstruelle.

Durant la grossesse, une concentration plus forte du facteur œstrogène se montre dans le sang à partir de la 8e semaine. Une quantité disproportionnellement plus grande est excrétée dans l'urine en conséquence de l'activité placentaire.

D) Les fonctions génitales de la femme s'effectuent normalement et régulièrement en autant qu'elles sont subordonnées aux cycles normaux et réguliers de l'hormone gonadotrope prépituitaire, du facteur œstrogène et de la progestine dans le sang.

Habituellement, les troubles fonctionnels génitaux de la femme sont la conséquence d'une hypo ou hyper-activité ovarienne. Ce déséquilibre ovarien

doit être mis en définitive sur le compte d'une perturbation du cycle de l'hormone gonadotrope pré-pituitaire ou encore d'un trouble de fonction de la pituitaire antérieure.

E) *L'hormone testiculaire.*

On a pu déceler cette hormone dans le sang et l'urine, cependant sans reconnaître aucun cycle défini.

Certaines tumeurs malignes des testicules s'accompagnent d'une concentration remarquable, dans le sang, de l'hormone gonadotrope de l'hypophyse antérieure.

Roma AMYOT.

PHTISIOLOGIE

S. de SEZE. — **Erythème noueux et tuberculose.** « Revue médicale française », mai 1936.

Au point de vue étiologie de l'érythème noueux, deux théories sont en cours depuis une vingtaine d'années.

Les uns disent que l'érythème noueux est une maladie infectieuse autonome. D'autres pensent qu'elle est une manifestation tuberculeuse.

En conclusion, pour reconnaître l'étiologie de cette maladie, tout nous force à croire en la tuberculose.

D'abord la clinique aidée des réactions tuberculiniques positives renforce toujours la découverte d'un foyer pulmonaire constaté au cours d'un examen radiologique. Ensuite les examens bactériologiques nous font voir la présence du bacille ou dans les sécrétions pulmonaires ou dans le sang, ou dans les nouures. Enfin selon l'expression de Landouzy, « l'érythème noueux est fonction de tuberculose.»

Paul-René ARCHAMBAULT.

NUTRITION

I. M. RABINOWITCH, J. S. FOSTER, A. F. FOWLER, A. C. CORCORAN. — **Expériences cliniques avec l'insuline-protamine-zinc et autres composés de zinc et d'insuline dans le diabète sucré.** « The Canadian Medical Association Journal », septembre 1936.

D. A. Scott, des Laboratoires Connaught de l'Université de Toronto, expérimentant sur des lapins, découvrit que le zinc ajouté à l'insuline augmentait le pouvoir hypoglycémiant de cette dernière et surtout le prolongeait.

Les auteurs partant de ces données, firent usage d'insuline-protamine danoise à laquelle on avait ajouté du zinc et qu'ils appellent insuline-protamine-zinc et ils constatèrent les mêmes effets chez les diabétiques soumis à cette nouvelle préparation.

L'addition du zinc augmente notablement la sensibilité du diabétique à l'insuline-protamine qui était déjà elle-même, beaucoup plus efficace que l'insuline ordinaire. Quelques histoires de cas illustrent bien ce fait. Elles prouvent que la sensibilité des sujets est certainement plus grande et que l'effet

MAGNOBROL

(bromure de magnésie et éther éthylique d'acide carbamanique)

Médicament sédatif agissant **rapidement** et bien supporté destiné à l'usage par la voie buccale et parentérale dans les cas de maladies suivantes:

Démangeaisons et excitation générale.

Eczémas, Prurit, Prurigo, Urticaire, Exanthèmes médicamenteux, Asthme, Rhume des foins.

A. Poudre de Magnobrol. Emballage original à 40 gr.

B. Solution de Magnobrol pour injection. Les injections sont bien supportées, sans réactions secondaires.

Emballages: 3 et 10 ampoules à 10^5 cm.c.

N. B. Dans les cas tenaces l'administration par la voie buccale peut être combinée avec des injections quotidiennes. En règle générale, un traitement de 1 à 4 jours suffit; cependant on peut administrer la poudre plus longtemps, selon l'intensité de l'effet laxatif; de même on peut répéter les injections à des intervalles de 2 à 3 jours.

Echantillons et littérature sur demande.

"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. J. Joubert LIMITÉE

hypoglycémiant de cette préparation se prolonge assez pour qu'une seule injection soit suffisante, là où il fallait deux ou trois injections journalières d'insuline commerciale ordinaire. Les auteurs obtinrent des résultats aussi satisfaisants et parfois même meilleurs en ajoutant tout simplement du zinc à de l'insuline régulière.

Quant à la toxicité du zinc, elle est absolument nulle et son accumulation dans l'organisme par suite d'un usage prolongé de l'insuline-protamine-zinc, constitue un facteur négligeable.

Les auteurs continuent leurs recherches sur le métabolisme du zinc dans les injections, domaine pratiquement inexploré. Ils ont été tellement satisfaits des résultats obtenus par l'emploi de l'insuline-protamine-zinc, que cette dernière a complètement remplacé l'insuline-protamine et l'insuline ordinaire à l'Hôpital Général de Montréal.

Gabriel LAFRESNIÈRE.

BYRON, BOWEN, ROUFA, CLINGER. — **Le diagnostic différentiel entre l'empoisonnement par les salicylates et l'acidose diabétique.**

A l'occasion de l'empoisonnement accidentel d'un petit enfant par l'acide acétyl-salicylique, on remarque que le diagnostic différentiel entre le coma diabétique et l'intoxication par l'acide salicylique est extrêmement difficile, et que d'autre part l'on ne pense pas suffisamment à cette intoxication dans l'élimination des différents comas.

Coma, dyspnée, vomissement, soif et réduction de la liqueur cuivreuse se trouvent aussi bien dans l'intoxication salicylée que dans le coma diabétique. D'autre part, la réaction violette de l'urine qui contient des dérivés salicylés peut fort bien être prise pour la réaction rouge vin que l'on trouve chez le diabétique, quand chez les deux on recherche l'acide diacétique par la réaction de Gerhardt.

Pour ceux qui peuvent le faire facilement, un examen de laboratoire est d'un grand secours: la glycémie est élevée dans l'acidose diabétique, et dans l'intoxication salicylée le chlorure ferrique donne une coloration violette au liquide céphalo-rachidien.

Lionel PATOINE.

Hugo A. FREUND et Sydney ADLER. — **Effets de l'insuline ordinaire, de l'insuline-protamine et de l'insuline cristalline sur la glycémie.** « Journal of A. M. A. », 22 août 1396.

Depuis le début de l'année de nombreux cliniciens ont confirmé les résultats obtenus par Hagedorn et ses collaborateurs avec l'insuline-protamine dans le traitement du diabète: absorption plus lente que l'insuline standard; action plus prolongée; diminution des fluctuations de la glycémie et, partant, des réactions hypoglycémiques; réduction du nombre des doses.

Certains inconvénients cependant s'opposent à la généralisation de son emploi, tel son peu de stabilité et le fait qu'il faut souvent l'employer concur-

remment à l'insuline ordinaire en en alternant les doses, ce qui est une complication pour la majorité des malades.

Les auteurs rapportent leur expérience clinique avec un nouveau produit, l'insuline cristalline, préparé par le Dr Melville Sahyum de Détroit, et qui posséderait les mêmes propriétés que l'insuline-protamine pour ce qui concerne son action sur le métabolisme hydrocarboné, mais d'une stabilité parfaite qui assure sa conservation.

Leurs conclusions sont basées sur l'observation de la courbe glycémique de quinze sujets, exécutée dans des conditions rigoureuses d'expérimentation et qui démontre bien la durée de l'action du médicament comparée à celle de l'insuline ordinaire.

Ils font également une revue des différentes théories proposées pour expliquer le mécanisme de l'action de l'insuline et celui des accidents hypoglycémiques.

Au point de vue pratique, l'insuline cristalline présenterait l'avantage de pouvoir être livrée à la consommation en une solution unique, contrairement à l'insuline-protamine, dont les deux solutions doivent être mélangées peu de temps avant l'utilisation, à cause de l'instabilité du composé.

L.-Henri GARIEPY.

NEURO-PSYCHIATRIE

Robert A. STRONG. — **La xanthomatose.** (Maladie de Schuller-Christian). « J. A. M. A », 107; no 6. pp. 422-426, août 1936.

L'auteur rapporte un nouveau cas de xanthomatose et fait une revue des principales indications bibliographiques. Les recherches personnelles de l'auteur et les leçons tirées de l'observation du cas qu'il rapporte le poussent à admettre avec Rowland que l'explication la plus plausible de cette bizarre maladie consiste dans une viciation du métabolisme des lipides, viciation qui s'accompagne d'une augmentation du cholestérol sanguin et subséquemment de dépôts graisseux dans les divers organes et tissus de l'organisme de même qu'au niveau du système réticulo-endothélial. Les traumatismes locaux et les infections favoriseraient la précipitation des dépôts graisseux bien que ces contingences ne paraissent pas nécessaires.

Nous rappelons pour mémoire que les trois signes cardinaux de la maladie sont: *a*) les troubles osseux de la boîte cranienne (amincissements allant jusqu'à de véritables trous) ; *b*) un syndrome de diabète insipide, et *c*) l'exophtalmie. On rencontre encore, accessoirement, la gingivite, l'infantilisme, les troubles osseux au niveau d'autres territoires squelettiques, parfois, un syndrome adiposo-génital. Le traitement consiste dans la radiothérapie des aires où des dépôts graisseux se sont accumulés et dans l'établissement d'un régime très pauvre en graisses.

Jean SAUCIER.

Efficacité — Sécurité

LANTOL

Solution de Rhodium Colloïdal à grains offrant le maximum de finesse et d'égalité.

Isotonique - Non Toxique - Indolore

Injections intraveineuses, intramusculaires ou hypodermiques

1 *à* 4 *ampoules de* 3 *c.c. par jour*

Pneumonies - Typhoides - Grippes infectieuses - Fièvres puerpérales - Septicémies

LABORATOIRES COUTURIEUX
18 Ave. Hoche, PARIS.

J. EDDÉ, Limitée, Agent Général. - Montréal.



Elixir complexe de Pancrinol

Tonique neuro-organique

associant l'opothérapie et la chimiothérapie

ASTHÉNIES
ANOREXIE
DEFICIENCES
ORGANIQUES

Agent Général J. EDDÉ Ltée MONTRÉAL

THYVACRINE No 10 C & C

Chaque comprimé représente en glandes fraîches:
Ovaire complet 10 grains, Thyroïde 1 grain.

INDICATIONS:—

Aménorrhée soit occasionnelle causée par émotion vive, froid aux pieds, fatigues, etc., ou générale telle que chloro-anémie, tuberculose, changement de vie, convalescences, etc. Troubles de la ménopause, etc. Ménorrhagie et dans les syndromes à prédominance ovarienne.

NEUROCRINE No 5 C & C

Chaque comprimé représente: Teinture de Valériane 40 gouttes, Surrénale ½ grain, Substance Cérébrale 10 grains, Thymus 3 grains.

INDICATIONS:—

Neurasthénie, Perte ou sommeil agité cause nerveuse, Surrénalites aiguës ou chroniques, Névroses, Hystéries, Hyperexcitabilité psychique, Fatigues, Surmenage, Epuisement de l'énergie et tous autres troubles nerveux.

DIACRINE No 6 C & C

Chaque comprimé représente en glandes fraîches:
Ilots du pancréas 10 grains, Duodénum 1 grain, Amygdale 2 grains.

INDICATIONS:—

Insuffisance intestinale, Pancréatite chronique, Irritation du pancréas, Dyspepsies pancréatiques, Diabète.

PRIX: — En bouteilles de 50 doz. $10.20
En bouteilles de 100 doz. $18.00

Echantillon sur demande.

CASGRAIN & CHARBONNEAU

LIMITEE

28-30, rue St-Paul Est
MONTRÉAL

Pharmaciens en Gros
Instruments de Chirurgie
Instruments pour Dentistes
Rayons-X et Physiothérapie

Téléphone:
LAncaster *3292.

HYGIÈNE

Les inondations sont un danger pour la santé. « Weekly Health Message », Iowa State Dept. of Health, 9 mars 1936.

Durant une inondation, la première précaution est de placer les inondés en lieu sûr. Le danger de maladie et de contagion apparaît au moment où ceux-ci réintègrent leurs pénates.

Il faut alors assurer une bonne eau potable, alors que les puits ont été inondés; l'eau doit être bouillie pour la consommation et la préparation des aliments. En plus les personnes demeurant dans la région inondée doivent se protéger de la fièvre typhoïde par la vaccination. Quand les eaux ont récédé, l'eau des puits doit être enlevée. Dans les puits en ciment de grand diamètre, les parois peuvent être nettoyées en les brossant avec une solution de chlorure de chaux.

L'eau est désinfectée en ajoutant une solution de chlorure de chaux dans la proportion de ½ à 1 lb de chaux dissoute dans 3 gallons d'eau; cette solution est déversée dans le puits; il faut alors faire le mélange de l'eau et de la solution désinfectante en agitant l'eau dans le puits; cette solution doit être en contact durant 24 heures.

Le puits doit alors être vidé jusqu'à ce qu'aucun goût de chaux ne persiste.

L'eau d'un puits ainsi désinfectée ne devra être consommée qu'après une analyse bactériologique.

Les murs et les planchers de la cave seront désinfectés en les brossant avec une solution de chlorure de chaux.

S. ROCH.

HÖLL K. — **Procédés d'élimination du plomb et du cuivre contenus éventuellement dans les eaux de boisson.** « Off. Int. Hyg. Pub. 357, XXVIII », juin 1936.

Le problème de l'élimination du plomb des eaux de boisson se pose assez fréquemment pour l'hygiéniste. En effet, la présence du plomb dans l'eau destinée à des fins potables est le plus souvent nocive. Des intoxications saturnines, causées par l'eau de boisson, ont été observées dans plusieurs villes allemandes.

Outre l'interdiction absolue des canalisations en plomb, il existe divers moyens d'éliminer le plomb dissous dans l'eau.

Un tampon d'ouate interposé dans une conduite arrête par absorption le plomb contenu dans plusieurs litres d'eau, si la teneur en plomb n'est pas supérieure à 0 mg. 1 par litre. On peut également se servir de papier filtre dont le pouvoir absorbant est un peu plus élevé. Le charbon activé est encore plus actif.

Des expériences effectuées avec des filtres Berkefeld ont démontré que ces filtres peuvent être employés avec succès pour déplomber des eaux fortement chargées de plomb (plus de 1 mg. par litre), sauf lorsque ces eaux sont riches en chlorures. Débarrassés du plomb par lavage avec une solution

d'acide acétique à 6 pour cent, les filtres Berkefeld qui ont servi au déplombage récupèrent leur pouvoir absorbant pour le plomb.

Dans ces diverses méthodes, peu importe, en général, que le plomb soit en solution ou en pseudo-solution colloïdale; les résultats sont également favorables dans les deux cas.

Pour le déplombage en grand, on a essayé avec succès des filtres constitués par de l'oxyde de magnésium à l'état granuleux (Magnofiltres). Ces filtres, en supprimant l'acidité de l'eau, lui enlèvent son « aggressivité » pour les conduites en plomb.

Plus rarement que du plomb, l'eau de boisson peut aussi contenir de légères quantités de sels de cuivre. Il résulte des recherches de l'auteur que les mêmes filtres à l'oxyde de magnésium, peuvent convenir à l'absorption des traces de cuivre, voire avec des résultats encore meilleurs que pour le plomb.

S. ROCH.

Une épidémie de dysentérie bacillaire à Matane, Qué. « Résumé d'un travail du Dr A. R. Foley, épidémiologiste du Service Provincial d'Hygiène, présenté à la Section des Laboratoires de la Can. Public Health Ass. », Déc. 30-31, 1935.

La municipalité de Matane a une population de 5400 habitants. Elle prend son eau d'alimentation dans un lac situé à 5 milles. Elle possède un bon système d'égouts.

Vers la fin de février 1935, une épidémie de dysentérie bacillaire s'abattit sur cette municipalité, attaqua de 1800 à 2000 habitants et causa 39 décès.

Durant le mois de février, la conduite de la prise d'eau fut trouvée défectueuse et la municipalité mit au travail une équipe d'ouvriers pour la réparation; malheureusement il se trouva parmi ceux-ci un ouvrier qui avait souffert de dysentérie bacillaire 18 mois auparavant. Au cours de l'enquête, les fécès de ces ouvriers furent prélevés et analysés; c'est alors qu'on découvrit que cet ouvrier hébergeant dans ses selles le bacille de Flexner, avait contaminé cette eau potable.

S. ROCH.

PAULIAN, D. — **Après dix ans de malariathérapie. Contributions cliniques et anatomo-pathologiques à l'étude de la syphilis du système nerveux.** « Off. Int. Hyg. Pub., 570, XXVIII », juin 1936.

L'auteur présente un bilan des résultats obtenus par la malariathérapie à Bucarest. Chez 1, 224 malades au cours d'une période de dix ans (1925-1935), 1,070 de ces malades ont réagi par des accès de malaria, soit une réceptivité de 87.41 pour cent. Parmi ceux-ci, le nombre des bénéficiaires a été de 846 (79.25 pour cent). Ceux qui présentaient les formes les plus fréquentes (paralysie générale progressive, syphilis méningocéphalique; tabes dorsalis, tabo-paralysie générale progressive), au nombre de 988, ont bénéficié du traitement dans une proportion de 82.48 pour cent. La mortalité minime de 5.98 pour cent ne compte plus, par comparaison avec la gravité de la maladie d'autrefois.

IODALOSE GALBRUN

IODE PHYSIOLOGIQUE, SOLUBLE, ASSIMILABLE

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

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

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

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

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

PROSTHÉNASE
GALBRUN

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

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

Vous pouvez les recommander en toute confiance

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

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



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

Fabriqués par THE CANADA STARCH COMPANY, Limited

POUR LES MÉDECINS SEULEMENT

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

Découpez ici.

The CANADA STARCH CO., Ltd,
Montréal

Veuillez m'envoyer

☐ CALCULATEUR

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

☐ TABLETTES DE PRESCRIPTIONS

Nom .....

Adresse .....

.....

.....

Heures de Bureau:
De 9 A.M. à 6 P.M.
De 7 P.M. à 9 P.M.

Mlle J. FAUBERT, G. M. E.
PÉDICURE

Tél. HArbour 6021
Suite 20, rez-de-chaussée
HÔTEL WINDSOR **MONTRÉAL**

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.

AIDES-MALADES

Sont qualifiées par l'Association des Aides-malades (enregistrée), pour soins à donner dans les convalescences, dans tout cas de maladies bénignes ainsi que dans les accouchements. S'adresser à Mme G. St-Germain, 4027 Harvard Ave. N.-D.-G. Tél.: DExter 0433.

OFFRE DE SERVICES

Dames recommandées (femme et fille de médecin décédé) tiendraient maison, prendraient charge bureau jeune médecin ou autre. Meubleraient deux pièces. S'adresser à T. Valiquette, administrateur de "L'Union Médicale", 418 est, rue Sherbrooke, Marquette 7334.

INFIRMIER DIPLOME

Tél.: CHerrier 4235

ERNEST BLANCHETTE

Infirmier diplômé de l'hôpital Hôtel-Dieu de Montréal

Service privé Jour et nuit

Rés.: 1012 est, rue Sherbrooke **MONTREAL**

Au commencement, les inoculations ont été faites par voie sous-cutanée ou intradermique; mais vu la longue période d'incubation (8 à 12 et même 20 jours), les inoculations par voie intraveineuse ont été ensuite adoptées; la période d'incubation est alors très réduite (1 à 6 jours) et la fièvre apparaît même dans les cas d'immunité relative. Au besoin, on peut faire jusqu'à 5 ou 6 inoculations successives à des intervalles de 10 à 12 jours. La méthode est préférable à l'inoculation par piqûres d'anophèles; elle ne produit jamais de splénomégalie et est très sensible à la quinine. La malaria tierce a été le plus souvent employée. Le nombre des accès était de 8 au moins de 12 à 15 au plus. Il faut faire des cures de 12 accès à moins que la vie du malade ne soit en danger; et si la température est restée au-dessous de 39° (102.2° F.), on exige une nouvelle série de 12 accès supérieurs à 39° (102.2° F.). Après un repos aussi court que possible, on reprend la chimiothérapie, avec des cures répétées d'arsenic ou de bismuth, séparées par des intervalles de 15 à 28 jours pendant plusieurs années. Il semble que la malariathérapie sensibilise les spirochètes fixés sur le système nerveux en les rendant plus aptes à la spirolyse par l'arsenic en même temps qu'elle exagère le pouvoir défensif du système nerveux. Enfin, si l'amélioration ne s'affirme pas au bout de six mois, il faut répéter la malariathérapie. L'auteur impalude tous les sujets dont le liquide céphalo-rachidien présente une réaction spécifique, car il les considère comme des candidats à des localisations nerveuses.

Il décrit d'une manière succincte les lésions anatomiques méningo-encéphaliques chez des paralytiques généraux progressifs non traités et l'aspect des mêmes lésions chez les traités ayant succombé à une maladie intercurrente.

S. ROCH.

CHIRURGIE

Raymond GRÉGOIRE. — **Infarctus de l'intestin par choc d'intolérance.** « Journal de Chirurgie », Paris, T. 48, no 3, septembre 1936, 305-328.

L'A. nous donne de son sujet un remarquable travail dont la lecture est susceptible d'intéresser les médecins au même degré que les chirurgiens.

L'infarctus intestinal se présente, à la lumière des recherches de Grégoire, sous un nouvel aspect. Autrefois, il paraissait essentiel pour qu'il eût infarctus que le torrent sanguin fût arrêté par un obstacle mécanique. On sait maintenant que certains infarctus intestinaux guérissent spontanément, notion incompatible avec l'obstruction vasculaire. L'anatomie pathologique dans certains cas ne peut déceler aucun obstacle et les coupes microscopiques montrent la seule dilatation avec distension des capillaires.

Il fallait chercher une explication à ces cas et c'est à quoi s'est attaché l'A. 18 observations bien typiques, toutes superposables les unes aux autres, montrent clairement la présence d'infarctus intestinal, constatée opératoirement et guérissant spontanément.

Or, cette guérison ne peut s'expliquer si l'obstruction des gros vaisseaux en est la condition *sine qua non*.

S'agit-il alors d'un accident mécanique? Les torsions, compressions ou strictions de l'intestin peuvent interrompre pour un temps la circulation sanguine et donner un infarctus. Une anse intestinale peut s'invaginer et se désinvaginer.

S'agit-il d'une cause infectieuse? Les bacilles anaérobies foisonnent dans l'épaisseur des tuniques d'un intestin infarci. Ces interprétations pathogéniques doivent, pour l'A., céder le pas à la théorie de l'infarctus intestinal par *choc d'intolérance.*

L'évolution clinique, les signes constatés ressemblent étrangement au syndrome bien connu de shock; bien plus, les mêmes lésions anatomiques se rencontrent dans les deux cas et peuvent être reproduites expérimentalement et enfin, les accidents d'infarctus peuvent cesser par la médication anti-shock.

Il nous faudrait reproduire en entier l'observation princeps de Grégoire et Couvelaire, afin de rendre parfaite justice à son étude si élaborée; mais l'espace manque; aussi contentons-nous d'en donner le résumé.

Il s'agit d'un homme de 62 ans, opéré *in extremis*, sans pouls, avec une tension à 7-4. L'intestin est noir et infarci sur une longueur de 2 mètres. Grégoire, ne pouvant ni réséquer, ni extérioriser, fait une injection d'adrénaline et presque aussitôt, l'intestin redevient rouge et se contracte. Le ventre est refermé. 36 heures après, le malade, guéri, lisait son journal.

Cette observation ne semble pouvoir être rattachée ni à un accident mécanique, ni à un accident infectieux; mais elle rappelle plutôt les phénomènes de choc anaphylactique ou chocs d'intolérance dont Charles Richet a donné la description suivante: « La pression artérielle baisse beaucoup. En même temps, il y a une congestion intestinale; on explique d'ailleurs fort bien cette chute de la pression en admettant que l'effet de l'anaphylaxie est une vaso-dilatation paralytique de l'intestin, ce qui entraîne tout naturellement l'abaissement de la pression artérielle et l'accélération du cœur. »

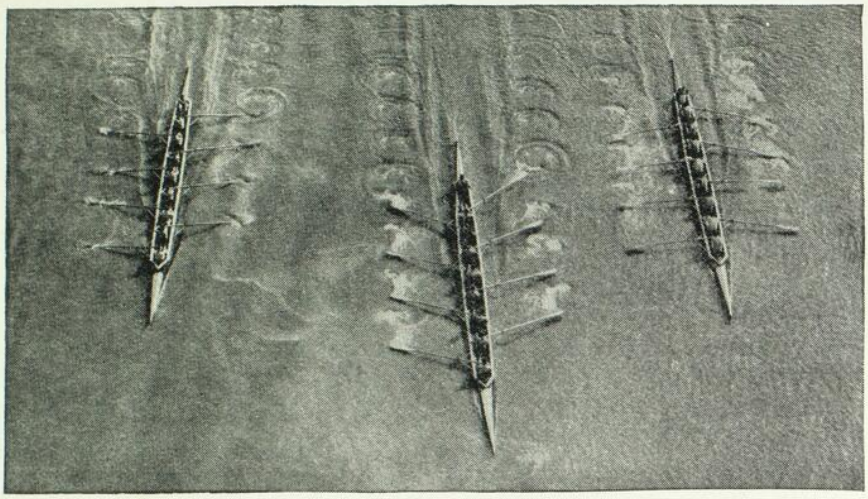
Mais cette similitude n'était pas pour Grégoire une preuve suffisante, aussi réalisa-t-il expérimentalement, avec le concours du Professeur Léon Binet, un infarctus intestinal par choc d'intolérance.

Ces expériences ont été faites sur le chien et sous anesthésie locale. Il nous donne le résumé de sept observations venant confirmer son interprétation pathogénique.

L'influence des agents anti-choc est ensuite démontrée clairement. Toute médication, susceptible d'agir sur le choc d'intolérance et de remonter la tension artérielle, est capable d'arrêter et de guérir les accidents d'infarctus intestinal sans lésion vasculaire (douleurs, selles sanglantes, chute de tension, dilatation des petits vaisseaux avec stase sanguine et suffusion hémorragique).

L'A. se demande également: par quel mécanisme le choc d'intolérance peut-il produire l'infarcissement?

Cet infarctus lui semble être la conséquence d'un trouble vaso-moteur des vastes lacs de la circulation capillaire et veineuse; c'est une asystolie du cœur périphérique. Sous l'influence de cette énorme stagnation veineuse, le cœur bat à vide, d'où la chute de la tension artérielle; les capillaires distendus à l'excès éclatent par places et donnent l'aspect infarci et les petites hémorragies. Ce trouble général est lui-même sous la dépendance du système nerveux et des vaso-moteurs.



RYTHME

Dans les cas de constipation chronique, le rétablissement du rythme péristaltique normal peut s'obtenir par l'usage du **« Saráka »**. Il produit un « bol fécal » d'évacuation douce et facile, ce qui manque dans le régime journalier ordinaire. **« Saráka »** donne aussi à la muqueuse intestinale distendue une motilité rythmique.

« Saráka » fournit la masse qui forme une partie intégrale du contenu intestinal et la transforme en matière fécale douce et molle. Il ne provoque pas de coliques, de troubles digestifs ou de fuite désagréable des liquides.

SARAKA

ne forme pas d'habitude. Aux granules purs de « bassorit » (provenant de la sève d'un arbre hindou) est ajouté du nerprun spécialement préparé. Sous l'action de cette préparation, les matières fécales sont transformées en une masse molle, facile à évacuer; de plus le péristaltisme normal est rétabli.

Essayez **« Saráka »** afin de vous convaincre de sa sûreté et de son efficacité. Demandez votre paquet-échantillon.

SCHERING (CANADA) LIMITED

BOÎTE POSTALE 358 **MONTRÉAL**

MAISON ET BUREAUX POUR MÉDECIN

3447, rue SAINT-HUBERT

3 ÉTAGES

19 pieds 8 pouces de largeur en avant.

18 pieds 10 pouces de largeur en arrière.

Terrain 129 pieds de profondeur et superficie totale 2,491 pieds
(mesure anglaise)

Étage du salon: 10 pieds 3 pouces de hauteur.
Étage des chambres: 9 pieds 5 pouces de hauteur.
Étage salle à manger: 9 pieds de hauteur.
Étage du bas: salle à manger, cuisine, office, chambre de bonne, salle de bain.
2ième étage: living-room, bibliothèque, boudoir.
3ième étage: 4 chambres à coucher, salle de bain.
Plancher en bois dur.
Garage à l'épreuve du feu, construit il y a deux ans, au coût de $1,000.00, chambre (débarras).

Pour prix et conditions, s'adresser à

GUY MONTPETIT, ingénieur,

513 est, rue Rachel — Tél. AMherst 3983.

À VENDRE À SACRIFICE

les appareils très peu usagés suivants:

a) Un cabinet de Diatermie Super-Hogan;
b) Un Polysine presque neuf, avec des accessoires non usagés;
c) Une lampe Alpine en parfaite condition;
d) Une table avec coussin pour les traitements usuels.

Venez vous rendre compte par vous-même.

Dr SÉVILLE CHEFF,

3864 Parc Lafontaine, Montréal.

Grégoire donne ensuite les indications thérapeutiques particulières à l'infarctus intestinal par choc d'intolérance et explique l'orientation du traitement.

Double urgence de celui-ci: traiter *immédiatement* les manifestations du choc; vérifier *immédiatement* les altérations de l'intestin touché.

D'où médication générale du choc associée au traitement local de l'intestin. La médication générale peut faire appel au camphre, aux sels de calcium, à l'hyposulfite de soude, mais surtout à l'adrénaline.

Le traitement local s'impose de toute nécessité. L'examen *de visu* du contenu abdominal est essentiel; il permet de se rendre compte du degré de mortification. Si les lésions sont minimes et s'améliorent pendant l'opération, il faut refermer l'abdomen. Si les lésions sont irrémédiables et l'anse intestinale compromise, la résection est indiquée; mais dans bien des cas, la seule extériorisation est possible.

Disons enfin avec Grégoire que « du groupe des infarctus dits « inexpliqués », il faut dégager l'infarctus par choc d'intolérance. Il est différent de l'infarctus par oblitération vasculaire. Ses causes, ses lésions anatomiques initiales, ses indications thérapeutiques en font une maladie spéciale ».

Edouard DESJARDINS.

OBSTÉTRIQUE

Van BOVEN. — **Etude sur l'emploi de l'évipan-sodique en obstétrique.** « Bruxelles-médical », juillet 1936.

Les anesthésiques classiques sont couramment employés en obstétrique. La plupart des accoucheurs s'en tiennent au chloroforme, à l'éther, au protoxyde d'azote; d'autres emploient la rachi. Depuis quelques années, un nouvel anesthésique, l'évipan-sodique, a ses partisans et il semble établi que, pour des interventions courtes, (forceps, version, périnéorraphie), l'évipan-sodique présente, sur les autres anesthésiques, les avantages suivants:

I. L'administration de l'évipan ne comporte aucune excitation;

II. Les parturientes peuvent subir l'administration de l'évipan sans être à jeun;

III. Bien que l'évipan n'ait jamais été administré aux éclamptiques, l'on peut dire que les lésions rénales n'en contr'indiquent pas l'usage, il n'est d'aucun préjudice aux albuminuriques;

IV. Suites opératoires simples: rareté des céphalées, de l'état nauséeux et des vomissements;

V. Sa facile administration et sa rapide élimination, de même que son effet presque instantané, font que l'évipan est appelé à rendre de grands services à l'obstétrique.

TECHNIQUE:

Injection intraveineuse de 10 c.c. à 10% au moment de l'opération. L'injection sera au rythme de 1 c.c. par demi-minute. La malade s'endort dès l'injection de 4 ou 5 c.c.

Albert BERTRAND.

UROLOGIE

DUVERGER. — **Les colibacilloses urinaires.** « La Gazette des Hôpitaux », 11 juillet 1936.

La localisation du colibacille, qui est l'agent le plus fréquemment rencontré dans les infections urinaires, est secondaire à une colibacillémie.

Depuis 1884, les recherches nombreuses de Escherich, Clado, Albarran, Hallé et les autres nous amènent progressivement au Syndrome Entéro-rénal d'Heitz-Boyer. De nos jours, Hérelle et Vincent découvrent le bactériophage et le sérum anticolibacillaire.

La colibacillose est très fréquente; les voies d'apport sont:

1o. La voie ascendante: rare mais plus fréquente chez le sexe féminin, elle peut être provoquée par des manœuvres thérapeutiques chez l'homme.

2o. La voie descendante ou hématogène: la plus fréquente à point de départ intestinal dans 95% des cas.

3o. La voie directe ou par contiguité: la plus rare elle est représentée par des collections s'ouvrant dans les voies urinaires.

Les causes favorisantes sont d'ordre général et d'ordre local.

Toutes les causes qui retentissent sur l'appareil urinaire, en entravant le libre cours de l'urine ou en transformant le milieu, permettent le développement des colibacilles.

Les principales sont la grossesse, la constipation, l'alcalose, le sédentarisme, le régime végétarien, les rétrécissements, les calculs.

Les cavités infectées se laissent dilater secondairement.

La bactériurie du début peut amener, vers la fin, des lésions de néphrite chronique.

La douleur est un symptôme constant mais très variable dans sa forme, son intensité; la cystite habituellement secondaire se manifeste par les troubles de la miction et les modifications des urines.

Les signes généraux sont très fréquents; température, troubles gastro-intestinaux, fatigue musculaire, déficience de la fonction uréique.

Suivant la plus grande localisation du colibacille apparaissent les différentes formes cliniques:

1o. Forme chronique: insidieuse et rebelle au traitement; 2o. Forme latente: signes d'emprunt; 3o. Forme bactériurique: les urines restant claires; 4o. Forme hématurique: hématuries abondantes; 5o. Forme septicémique: les troubles généraux étant au premier plan; 6o. Forme infantile: tableau de gastro-entérite; 7o. Forme gravidique: du 4e au 6e mois de la grossesse.

L'évolution est variable; les formes aiguës guérissant plus vite.

Le diagnostic est assez facile à faire et devra être complété souvent par une exploration rénale complète.

Au point de vue du traitement: détruire le colibacille au niveau des appareils digestifs et urinaires, traiter les causes de stase intestinale et urinaire sont les deux buts à poursuivre.

Le repos et l'alimentation jouent un rôle très important de même que la médication intestinale.

L'urotropine semble être le médicament de choix. Son action sera facilitée par la médication acidifiante.

RHUMES

•

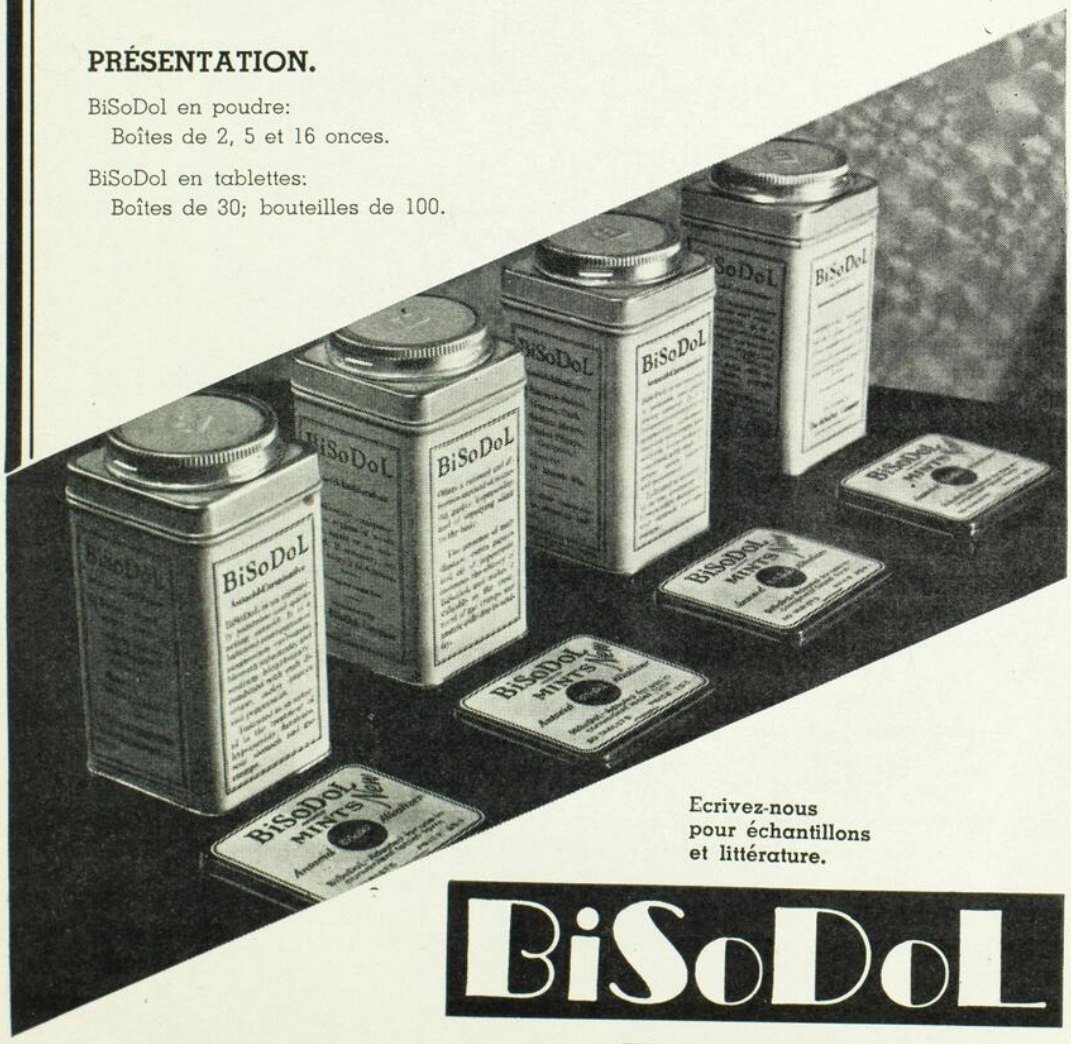
LA fréquente administration d'alcalins, dans l'influenza et le rhume ordinaire, peut se faire facilement par l'emploi des tablettes "BiSoDol" — tablettes parfumées à la menthe — associées à d'autres médicaments tels que: sodium, magnésie et bismuth, dans une proportion bien équilibrée.

La poudre et les tablettes "BiSoDol" sont également recommandées dans l'hyperacidité gastrique et autres troubles digestifs demandant un anti-acide parfaitement équilibré.

PRÉSENTATION.

BiSoDol en poudre:
Boîtes de 2, 5 et 16 onces.

BiSoDol en tablettes:
Boîtes de 30; bouteilles de 100.



Ecrivez-nous
pour échantillons
et littérature.

BiSoDoL

THE BiSoDol COMPANY
WALKERVILLE, Ontario

SPECIALITES PHARMACEUTIQUES

BISCAMINE
Bismuth, Kaolin colloïdal, Mucilage, Magnésie paraffinée.
PANSEMENT DU TUBE DIGESTIF
Mode d'emploi. — Estomac: Une cuillerée à thé dans un peu d'eau, avant ou après les repas ou au moment des douleurs.

ELIXIR POLYBROMURE
(Une cuillerée à bouche de 20 grammes renferme 3 grammes de Bromure de Potassium, Sodium et Ammonium, associés à des Teintures amères et toniques.)

La pharmacie d'ordonnances **ARTHUR HIRBOUR** ci-devant Bisaillon-Hirbour
35 ans d'expérience dans l'exécution exclusive d'ordonnances de Médecins.
Nous n'employons que les produits chimiques supérieurs.

Angle Saint-Denis et De Montigny **Téls: LA. 7356 — PL. 0305**

MONTRÉAL

AVIS AUX MÉDECINS

En vue de poursuivre les expériences concernant les femmes enceintes, de 1 à 3 mois, nous prions les médecins de bien vouloir coopérer avec nous en nous fournissant certains renseignements moyennant rémunération. On voudra bien téléphoner pour de plus amples détails à M. C. Gravel, aux soins de Ayerst, McKenna & Harrison Ltée, pharmaciens biologistes, MA. 7721.

Pour ce qui est du traitement spécifique, le sérum est celui qui agit le mieux dans les cas d'infection sanguine.

Le nouveau traitement par le sérum de porc semble devoir promettre des résultats encourageants.

Le traitement urologique par le cathétérisme des uretères est encore le meilleur et sera complété par le traitement chirurgical au besoin, car *malgré tous les traitements médicaux on ne guérira jamais une colibacillose urinaire lorsqu'il existe une cause de rétention.*

Le traitement hydrominéral sera indiqué pour parfaire la guérison.

Le clinicien devra s'efforcer de dépister les colibacilloses, afin d'empêcher les lésions de néphrites qui ne tardent pas à leur faire suite.

Paul BOURGEOIS.

PÉDIATRIE

Robert DEBRE, Julien MARIE, M. MIGNON. — **Etude radiologique de la pneumonie franche aiguë chez l'enfant, précédée de quelques remarques cliniques.** « Revue française de pédiatrie, tome XII, No 2, 1936.

Ces auteurs rapportent les résultats de leurs expériences au cours des deux dernières années (1934-35) dans le service de l'Hôpital Hérold, sur 53 cas de pneumonie qu'ils ont observés. Cette affection très fréquente chez l'enfant, surtout entre 5 et 10 ans, se rencontre à tout âge, même chez les nourrissons. Elle existe en toute saison mais plus rarement en été. Suit une étude des signes physiques et cliniques qui sont classiques. La leucocytose et la neutrophilie, tantôt liées tantôt indépendantes, sont importantes. La pneumonie peut parfois produire une anergie cutanée passagère comme le démontre trois cas qui ont eu une cuti-réaction négative, laquelle est devenue positive quelques jours après. Huit ont eu une cuti-réaction d'emblée positive et les autres sont restés négatifs. Au cours de la maladie, les complications ne sont pas rares, et parmi celles-ci les plus fréquentes sont les otites (14 cas sur 53). La guérison sans complication est la règle (2 morts).

Etude radiologique. La radioscopie est nécessaire chez l'enfant pour évaluer le jeu du diaphragme dans les pneumonies de la base. Les rayons pénétrants ne doivent jamais être employés, mais les clichés doivent être pris avec la plus grande rapidité. Dans l'interprétation des clichés, il faut tenir compte du temps respiratoire: l'expiration forcée ou le cri de l'enfant peuvent créer une fausse interprétation d'opacité anormale. Il est aussi indispensable de pratiquer les examens radiologiques l'enfant étant debout pour éviter une ascension du diaphragme et un étalement des ombres cardio-vasculaires. Sur les cas observés, les localisations apicale droite, base droite et gauche sont également fréquentes. Le siège para-hilaire n'est pas exceptionnel mais le siège apical gauche est rare. Les caractères morphologiques de l'image pneumonique sont très variables et pour saisir le stade de pleine évolution de l'image, s'il en existe un, il est absolument nécessaire d'avoir des radiographies répétées. L'image triangulaire est la plus fréquente mais à côté d'elle il y a place pour des images en nappe, en quadrilatère, en bande,

en amende, et enfin des images défiant toute classification. A la variabilité et à la multiplicité des images données par les clichés pris en position frontale, il faut opposer la remarquable fixité de l'image pneumonique vue de profil, qui réalise un triangle ou mieux une pyramide dont l'orientation seule est variable et dépend du lobe intéressé. Si les radiographies de face rapportent des renseignements importants elles ne sauraient seules permettre d'assurer le diagnostic et les radiographies de profil ou transversales sont souvent indispensables. L'opacité est généralement homogène et dense, parfois homogène mais peu dense ou de densité inégale. On rencontre aussi mais rarement des ombres irrégulièrement tachetées, ni denses, ni homogènes, les bords francs et nets sont plus fréquents que les contours sinueux et imprécis.

Evolution de l'ombre radiologique. Le début est variable mais en général précoce. La netteté, la grandeur, ainsi que la forme de l'image peuvent être réalisées dès la première radiographie mais tous les intermédiaires sont possibles. Il ne semble pas exister de stade de stabilisation car les images successives sont profondément modifiées. La régression peut être brutale ou diminuée progressivement soit en étendue, soit en intensité. Les images disparaissent généralement en moins de 15 jours, mais peuvent persister jusqu'à 30 jours. Elles disparaissent sans laisser de trace.

Rapports entre les données de la clinique et celles de la radiologie. Il n'existe aucun lien entre la clinique et l'image radiologique; il en est de même des signes physiques. Cependant, fait important, lorsque ces derniers manquent, l'image radiologique est constante et même nécessaire dans ce cas pour affirmer le diagnostic de pneumonie. L'image radiologique tantôt précède les signes physiques, tantôt les suit et tantôt existe seule. (Pneumonie silencieuse). Cette carence des signes stéthacoustiques ne dépend ni de l'âge de l'enfant ni du siège du foyer.

J.-A. LÉVEILLÉ.

Albéric BOUDRY, Paris. — **L'otoérythrie, signe de l'oreille rouge, en pédiatrie.** « Le Monde médical », 15 avril 1936.

L'enfant, en imminence de morbidité ou altéré par une fatigue soit aiguë et active, expression du surentraînement et du forçage physique, psychique, intellectuel, soit chronique et passive, fruit de l'hérédité, sera susceptible de traduire objectivement l'état et le degré de son malaise physiologique par une attitude boiteuse, claudication ou « porte-à-faux »: somatique (statique et énergétique), psychique, intellectuel et vaso-moteur de son organisme; le rythme vital vient d'être troublé par une excitation d'ordre mécanique, physique, chimique, pharmacodynamique ou psychique assez forte.

Il y a deux catégories d'enfants qui réagissent rapidement et facilement aux provocations toxiques de la fatigue:

1o. Les enfants neuro-arthritiques, maigres, boulimiques, exacerbés, dont l'état est facilement relié à l'excitation mécanique ou à la dépression psychomotrice;

2o. Ceux, parmi les enfants, qu'imprègnent dans leurs systèmes neuro-musculaire, psycho-moteur, neuro-végétatif, endocrinien et humoral, une fatigue passive et chronique et que marque une dystrophie générale;

3o. Les éclopés de la volonté et de la sensibilité; les allergiques.



Pour le bon fonctionnement de l'intestin.

Petrolagar sous 5 formes différentes adaptables au besoin de chaque malade.

1. **Petrolagar simple:** Émulsion agréable contenant 65% de son volume d'huile de paraffine et de l'agar-agar. Thérapeutique rationnelle de la constipation.
2. **Petrolagar avec Phénolphthaléine:** Très efficace dans les cas de constipation opiniâtre. Contient une proportion de $\frac{2}{3}$ de grain de phénolphthaléine par cuillerée à soupe.
3. **Petrolagar avec Lait de Magnésie:** Tout indiqué dans les cas de constipation accompagnée d'hyperacidité. Légèrement plus actif que le Pètrolagar simple. Contient 8% de Lait de Magnésie.
4. **Petrolagar non sucré:** Spécialement pour le malade qui préfère le Petrolagar non sucré, ou pour celui qui a une tendance au diabète. Ne contient pas de sucre ou d'hydrates de carbone assimilables.
5. **Pètrolagar avec Cascara:** Stimule le péristaltisme et donne une consistance normale aux fèces. Plus actif que le Petrolagar simple. Contient 13.2% d'extrait fluide de cascara sagrada non-amer.

Échantillons fournis sur demande.

PETROLAGAR LABORATORIES OF CANADA, LIMITED

364 Argyle Road - Walkerville, Ontario

Petrolagar •



Une aide précieuse dans la lutte contre les infections chroniques

La cholécystite chronique, la prostatite chronique, la colite chronique sont quelques-uns de ces états si fréquents qui déterminent une septicémie chronique.

Le Sirop Fellows apporte dans les états de ce genre les éléments minéraux indispensables.

La dose conseillée est d'une cuillerée à café quatre fois par jour, dans de l'eau.

ECHANTILLONS SUR DEMANDE

FELLOWS MEDICAL MFG. CO., LTD.,
286 RUE ST. PAUL, OUEST, MONTREAL

SIROP FELLOWS

(I. O. G.)

DIA - TOSAN

du Dr H. LABBÉ, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, et de E. DONARD.

— COMPRIMÉS —

Préparés dans les Laboratoires Soudan de Paris

8 fois sur 10 le DIA - TOSAN donne des résultats les plus favorables dans certaines formes de dermatoses: acné, eczéma, furonculose, urticaire.

Cette proportion, de **8 sur 10**, est aussi obtenue dans la disparition ou l'atténuation de **tous les troubles secondaires du diabète,** avec une **amélioration considérable** de l'état général, et le **rétablissement de l'équilibre nutritif.**

INNOCUITÉ ABSOLUE **TOLÉRANCE INDÉFINIE**

Agent général pour le Canada: **L. BOUDOT,**

8955, rue Routhier, Montréal, P. Q.
Tél.: DUpont 4350

L'otoérythrie, signe de l'oreille rouge, est un phénomène transitoire, régulièrement et typiquement significatif, chez l'enfant, d'une rupture, provoquée par la fatigue, des équilibres neuro-végétatif et vaso-moteur. Ce phénomène, nous l'avons individualisé parmi les manifestations générales de la fatigue chez l'enfant. Il a une haute signification clinique, et il consiste dans une rubéfaction anormale et extrême des oreilles, rubéfaction se manifestant à l'occasion d'une excitation intense et prolongée.

L'otoérythrie apparaît le soir, alors que les voies sensitives et réflexes de l'enfant sont, au maximum, envahies par les « exsudats » toxiques accumulés par la fatigue.

L'otoérythrie varie, insensiblement, en nappes coloriques, du rose au rouge pâle, au carmin, au rouge intense, au cramoisi. Elle est soit bilatérale, soit, le plus souvent, unilatérale. Elle porte de préférence sur l'oreille gauche, et alors l'oreille droite est pâle ou typiquement ischémiée.

Par extension il est à propos d'associer ce phénomène aux autres manifestations externes de la fatigue chez l'enfant: œdèmes *sine materia*, engelures, dermographisme, blafardise, rougeur anormale et prédominante d'une pommette sur l'autre, par interréaction des zones apicales bronchiques réflexogènes, toux fonctionnelle survenant en orthostatisme et par bouffées, etc.

Gaston LAPIERRE.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

ROEDERER et LABOURGADE. — **Ulcération tuberculeuse du méat.** « Bull. Soc. Fr. Derm. Syph. », mai 1936.

Chez un homme de 43 ans référé par le service d'urologie on trouve une verge œdémateuse et au méat une ulcération à bords nets, non décollés, se continuant en entonnoir dans le canal uréthral.

L'adénopathie correspondante est indolore, roulant sous le doigt.

On songe à la tuberculose que l'histoire, personnelle et familiale confirme. Le père est mort de tuberculose. Lui-même a eu une hématurie il y a 2 ans, puis des urines troubles avec pollakiurie et douleurs lombaires.

D'ailleurs une inoculation des urines au cobaye et la présence de bacilles de Koch dans les produits du râclage de la lésion signent ce diagnostic plutôt rare.

Maurice FERRON.

MILIAN. — **Trichophytie de la main et éruptions secondaires à distance. Pathogénie.** « B. Soc. Fr. Derm. et Syph., nov. 1936.

D. C. présente sur quelques doigts de la main droite des vésicules dysidrosiformes et bientôt à la paume droite des lésions circinées avec collerette périphérique et pustulettes en bordure.

Le diagnostic de trichophytie est immédiatement posé mais l'attention est attirée par des lésions différentes, placards rouges à contours bien déterminés qui sont apparus sur l'avant-bras droit trois semaines après le début de la maladie et quelques jours plus tard sur l'avant-bras gauche, les talons et le dos des pieds.

La patiente est soumise au traitement iodé mais sur la main seulement. La guérison suit rapidement mais les autres lésions sont inchangées et ne disparaissent qu'après application du même traitement.

La grande majorité des dermatologistes croient actuellement que ces réactions secondes à distance sont dues à des toxines du champignon ou à des réactions allergiques. L'A. au contraire croit que la persistance des lésions après traitement du foyer primaire, leur disparition après traitement local, l'examen histologique indiquent que ces lésions secondes sont trichophytiques au même titre que les lésions primaires même si jamais on n'a réussi à y retrouver des champignons.

La localisation s'expliquerait par l'inoculation hématogène favorisée par une circulation ralentie aux extrémités et l'aspect spécial des lésions par ce mode d'inoculation différent.

Maurice FERRON.

GATE, P. CHEVALLIER. — **Prurit anal avec leucodermie. Etat de la muqueuse gastrique.** « Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph., mai 1936.

Chez un patient qui souffrait de prurit anal depuis déjà trois mois avec crises de grattage irrésistible les A. ont voulu contrôler l'état de la muqueuse stomacale.

En effet R. Chevallier avait déjà trouvé des lésions et guéri son malade par le traitement ferrugineux.

Notre malade présente depuis le début de son affection de légers troubles gastriques. L'examen radiologique et la gastroscopie révèlent une gastrite atrophique diffuse généralisée avec hyperkinésie gastrique.

Il y a en plus achlorhydrie et légère anémie hypochromique.

Ces résultats coïncident pleinement avec ceux trouvés par les premiers auteurs de même que les succès obtenus à l'aide de la même thérapeutique.

Maurice FERRON.

N. B. BENCHIMAL et T. D. GAULART. — **Syphilis du foie** (Sifilis do figodo). « Revista Brasileira de Cirurgia », April 1936 no 4, p. 161, 168.

Les auteurs présentent 5 cas de syphilis du foie à modalité tumorale.

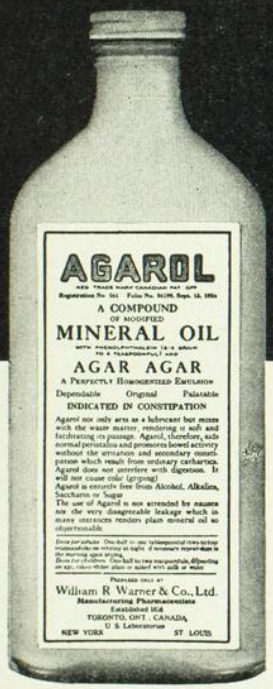
Dans quelques-uns l'intervention chirurgicale s'imposa et fut exécutée. Les auteurs font un aperçu général du sujet où ils passent en revue les formes cliniques, le prognostic et le traitement du lues hépatique, aussi bien l'héréditaire précoce ou tardif que l'acquise en toutes ses périodes.

Entre ces formes cliniques, la scléro-gommeuse et les pseudo-chirurgicales qui peuvent prêter à confusion avec certaines tumeurs du rein, de l'estomac, du mésentère, etc., méritent une référence particulière. Il faut considérer dans ces formes pseudo-chirurgicales, les variétés douloureuses et pseudo-néoplasiques.

Les auteurs insistent à propos des infections et intoxications qui peuvent s'associer intimement à la syphilis en modifiant son évolution. L'alcoolisme semble favoriser la fixation du virus spécifique sur le foie en état de moindre résistence. A propos du traitement ils passent en revue les divers produits qui doivent être employés pour combattre l'infection, en posant des réserves et recommandant de la prudence sur l'emploi de dérivés arsénicaux, et terminent avec quelques considérations à propos des ictères provoquées par les arseno-benzols.

Antonio CANTERO.

De la PREMIÈRE CUILLERÉE À LA DERNIÈRE . . .



Bouteilles de 6, 10 et 16 onces.

L'uniformité parfaite de la composition est une condition très importante dans une émulsion. C'est ce qui permet à chaque dose de toujours produire le même effet.

On peut dire qu'il en est ainsi de l'Agarol, une émulsion d'huile minérale et d'agar-agar, avec phénolphtaléine; elle coule librement comme doit le faire toute bonne émulsion, se mélange aisément avec les liquides et reste mélangée sans se séparer.

L'Agarol est indiqué pour le soulagement de la constipation aiguë, ainsi que pour le traitement de la constipation habituelle. Il est d'une efficacité éprouvée et constante, et son goût agréable est assuré par l'emploi des ingrédients les plus purs, sans addition de matières aromatiques artificielles. Permettez-nous de vous en faire tenir une bouteille d'essai. Veuillez formuler votre demande sur une feuille de papier portant votre propre en-tête.

AGAROL CONTRE LA CONSTIPATION

WILLIAM R. WARNER & CO., LTD., 727 King Street, West, Toronto, Ontario

La diète du Diabétique

Listers

ALIMENTS DEPOURVUS D'AMIDON

La farine caséinée de Listers est entièrement dépourvue d'amidon. Sa pâte lève bien et sert à la confection de plats agréables. Une liste de recettes est fournie avec chaque boîte.

Grande boîte pour 30 cuissons **$4.85**

Petite boîte pour 15 cuissons **$2.75**

En vente chez tous les pharmaciens ou directement chez

LISTERS Limited Huntingdon, Quebec CANADA

PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

COQUELUCHE

Le Pavéral est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux Coqueluchoïdes.

Ne cause ni intolérance, ni complication.

Littérature sur demande

Agents : CANADA DRUG COMPANY

Pharmaciens en Gros

857, rue Saint-Maurice, - - - MONTREAL

ÉLECTRO-RADIOLOGIE

Jean PRONZET. — **Un cas d'ostéochondromatose du coude.** « Journal de Radiol. et d'Elect. », juillet 1936.

Il s'agit d'un soldat envoyé en consultation pour arthrite chronique du coude en relation avec un traumatisme ancien. On ne relève ni bacillose ni rhumatisme dans ses antécédents. L'articulation est augmentée de volume. Les mouvements sont gênés dans la pronation et la supination et s'accompagnent de craquements.

La radiographie de face et de profil montre la présence de trois corps étrangers articulaires dont deux volumineux siègent dans le cul-de-sac antérieur; le troisième, de faible volume, se trouve au niveau de l'interligne dans la synoviale articulaire.

L. GAGNIER.

DIDIER, P. THOYER-ROZAT et P. H. CODET. — **A propos de la radiographie abdominale sans préparation dans un cas d'occlusion aiguë.** « Bull. et Mém. de la Soc. Radiol. Méd. de France », juin 1936.

Madame X, âgée de 63 ans, présente les 6 et 7 mars, un état de dépression assez marquée. Le dimanche, 8 mars, à sept heures du soir, elle a une température de 39°, un pouls à 100; à ce moment l'abdomen est souple, légère douleur à droite à la palpation. La malade dort une partie de la nuit, mais elle est prise, vers quatre heures du matin, d'une douleur dans tout l'abdomen, sans aucune localisation. Cette douleur cesse assez rapidement à 8 heures, le lundi 9. On applique de la glace. A midi les douleurs reprennent avec un pouls de 120, le ventre est ballonné, quelques mouvements péristaltiques se dessinent vers midi et démi. Le diagnostic le plus probable semble celui d'occlusion par valvulus. On décide alors une intervention, mais avant on pratique un examen radiologique de l'abdomen sans préparation.

Une première radiographie est pratiquée en décubitus dorsal; mais comme il fallait s'y attendre le cliché ne donne que des renseignements incomplets. Une seconde radio, en position verticale, révèle que les images hydro-aériques n'intéressent que les anses iléales que l'on reconnaît à leur aspect finement annelé et aussi à leur disposition particulière et concentrique. Ces concentrations étaient suffisantes pour permettre d'affirmer que la sténose siégeait non sur le côlon comme l'examen clinique le laissait croire, mais bien au voisinage de la fin du grêle, sans préjuger toutefois de la nature de cette occlusion.

A l'opération, on tombe sur les anses grêles rouges, il y a sur tout l'intestin des plaques vertes, le cœcum est collé très bas dans le ventre, derrière lui on trouve un énorme appendice de couleur feuille morte, perforé. Cette observation en plus de montrer l'intérêt clinique, signale l'utilité du radiodiagnostic sans préparation qui, dans ce cas, a précisé le siège de l'obstacle et a facilité, par conséquent, la conduite opératoire.

L. GAGNIER.

D. RONTIER et R. Heim de BALSAC. — **Un cas d'aorte en situation droite.** « Bull. et Mém. de la Soc. Radiol., no 2 », 30 juin 1936.

L'aorte en situation droite est une anomalie congénitale rare et cette affection relève avant tout de la radiologie. Cette malformation se caractérise par le développement de l'aorte aux dépens du quatrième arc droit. Le vaisseau enjambe alors la bronche droite et descend le long de la colonne à droite de l'œsophage. Des modifications du bord droit du pédicule et de l'hémicercle aortique, l'inversion des rapports aorto-bronchiques et aorto-œsophagiens en sont les signes les plus caractéristiques.

Les auteurs rapportent le cas d'un enfant, âgé de 8 ans, présentant à l'auscultation cardiaque un souffle continu très doux localisé au 2e espace intercostal gauche. J. A. 8-6; électrocardiogramme normal. Hérédo-syphilis.

L'examen radiologique montre en position frontale, à côté d'un cœur un peu augmenté de volume, un pédicule anormal. Son bord droit, légèrement saillant, déborde à droite. L'hémicercle aortique se projette donc très à droite. La trachée n'est pas déviée. En O. A. G., le pédicule est plus saillant vers l'avant et inversement en O. A. D. il est plus proche de la colonne.

L. GAGNIER.

LABORATOIRE

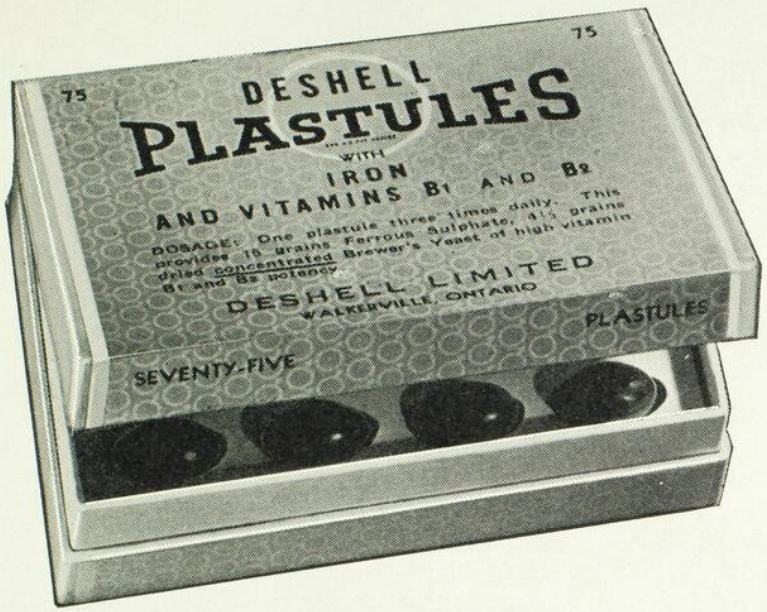
Heinz HASS. — **La structure des vaisseaux lymphatiques de la capsule de Glisson dans ses rapports avec la structure du tissu conjonctif et la circulation.** « Virchows, archiv. », juin 1936.

L'auteur étudie d'abord les vaisseaux lymphatiques normaux, il les considère ensuite dans certains états pathologiques, comme dans les septicémies. Il s'arrête longuement sur le rétrécissement de calibre du réseau lymphatique et sur l'apparition de l'ascite. Il envisage ensuite les néoformations lymphatiques et conclut que la structure des lymphatiques de la capsule de Glisson dépend de l'âge et de la perméabilité du tissu conjonctif. Dans les grandes exsudations inflammatoires les vaisseaux lymphatiques sont béants dans les espaces conjonctifs. Le sens de la circulation lymphatique est réglé par l'épaisseur de la trame conjonctive du foie et par le nombre et le volume des lymphatiques. Dans la cirrhose, comme il survient un épaississement scléreux du réseau conjonctif et une diminution des lymphatiques on comprend dès lors facilement qu'il y ait stase dans le foie et refoulement vers la cavité abdominale.

Alph. BERNIER.

L. LANGERON, M. PAGET et G. FRUCHART. — **Méthodes nouvelles d'exploration rénale appliquées chez les cardio-rénaux.** « Questions Médicales d'Actualité », fascicules d'avril et de mai 1936.

En période d'asystolie, chez un malade œdémateux et oligurique, il est difficile de faire la part entre cœur et rein. Les auteurs proposent quelques recherches biologiques simples, susceptibles de déceler, en pleine crise circulatoire, une altération fonctionnelle du rein. Ce sont la densimétrie urinaire, la recherche de l'équilibre chloré, et celle du débit ammoniacal, combinée ou non à l'ammoniurie provoquée.



Dans les anémies

Non pas des "Livres de Fer"

Mais du fer facilement assimilable.

Trois Plastules hématiniques Deshell, ordinaires, contenant 15 grains de sulphate ferrugineux facilement assimilable, associé aux vitamines B et B_2, équivalent à l'action hématinique de 90 grains par jour de citrate de fer ammoniacal, ou à 60 grains de composé de Blaud.

Les Plastules sont aussi fournies avec de l'extrait de foie.

RESULTATS POSITIFS . . . MEDICATION ECONOMIQUE

Plastules Hématiniques

DESHELL LIMITED, 364 Argyle Road, Walkerville, Ontario.

Messieurs,

Veuillez m'envoyer des échantillons et de la littérature concernant les Plastules hématiniques de Deshell, pour le traitement des anémies.

Dr .....

Adresse .....

SUPPLÉMENT

CHAMPIONNAT ET 6 PREMIERS PRIX POUR LE FAMEUX TROUPEAU JERSEY À L'EXPOSITION DE HERTFORDSHIRE

Le jugement dans le classement des catégories Jersey à l'exposition de Hatfield, aujourd'hui, fut un succès complet pour le troupeau Jersey « Ovaltine ».

En plus du championnat, le troupeau « Ovaltine » n'obtint pas moins de six premiers, cinq seconds et quatre troisièmes prix.

Ainsi, ce fameux troupeau Jersey continue son record remarquable de succès. Les entrées de la ferme laitière « Ovaltine » n'ont jamais manqué de figurer d'une manière frappante sur la liste de prix de toutes les expositions importantes dans le pays.

Le même succès « Ovaltine » fut obtenu dans la section des volailles à l'exposition de Hertfordshire aujourd'hui. Dix prix furent décrochés par les poules de la ferme d'aviculture « Ovaltine », qui est réputée être la mieux tenue dans le monde.

LES SUCCÈS « OVALTINE » À L'EXPOSITION ROYALE

A l'exposition Royale, tenue récemment à Bristol, Angleterre, le troupeau Jersey « Ovaltine » a continué son remarquable record en gagnant 9 prix.

Les entrées de la ferme laitière « Ovaltine » ont déjà obtenu 52 attributions aux principales expositions en Angleterre cette saison, et un total de 349 victoires depuis 1933.

Ces beaux succès démontrent bien l'exceptionnelle efficacité maintenue à la ferme laitière « Ovaltine » à King's Langley, Angleterre, qui fut établie dans le but d'obtenir le plus haut standard de qualité pour l'énorme quantité de lait qui, avec les œufs et le meilleur extrait de malt, est employée dans la fabrication d' « Ovaltine », l'aliment tonique liquide si bien connu.

LE TROUPEAU JERSEY "OVALTINE" REMPORTE LES PREMIERS PRIX À L'EXPOSITION LAITIÈRE

Succès de 100%.

A l'Exposition Laitière du Pavillon de l'Agriculture, à Londres, aujourd'hui, le troupeau Jersey "Ovaltine" a remporté d'emblée le premier prix attribué aux trois classes d'animaux mis en lice.

Ce troupeau a, de plus, décroché la Prime spéciale de l'Inspection, si convoitée, adjugée à l'animal produisant la plus grande quantité de lait, ainsi que le prix réservé — donc, les deux seuls prix destinés à cette classe de l'exposition.

Tous et chacun des animaux de la Ferme Laitière "Ovaltine" ont du record établi au cours de la saison qui vient de se terminer. Le nombre obtenu des prix — soit un succès de 100% et un couronnement remarquable total des primes obtenues en 1935, aux principales Expositions Agricoles, n'est pas moindre de 115.

Au chapitre de la densimétrie urinaire, les auteurs font d'abord l'historique de cette étude, puis en décrivent la technique, telle que codifiée par Castaigne, Paillard et Chaumerliac.

Chez les cardiaques, la densimétrie simple des urines fractionnées est seule recommandable. Son association avec les différentes épreuves de diurèse provoquée s'avère à la fois dangereuse et infructueuse.

Parmi les asystoliques, certains ont une imparidensité nette, supérieure à 10°. Enregistrée à plusieurs reprises, une telle constatation permet d'éliminer une lésion rénale. Les autres accusent une paridensité, avec des concentrations oscillant entre 1.010 et 1.020, ou variant entre des limites encore plus étroites. Dans ces conditions, il est impossible de se faire une opinion, et il devient nécessaire de recourir à d'autres recherches. L'étude de l'équilibre chloré sanguin permettra de creuser le problème plus avant.

Après avoir précisé la technique employée par un des leurs, les auteurs étudient successivement la chlorémie normale, celle des néphrétiques et celle des cardiaques. Normalement, le rapport chlore globulaire/chlore plasmatique = 0.50. Son abaissement = alcalose; son élévation = acidose, que cette dernière soit d'origine circulatoire ou rénale. Un rapport élevé ou en échelons doit faire penser à une lésion rénale, mais dans les cas limites, de 0.50 à 0.55, il est nécessaire de recourir aux recherches suivantes, c'est-à-dire, à l'étude du débit ammoniacal et à l'épreuve d'âmmoniurie provoquée.

On sait le rôle du rein dans la formation et l'élimination de l'ammoniaque. Les auteurs se servent de la technique d'ammoniurie provoquée de Derron, Olivier, Cristol et Bonnet, et de celle du débit ammoniacal de Polonowski et Boulanger. Ils distinguent les cardiaques purs, qui présentent un débit ammoniacal supérieur à 0 g. 40; les cardio-rénaux avec débit ammoniacal inférieur à 0 g. 30. Seul un débit compris entre 0 g. 30 et 0 g. 40, à des examens répétés, est contrôlé par l'epreuve d'ammoniurie provoquée. Dans presque tous les cas, on pourra ainsi s'assurer avec une précision suffisante de la valeur fonctionnelle du rein.

J.-L. RIOPELLE.

NOUVELLES

DÉPLACEMENT

Notre Rédacteur en Chef, monsieur le professeur Albert LeSage, est parti ces jours derniers pour assister au Congrès de l'Association Internationale de la Presse Médicale Latine, qui tient ses assises cette année à Venise. Nous sommes heureux que notre Rédacteur en Chef ait pu se libérer pour représenter l'Union Médicale du Canada à cette Convention. Nous savons qu'il nous fera honneur. Nous lui souhaitons bon voyage, au nom de la grande famille des lecteurs de l'Union Médicale.

G.-L.

NOMINATIONS

Lors de l'une des séances du Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, les élections pour choisir les membres du Comité Exécutif, donnèrent le résultat suivant:

Président: M. J.-H. Lapointe, Ottawa;
1er Vice-Président: M. Charles Vézina, Québec;
2e Vice-Président: M. B.-G. Bourgeois, Montréal;
3e Vice-Président: M. J.-R. Belisle, Hull;
4e Vice-Président: M. Raoul Larochelle, Biddeford, Maine;
5e Vice-Président: M. Amédée Granger, Louisiane, Nouvelle-Orléans;
Secrétaire: M. Arthur Richard, Ottawa;
Trésorier: M. J.-M. Laframboise, Ottawa.

Nos félicitations aux nouveaux élus.

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DU PALUDISME

La situation actuelle en Espagne nous oblige à ajourner la date de réunion du IIIe Congrès International du Paludisme qui avait été fixée au 12 octobre prochain.

D'accord avec le Président du Comité Permanent International du Paludisme nous espérons être en mesure de fixer et de communiquer en son temps la nouvelle date de réunion du Congrès au printemps ou l'été 1937.

Toutes les inscriptions déjà effectuées seront valables pour assister au Congrès quelle que soit la date accordée.

A partir du moment où la nouvelle convocation sera connue et publiée, les membres inscrits de toutes catégories, ne pouvant pas y assister étant donné le changement de date, pourront réclamer la dévolution de la quantité relative à leur inscription.

Madrid, le 20 août 1936.

Le Secrétaire Général,
Dr E. LUENGO.

CONDOLÉANCES

Au moment d'aller sous presse nous apprenons le décès du père de M. le docteur Albert Bertrand, de l'hôpital Notre-Dame, l'un de nos collaborateurs.

M. le docteur L.-C. Simard, également de l'hôpital Notre-Dame et l'un de nos collaborateurs, a eu la douleur de perdre sa mère au cours du mois dernier.

Nous prions nos deux amis de bien vouloir agréer les condoléances des lecteurs de *l'Union Médicale du Canada* dans la dure épreuve qui les frappe.

G.-L.

BIBLIOGRAPHIE

Chirurgie du pancréas, par P. BROCQ, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, et G. MIGINIAC, professeur à la Faculté de Médecine de Toulouse. — Un volume de 428 pages avec 74 figures et une planche en couleurs, 75 fr. (Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.)

Le pancréas est resté longtemps en dehors des préoccupations du chirurgien.

Organe profond, caché sous le péritoine pariétal postérieur, protégé en arrière par la colonne vertébrale et l'épaisse paroi des lombes, matelassé en avant par le foie, l'estomac, le côlon, ses *lésions traumatiques* n'étaient guère recherchées, il y a quelques années, dans les laparotomies pour contusions ou plaies de l'abdomen. Or, leur fréquence est loin d'être négligeable, comme l'ont démontré les morts précoces sous leur dépendance ou les séquelles secondaires ou tardives (hématomes, faux kystes, fistules), qui sont la signature de la lésion primitive.

Toujours à cause de la situation profonde de cette glande, mais aussi par suite de l'ignorance de l'aspect si spécial des lésions, les *pancréatites aiguës* ont été d'abord ignorées. Comment aurait-il pu en être autrement! Quel organe dans l'économie, en dehors du pancréas, réagit sous ce triple aspect de l'hémorragie, de la nécrose glandulaire, de la cytostéatonécrose. Sans doute les premiers opérateurs avaient-ils vu soit le sang seul, soit le sang et les taches de bougie, mais ils n'avaient pas su aller au pancréas, en rechercher l'origine. Il a fallu, pour ce premier résultat pratique, les constatations faites au cours de l'autopsie, et, pour comprendre ces manifestations inusitées, il a fallu s'adresser à la physiologie et connaître la vie intime de l'organe en cause. C'est également aux études biologiques que l'on doit maintenant d'entrevoir l'explication de quelques-uns des mystères qui entourent la genèse des lésions; et c'est par elles que l'on doit s'efforcer de trouver la meilleure solution thérapeutique.

P. Brocq, qui a étudié pendant de nombreuses années les pancréatites aiguës, sous l'impulsion du professeur Delbet, a réuni dans un chapitre d'ensemble les notions acquises et les hypothèses imaginées pour expliquer la genèse de ces lésions, tout en exposant ses expériences et ses idées personnelles.

P. Brocq et *G. Miginiac*, qui avaient été, au 39e Congrès français de Chirurgie, chargés d'un rapport sur les *pancréatites chroniques* ont voulu "faire le point" sur cette question encore obscure et qui intéresse tout chirurgien opérant pour un ictère chronique, pour un syndrome douloureux de l'étage susmésocolique ou pour un syndrome de compression gastro-duodénale. En insistant sur la nécessité de toujours examiner le pancréas en pareil cas, les auteurs ont montré les apparences diverses que revêtent les scléroses glandulaires, les moyens d'en préciser la nature par l'exploration directe, par la biopsie, par les méthodes de laboratoires. Une collection originale de figures histologiques, provenant de coupes de pancréatites humaines et expérimentales constitue une importante contribution à l'histoire des pancréatites chroniques.

Une importante statistique, qu'ils ont édifiée à l'aide de documents personnels, d'observations inédites ou déjà publiées, leur ont permis d'apporter des directives thérapeutiques.

La *syphilis* et la *tuberculose*, à forme de tumeur, entraînant des phénomènes de compression des organes voisins, peuvent nécessiter l'intervention sanglante, les auteurs ne l'ont pas oublié.

Traumatismes, pancréatites aiguës et chroniques sont assez souvent suivis de *séquelles, hématomes, faux kystes, fistules, insuffisance pancréatique externe* ou *interne*, qui ont fait l'objet de chapitres spéciaux.

A l'aide des mémoires et des faits épars dans la littérature ou recueillis par eux-mêmes les auteurs ont résumé les connaissances actuelles sur les *kystes vrais* et leur origine si discutée sur la *lithiase pancréatique*, son diagnostic par la radiographie et les indications opératoires qu'elle comporte, sur les *tumeurs malignes* (sarcomes et épithéliomes), sur les *anomalies* — pancréas annulaires, pancréas aberrants.

L'année hydro-climatologique 1934, par Maurice UZAN. — Un vol. in-8° de 200 pages, 20 fr, (Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, Place de l'Odéon, Paris, 6e.)

L'hydro-climatologie médicale a pris une importance de plus en plus grande et un caractère de plus en plus scientifique.

De nombreuses publications chaque année lui apportent une contribution qui mérite d'être connue des médecins.

Disséminés dans des livres spécialisés, des revues très variées, ou dans des communications faites à des sociétés savantes très diverses, ces travaux peuvent parfois passer inaperçus pour le praticien.

Réunir chaque année, dans une synthèse aussi concise que possible et aussi simple qu'il se doit, la plupart des recherches scientifiques, des observations cliniques ou les revues d'ensemble concernant cette branche désormais majeure de la médecine, tel est le but poursuivi par "l'année hydro-climatologique", qui permettra ainsi à chacun de se mettre rapidement au courant et de retrouver aussitôt la référence bibliographique désirée.

Des petits mémentos à la fin de l'ouvrage rappellent les indications des principales stations françaises.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES ANNONCES

Abbott Laboratories Ltd, (*Metaphene*) XII

Anglo-French Drug Cie, (*Elixir Gabail*) L

Antiphlogistine, (*Les jointures douloureuses*) XXII

Ayerst, McKenna & Harrison, Limited, (*Alphamettes*) .. XX

Banque Canadienne Nationale, (*À votre disposition*) .. XLVI

BiSoDol Company, The, (*Rhumes*) LIX

Boudot, L., (*Dia-Tosan*) VI

Boudot, L., (*Dia-Tosan*) LXII

Canada Drug Company, (*Paveral*) LXIV

Canada Starch Company, Limited, (*Sirop de Blé d'Inde (Maïs) Edwardsburg*) LV

Cardinaux, Paul, (*Gaiffe, Gallot & Pilon et Ropiquet, Hazard & Roycourt*). *Diathermie, Rayons X, Electrologie* XI

Casgrain & Charbonneau, Ltée, (*Stérilisateur "Castle"*) XLVIII

Casgrain & Charbonneau, Ltée, (*Ray. X Westinghouse*) XLVIII

Casgrain & Charbonneau, Ltée, (*Thyvacrine No* 10 *C & C*) LIV

Casgrain & Charbonneau, Ltée, (*Neurocrine No* 5 *C & C*) LIV

Casgrain & Charbonneau, Ltée, (*Diacrine No* 6 *C & C*) LIV

Ciba, Compagnie, Limitée, (*Nupercaïnal "Ciba"*) IX

Denver Chemical Manufacturing Co., (*Antiphlogistine*) XXII

Deshell Limited, (*Plastules hématiniques*) LXV

Duckett J. A., (*Dernière Création de la Prothèse*) XLIV

Eddé, J., Limitée, (*Pipérazine Midy*) XIX

Eddé, J., Limitée, (*Hémostyl*) XXVII

Eddé, J., Limitée, (*Nucléarsitol Robin*) XXX

Eddé, J., Limitée, (*Iodogénol Pépin*) XXXIV

Eddé, J., Limitée, (*Phospho-Strychnal*) XXXVI

Eddé, J., Limitée, (*Ocréine Grémy*) XXXVI

Eddé, J., Limitée, (*Peptonate de Fer Robin*) XXXVI
Eddé, J., Limitée, (*Neurinase*) XLVI
Eddé, J., Limitée, (*Lantol*) LIII
Eddé, J., Limitée, (*Elixir complexe de Pancrinol*) . . LIII
Etablissements Byla, Les, (*Amino-Sel Byla*) XLVII
Etablissements Byla, Les (*Vagotonine*) XLVII
Fellows Medical Mfg. Co., Ltd., (*Sirop Fellows*) LXII
Frosst, Charles E. & Co. (*Kondremul*)
Deuxième page intérieure de la couverture.
Herdt & Charton, Inc., (*Uroprazine*) XXIII
Herdt & Charton, Inc., (*Tricalcine irradiée*) XXXV
Hirbour, Arthur, (*Biscamine*) LX
Hirbour, Arthur, (*Elixir Polybromure*) LX
Hoffmann-LaRoche Limitée, (*Le Somnifène «Roche»*) XXIX
"Ifah", Pharm. Products, (*Magnobrol*) LI
Imperial Tobacco Co. of Canada, (*Sweet Caporal*) XLIII
Joubert, J. J., Limitée, (*Santéine*) LII
Kellogg, (*Kellogg's All Bran*)
Troisième page de la couverture.
Laboratoires A. Bailly, (*Pulmo-Bailly*) XVIII
Laboratoire du Bismol, (*Anogel*)
Quatrième page de la couverture.
Laboratoires A. Guerbet & Cie, (*Tenebryl Guerbet*) . . XLVII
Laboratoires A. Guerbet & Cie, (*Lipiodol*) XLVII
Laboratoires Clin, Comar & Cie, (*Electrargol*) I
Laboratoires Clin, Comar & Cie, (*Strychno-Phospharsinées*) I
Laboratoires Couturieux, (*Lantol*) LIII
Laboratoires Licardy, (*Sédosine*) XIV
Laboratoires Licardy, (*Stovédrine*) XIV
Laboratoire Nadeau Limitée, (*Sodiosal*) XXX
Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Ltée, (*Propidon*) XIII
Laboratoires du Dr P. Astier, (*Riodine Astier*) XXV
Laboratoires Soudan de Paris, (*Dia-Tosan*) VI
Laboratoire Soudan, de Paris, (*Dia-Tosan*) LXII
Laboratoires Midy, (*Pipérazine Midy*) XIX
Librairie Beauchemin Limitée, (*Linguaphone*) XXVIII

La Cie Canadienne des Agences Modernes, (*Les Lithinés du Dr Gustin*) LII
La Cie Canadienne des Agences Modernes, (*Magnésie du Dr Gustin*) LII
Listers Limited, (*Listers*) LXIV
Millet, Roux & Cie, Ltée (*Septicémine*) XLIX
Nestlé's Milk Products (Canada) Ltd., (*Lactogen*) XXI
Nestlé's Milk Products (Canada) Ltd., (*Hylac*) XXI
Parke, Davis & Cie, (*Le Mapharsen*) IV
Petrolagar Laboratories of Canada, Ltd., (*Petrolagar sous 5 formes*) LXI
Ranniger, W.-E., (*Magnobrol*) LI
Rougier Frères, (*Hepathemo*) XVII
Rougier Frères, (*Pulmo-Bailly*) XVIII
Rougier Frères, (*Digitaline Nativelle*) XXI
Rougier Frères, (*Néotonine Buisson*) XXIII
Rougier Frères, (*Sedlitz Chanteaud*) XXVI
Rougier Frères, (*Sténol Chanteaud*) XXVI
Rougier Frères, (*Rami*) XXVI
Rougier Frères, (*Hémoglobine Deschiens*) XXIX
Rougier Frères, (*Spectrol*) XXXIII
Rougier Frères, (*Elixir Ducro*) XXXIII
Rougier Frères, (*Névrosthénine Freyssinge*) XXXV
Rougier Frères, (*Chloramine Freyssinge*) XXXV
Rougier Frères, (*Capsules Dartois*) XXXV
Rougier Frères, (*Sirop Famel*) XLIV
Rougier Frères, (*Uraseptine Rogier*) XLV
Rougier Frères, (*Lactolaxine Fydau*) XLV
Rougier Frères, (*Iodalose Galbrun*) LV
Rougier Frères, (*Prosthénase*) LV
Sanatorium de Blois XXIV
Sanatorium du Lac Edouard X
Sanatorium Prévost II
Schering (Canada), Ltd., (*Saráka*) LVII
Siemens-Reiniger (Canada) Limited, (*Ultratherm*) V
Squibb & Sons of Canada, Ltd, E.R., (*Navitol*) III

Vinant Ltée, (*Electrargol*) I
Vinant Ltée, (*Strychno-Phospharsinées*) I
Vinant Ltée, (*Sédosine*) XIV
Vinant Ltée, (*Stovédrine*) XIV
Vinant Ltée, (*Amino-Sel Byla*) XLVII
Vinant Ltée, (*Vagotonine*) XLVII
Vinant Ltée, (*Tenebryl Guerbet*) XLVII
Vinant Ltée, (*Lipiodol*) XLVII
Wander, A., Limited, (*Ovaltine*) XIX
Warner, William R., Co. Ltd., (*Agarol*) LXIII



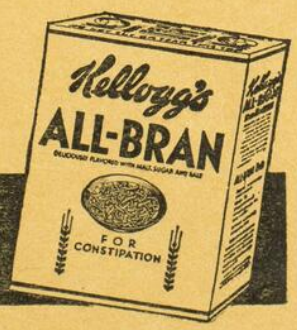
L'HABITUDE DU LAXATIF SOUS LA MAIN PEUT CAUSER PLUS DE TORT QUE DE BIEN.

La plupart des médecins sont d'avis que l'habitude qu'ont certaines personnes d'employer des laxatifs à tort et à travers est souvent la cause de constipation chronique.

Plutôt que de consulter le médecin des milliers de gens gardent sur eux des comprimés ou pilules pour en prendre une dose lorsqu'ils en sentent le besoin. Ils oublient que les purgatifs ne doivent pas être employés continuellement, excepté sous la stricte surveillance du médecin.

La forme la plus commune de constipation est de beaucoup celle qui est due à l'insuffisance de cellulose dans l'alimentation. Sa disparition est surtout matière de régime. Le médecin de famille est généralement en meilleure position pour prescrire le régime approprié.

Lorsque le régime exige beaucoup de déchets Kellogg's ALL-BRAN est doublement commode. Cet aliment laxatif délicieux peut être servi comme céréale avec du lait ou de la crème, ou peut s'employer pour la préparation de muffins, pains, etc. En plus de l'action non irritante de son volume de déchet, il fournit de la vitamine B et du fer. ALL-BRAN est en vente chez tous les épiciers. Fabriqué par Kellogg, à London, Ont.



L'aliment naturel qui CORRIGE LA CONSTIPATION



Granulé oléo-gélatineux, modificateur du résidu intestinal, indiqué là où les défécations sont irrégulières et incomplètes.

Notice explicative et échantillons sur demande.

C'est un nouveau produit du

LABORATOIRE du BISMOL

Société de Pharmaciens-Chimistes licenciés, spécialisés dans la fabrication de produits thérapeutiques.

945, rue CÔTÉ, - - - - - MONTRÉAL, Canada.

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