



# L'Union Médicale

du Canada

(Revue mensuelle fondée en 1872)

Bulletin de l'Association  
des Médecins de Langue Française  
de l'Amérique du Nord



SECRETARIAT  
326 est, blvd St-Joseph  
MONTREAL  
Téléphone: LANcaster 9888



## *Pour combattre les objections à*

# **L'HUILE DE FOIE DE MORUE**

---

**L**ES recherches médicales les plus récentes indiquent que les propriétés curatives de l'huile de foie de morue sont dues à l'action synergique des lipoides et des acides gras avec les Vitamines d'origine, A et D.

Les médecins reconnaissent déjà que cette découverte laisse entrevoir que l'administration de l'huile de foie de morue fait plus de bien que l'administration des Vitamines A et D seulement.

Malheureusement, des objections s'élèvent contre la prescription générale de l'huile de foie de morue. Celle-ci a un goût et une odeur désagréables. Très souvent,

elle fait régurgiter et éructer, ce qui rend son assimilation particulièrement difficile chez les tout petits.

**Avec l'Emulsion Scott, ces objections sont surmontées. Son émulsification est si parfaite que l'huile de foie de morue devient quatre fois plus facile à digérer.** Le goût et l'odeur désagréables sont éliminés. Il n'y a pas de régurgitation, pas de goût qui persiste après l'absorption.

L'Emulsion Scott présente, sous une forme agréable au goût et facilement assimilable, toutes les qualités tonifiantes de la meilleure huile de foie de morue.

▼

*Nous enverrons gratis, aux médecins qui en feront la demande, des échantillons d'Emulsion Scott ainsi qu'un Tableau de Pesée pour Adultes et Enfants. S'adresser au Dépt. S. B. 3F.*

# **L'EMULSION SCOTT**

SCOTT and BOWNE (CANADA) LIMITED

TORONTO, ONTARIO



# L'épreuve du Temps

« Ferro-Catalytic », présenté à la profession médicale seulement après que des épreuves cliniques sérieuses eurent prouvé sa valeur thérapeutique dans le traitement des

## **ANÉMIES SECONDAIRES**

a résisté à l'épreuve du temps, et chaque jour apporte une preuve nouvelle de son utilité. Les malades qui, pendant des années, ont été des demi-invalides à cause de l'anémie et qui ont été traités par différents modes thérapeutiques sans résultats évidents, ont bénéficié d'une façon étonnante du traitement par

# FERRO-CATALYTIC

*Sur votre demande nous vous enverrons avec plaisir des échantillons cliniques, des listes de formules et une échelle pour le dosage de l'hémoglobine.*

**Charles E. Frosst & Co.**  
MONTREAL.- CANADA

Une firme canadienne fabriquant des produits pharmaceutiques de haute qualité depuis 1899

CAPSULES  
pour adultes  
et  
SIROP  
pour enfants

# SOMMAIRE

## BULLETIN

- Léon GERIN-LAJOIE:  
**Réflexions** . . . . . 1255

## UNIVERSITE DE MONTREAL

- Oscar MERCIER:  
**Chaire d'Urologie** . . . . . 1257

## MEMOIRES

- R. TURPIN:  
**Les conditions d'apparition du mongolisme** . . . . . 1263

- J.-Ed. SAMSON:  
**Syndrome douloureux lombo-sacré** . . . . . 1267

- Jean SAUCIER:  
**Note préliminaire sur l'électropyréxie dans le traitement de la chorée** . 1273

- J.-H. CHARBONNEAU:  
**Maladies contagieuses** . . . . . 1278

## RECUEIL DE FAITS

- Albéric MARIN:  
**Amélioration ultra-rapide d'un cas de syphilis nerveuse par la vaccino-  
chimio-pyrétothérapie** . . . . . 1283

- Lucien SYLVESTRE:  
**L'arthrite gonococcique** . . . . . 1285

- Guy D'ARGENCOURT:  
**La chirurgie en province** . . . . . 1288

## PETITE CLINIQUE

- M. ROCH:  
**Colibacillose ou paludisme chez une brightique** . . . . . 1292

## ACTUALITÉS

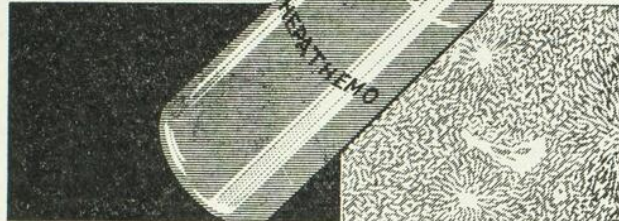
- A. BERTRAND:  
**Hommage au professeur Léopold Nègre** . . . . . 1296

- Louis FRANCCEUR:  
**Pour que survive notre esprit français** . . . . . 1297

METHODE DE WHIPPLE

# HEPATHERMO

DESCHIENS



Extrait concentré hydrosoluble de foie de veau

Forme ampoule - Forme sirop

**SYNDROMES  
ANÉMIQUES**

DESCHIENS, 8, RUE PAUL BAUBRY - PARIS (11<sup>e</sup>)  
REPRESENTANT : ROUGIER, 350, RUE LE MOYNE MONTRÉAL (CANADA)



## ELIXIR MARTIN~MAZADE

PRÉPARATION STABLE D'IODURE DE CAFÉINE CRISTALLISÉE CHIMIQUEMENT PURE

Cette association synergique d'Iode et de Caféine — sous forme d'Iodocaféine — offre l'avantage de réunir en un seul médicament l'action des iodures alcalins et de la Caféine, sans provoquer de troubles digestifs.

REMPLECE AVANTAGEUSEMENT L'IODURE DE POTASSIUM

**Asthme — Emphysème — Oppressions  
Bronchite Chronique — Artério-Sclérose**

L'Elixir Martin-Mazade est un produit de prescription strictement médicale. — Nouveau prix réduit.

**P. SUIFFET, Pharmacien, SAINT-RAPHAËL, FRANCE**

Pour littérature et échantillons s'adresser à:  
**ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne, Montréal**



# SOMMAIRE

(Suite)

<b>ANALYSES</b> . . . . .	1301
<b>MEDECINE</b>	
Les septico-pyohémies à "bacillus funduliformis" (p. 1301). Evolution de l'ulcère gastrique. Etude clinique, radiologique et gastroscopique (p. 1302). Troubles fonctionnels du côlon d'origine sociale (p. 1302). Les cacosmies buccales (p. 1303). Reins et hypertension artérielle (p. 1304).	
<b>PHTISIOLOGIE</b>	
Effets de l'oxygénothérapie sur la dyspnée dans les perforations pulmonaires (p. 1305). Contribution au diagnostic de la symphyse pleurale (p. 1305).	
<b>NUTRITION</b>	
Le dosage de l'acide hippurique pour apprécier le fonctionnement du foie (p. 1305). Les effets de la protamine zinc insuline chez les diabétiques (p. 1306).	
<b>GASTRO-ENTEROLOGIE</b>	
Gastrite antrale et spasme (p. 1306). Stase duodénale (p. 1306).	
<b>NEURO-PSYCHIATRIE</b>	
Résultats définitifs du traitement de 655 cas de traumatismes craniens (p. 1307). Le traitement des infections aiguës du système nerveux central par le sulfanilamide (p. 1307). Considérations sur la céphalée (p. 1308).	
<b>CHIRURGIE</b>	
Possibilités chirurgicales dans les tumeurs malignes du foie chez l'enfant et chez l'adulte (p. 1308).	
<b>UROLOGIE</b>	
Intérêt de l'urétéro-pyélographie rétrograde dans le cancer du rein au point de vue du diagnostic et de l'opérabilité (p. 1309).	
<b>CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE</b>	
Cyphoses congénitales (p. 1310).	
<b>GYNECOLOGIE</b>	
Etude de 110 cas de stérilité à l'aide de l'hystéro-salpingographie (1311).	
<b>OBSTETRIQUE</b>	
Soins durant la grossesse (p. 1312).	
<b>DERMATO-SYPHILIGRAPHIE</b>	
Dermatite et stomatite causées par le mercure des amalgames pour obturations dentaires (p. 1312).	
<b>RADIOLOGIE</b>	
Le diagnostic radiologique des diverticules du duodénum (p. 1313).	
<b>LABORATOIRE</b>	
Les hémocultures. Techniques et interprétations (p. 1313).	
<b>SOCIETES ET CONGRES</b> . . . . .	1316
Troisième Congrès de l'Association Médicale Franco-Américaine (p. 1316). La Société Médicale de Montréal (p. 1320).	
<b>REVUE DES LIVRES</b> . . . . .	1328
<b>NOUVELLES</b> . . . . .	1336
Sympathies au Dr Albert Jutras. — Soutenance de thèse. — La chirurgie du cœur. — Section de la lutte contre la tuberculose au Service de la Santé de Montréal. — Nominations. — Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada. — Campagne contre le cancer. — Status des internes dans les hôpitaux de New York. — Sir Andrew MacPhail. — Semaine internationale contre le cancer. — Association Internationale de Cosmobiologie. — Vacances de Noël sur la Côte d'Azur.	
<b>NECROLOGIE</b> . . . . .	1348
<b>TABLE ALPHABETIQUE DES MATIERES</b> . . . . .	1349
<b>TABLE ALPHABETIQUE DES ANALYSES</b> . . . . .	1360
<b>TABLE ALPHABETIQUE DES AUTEURS</b> . . . . .	1365

NOM

# PYRIDIDIUM

DÉPOSÉ

(Phenylazo-Alpha-Alpha-Diamino-Pyridine Mono-Hydrochloride)

## PRESCRIT SANS HÉSITATION

Ordinairement Pyridium est spontanément adopté dans les ordonnances pour

**la cystite**

**la pyélite (pyélonéphrite)**

**la prostatite**

**l'urétrite**

**PARCE QUE**

**PYRIDIDIUM**



est sans effet narcotique... et qu'il est bien toléré.



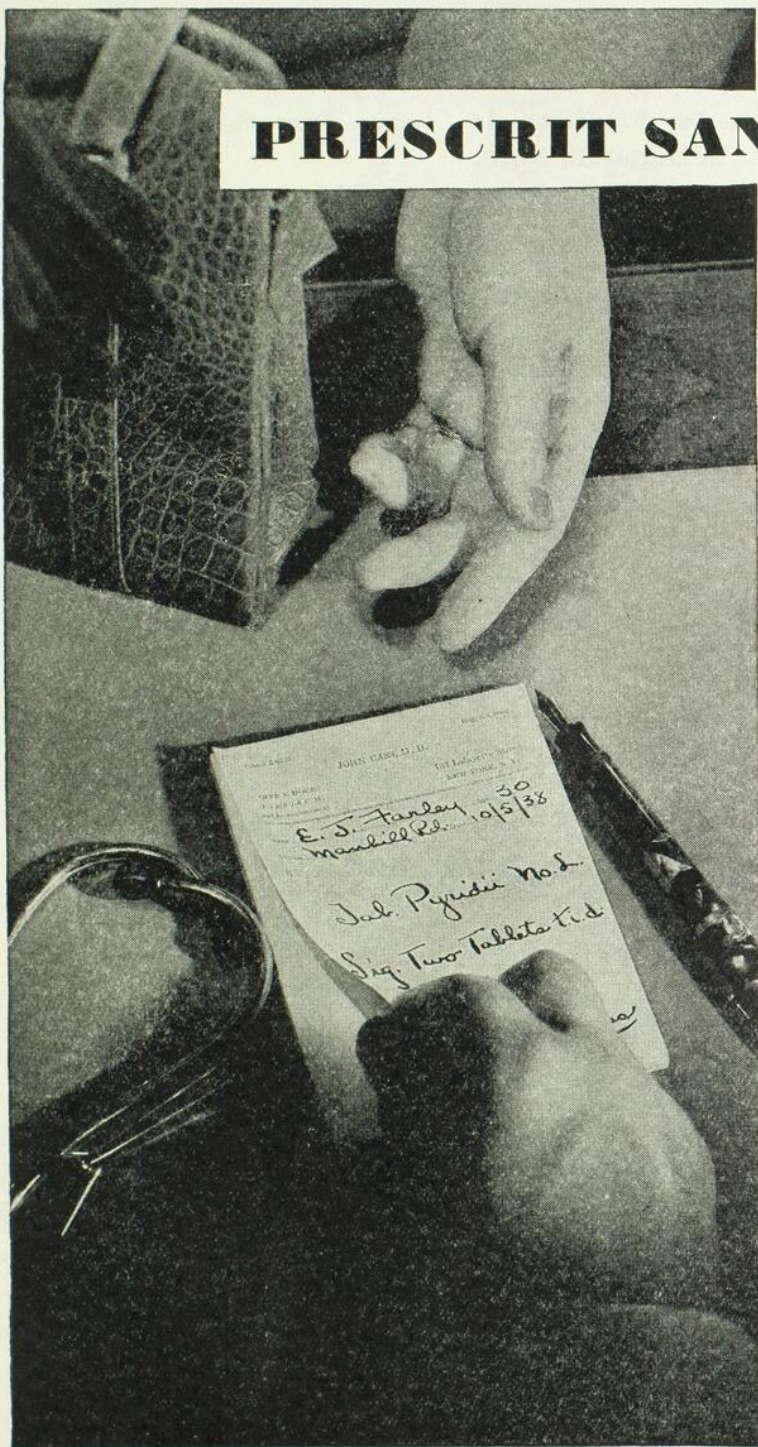
possède un effet analgésique sur la muqueuse génito-urinaire, procure un soulagement rapide des symptômes urinaires douloureux, l'effet se faisant souvent sentir dans l'espace de 20 à 30 minutes.



l'hospitalisation n'est pas nécessaire et qu'il peut être employé sous forme de comprimés par le patient ambulat.



produit ses effets thérapeutiques sans régime spécial et sans le contrôle du Ph urinaire.



LITTÉRATURE ENVOYÉE SUR DEMANDE.

**MERCK & CO. Limited** - *Chimistes-fabricants* - **MONTREAL, P.Q.**

---



---

# • L'Union Médicale •

(du Canada)

Fondée en 1872

Bulletin de l'Association des Médecins de Langue Française  
de l'Amérique du Nord.



## DIRECTION SCIENTIFIQUE

### MEMBRES D'HONNEUR

Professeur Emile Sergent, de Paris.

Professeur Maurice Roch, Genève.

Professeur Pierre Masson.

Professeurs E.-P. Benoît, A.-H. Desloges, J.-A. Leduc, T. Parizeau (Montréal).

### BUREAU DE DIRECTION

MM. R. Boucher, B.-G. Bourgeois, A. Comtois, I.-E. Dubé, L. Gérin-Lajoie,  
A. LeSage, A. Marin, D. Marion, D. Masson, O. Mercier, J.-A. Mousseau,  
J.-N. Roy, E. Saint-Jacques, J.-A. Vidal, R.-E. Valin, Sénateur Lacasse.

### BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef

**Albert LeSAGE**

Secrétaire de la rédaction

Léon Gérin-Lajoie

Secrétaire adjoint

Roma Amyot

### Membres

A. Bertrand, E. Desjardins, R. Doré, M. Fauteux, L.-C. Favreau, A. Jutras,  
J. LeSage, P. Letondal, J.-A. Manseau, A. Marin, E. Saint-Jacques,  
J. Saucier, L.-C. Simard, Pierre Smith.

### BUREAU DE COLLABORATION

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

---



---

# Produits Spéciaux des LABORATOIRES LUMIÈRE

— 45, rue Villon, LYON —

ROUGIER FRÈRES — 350, rue Le MOYNE À MONTRÉAL (Canada)

<b>Oléochrysos Lumière</b>	L'or et le strontium. Suspension dans l'huile d'aurothiopropanol et sulfonate de strontium. Imprègne l'organisme lentement et régulièrement. Tuberculoses - Rhumatismes - Syphilis - Dermatoses.
<b>Emgé Lumière</b>	Médication hyposulfite magnésienne. Prophylaxie et traitement de tous les troubles liés à un état d'instabilité humorale. ANTI-CHOC.
<b>Allochryesine Lumière</b>	Chrysothérapie de la tuberculose par voie intramusculaire.
<b>Cryptargol Lumière</b>	Antiseptique intestinal non toxique. Adultes: 4 à 6 pilules par jour. Enfants: 1 à 4 cuillerées à café de granulé par jour.
<b>Cryogénine Lumière</b>	Antipyrétique et Analgésique. Pas de contre-indication. Un à trois grammes par jour.
<b>Borosodine Lumière</b>	Calmant antispasmodique. Adultes: Solution, une demi-cuillerée à 2 cuillerées à café par jour. Enfants: Sirop, une demi-cuillerée à 4 cuillerées à café par jour.
<b>Tulle Gras Lumière</b>	Pour le traitement des plaies cutanées. Évite l'adhérence des pansements. Se détache aisément sans douleur, ni hémorragie. Active les cicatrifications.
<b>Rhéantine Lumière</b>	Vaccinothérapie antigonococcique par voie buccale, quatre sphérules par jour, une heure avant les repas.
<b>Entérovaccin Lumière</b>	Antitypho-colique polyvalent. Pour immunition et traitement de la fièvre typhoïde.
<b>Allocaine Lumière</b>	Aussi active que la cocaïne. Sept fois moins toxique. Mêmes emplois que la cocaïne.
<b>Opozones Lumière</b>	Préparations organothérapeutiques à tous organes contenant la totalité des principes actifs des organes frais.
<b>Persodine Lumière</b>	Dans tous les cas d'anorexie et d'inappétence.
<b>Hémoplase Lumière</b>	Médication énergique de toutes les déchéances organiques, quelle qu'en soit l'origine. (Ampoules, Cachets, Dragées, Granulés).

# • L'Union Médicale •

(du Canada)

Fondée en 1872

**Bulletin de l'Association des Médecins de Langue Française  
de l'Amérique du Nord.**



## ADMINISTRATION

### OFFICIERS

Président: J.-A. Mousseau

Vice-président: R.-E. Valin

Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal

### COMITÉ EXÉCUTIF

MM. J.-A. Mousseau, R.-E. Valin, A. LeSage, J.-A. Vidal, D. Marion.

### COMITÉ DE PUBLICITÉ

MM. A. LeSage, D. Marion, E. Saint-Jacques, J.-A. Vidal.

Jacques-D. Clerk, publiciste.

### COMITÉ DE PROPAGANDE

MM. J.-E. Dubé, E. Saint-Jacques, J.-A. Mousseau, L. Gérin-Lajoie.

### CORRESPONDANTS

MM. P. Desfosses (Paris);  
A. Granger (Nouvelle-Orléans);  
L.-E. Phaneuf (Boston);  
P.-C. Mathé (San Francisco);  
A. Fontaine (Woonsocket);  
J.-H. Lapointe, J.-E. Gaulin, L. Mantha (Ottawa);  
L.-F. Dubé, M.P.P. (Notre-Dame-du-Lac);  
Eug. Tremblay (Chicoutimi);  
P. Bertrand, R. Gaudet (Sherbrooke);  
Aug. Panneton, J.-A. Denoncourt (Trois-Rivières);  
Pio.-A. Laporte (Edmunston);  
D. Collin (Saint-Boniface);  
L.-P. Mousseau (Edmonton).

Le Président, le Rédacteur en chef et le Secrétaire-trésorier sont, « ex officio »,  
membres de tous les comités.

# SILICRINE

**Pour favoriser une digestion complète  
stomacale, pancréatique et intestinale**

La Poudre Silicrine est une combinaison de Trisilicate de Magnésie et des ferments Entérokinase et Prosécrétine pour établir une digestion complète, stomacale, pancréatique et intestinale.

Silicrine par sa formule, possède une supériorité d'efficacité plus définie et plus radicale sur la poudre de Trisilicate de Magnésie seule, pour procurer une digestion totale.

#### **Trisilicate de Magnésie:**

Le Trisilicate de Magnésie est un composé synthétique ayant comme base la Magnésie et la Silice sous la forme de colloïdal de dimensions très minimes et 15 fois plus actif pour le bleu méthylène in vitro que le kaolin colloïdal le plus raffiné qu'il soit possible de trouver dans le commerce.

#### **Ferments Entérokinase et Prosécrétine:**

Ces deux ferments sont transformés en sécrétine active par l'action de l'acide hydrochlorique de l'estomac; leur principale fonction est de stimuler les glandes du Pancréas et de l'intestin pour accélérer leurs sécrétions, afin de faciliter toutes digestions.

#### **Action:**

La Poudre Silicrine, grâce à sa

composition, procure une digestion complète, la magnésie et la silice absorbent le surplus d'acide gastrique dans l'estomac; les ferments Entérokinase et Prosécrétine continuent d'aider la digestion en activant la sécrétion des glandes du Pancréas et de l'intestin.

#### **Propriétés Médicinales:**

Ulcères peptiques, Insuffisance intestinale, Urticaire chronique, Troubles digestifs du diabète pancréatique, Dyspepsies pancréatiques, Gaz d'estomac, Hyperacidité, Vomissements chez les femmes enceintes et autres cas de déficience d'une digestion complète.

#### **Toxicité:**

La Poudre Silicrine est une combinaison non toxique et ne peut atténuer l'acidité du suc gastrique en bas de son point normal, si une trop grande dose est donnée, elle est évacuée par l'intestin. La poudre Silicrine étant insoluble ne peut accroître la réserve d'alcali du corps; même l'absorption d'une forte dose pendant une longue période ne fait pas varier l'acidité de l'urine.

#### **Mode d'Emploi:**

Une cuillerée à thé dans ½ verre d'eau après les repas. Répétez après 1 heure si nécessaire.

*Préparé par*

**CASGRAIN & CHARBONNEAU LIMITÉE**

30 EST, RUE SAINT-PAUL, MONTRÉAL

# • L'Union Médicale •

(du Canada)

La plus ancienne revue française de Médecine et de Chirurgie au Canada

Fondée en 1872

Bulletin de l'Association des Médecins de Langue Française  
de l'Amérique du Nord.

## OFFICIERS

Président: J.-A. Mousseau

Vice-président: R.-E. Valin

Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal

Rédacteur en chef  
**Albert LeSAGE**

Secrétaire de la rédaction  
Léon Gérin-Lajoie

Secrétaire adjoint  
Roma Amyot

## Membres

A. Bertrand, E. Desjardins, R. Doré, M. Fauteux, L.-C. Favreau, A. Jutras,  
J. LeSage, P. Letondal, J.-A. Manseau, J. Saucier, L.-C. Simard, Pierre Smith.

## ONT COLLABORÉ AU VOLUME 66

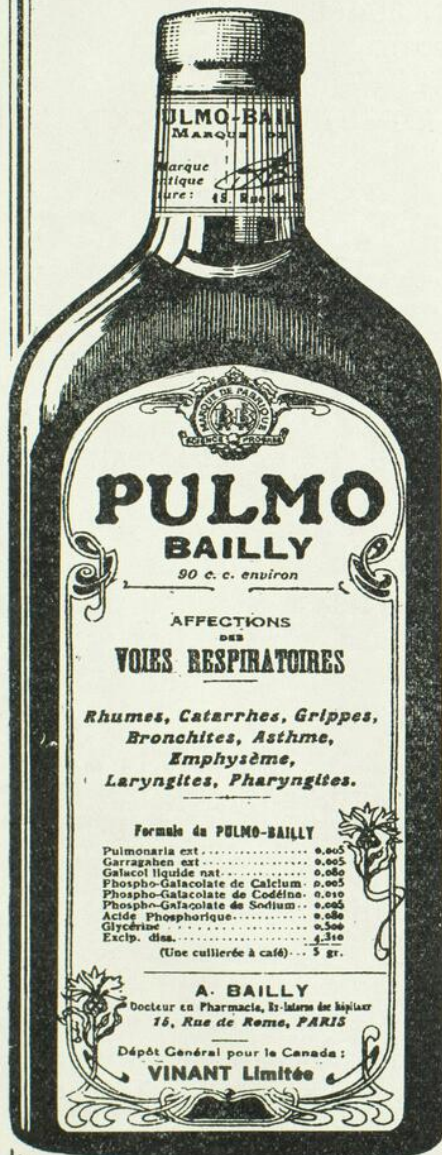
Drs Aumont (Gérard), Amyot (Roma), Archibald (Edward), Archambault (P.-R.), Attendu (Gérard), Baril (H.), Barry (Gaétan), Bélanger (Léopold), Belisle (L.-P.), Bellerose (A.), Benoît (E.-P.), Bernier (Alph.), Bertrand (Albert), Bertrand (A.), Bonin (Wilbrod), Boucher (S.), Bourgeois (Paul), Boutin (J.-R.), Cantero (Antonio), Chaput (Yves), Charron (Ernest), Delâge (Jean), DeMontigny (Gérard), Desjardins (Edouard), Doré (Réal), Dreyfus (Gilbert), Dubé (J.-E.), Dufresne (Eugène), Dufresne (Origène), Dufresne (Roger-R.), Facquet (J.), Farley (L.), Fauteux (Mercier), Favreau (L.-C.), Ferron (Maurice), Fortier (L.-E.), Fortier (Ls), Gagnier (L.), Gagnon (P.-A.), Gariépy (J.-U.), Gélinas (Henri), Gendreau (J.-E.), Gérin-Lajoie (Léon), Gratton (Armand), Hartmann (Henry), Jutras

(Albert), Lafresnière (Gabriel), Lamoureux (Léopold), Lefrançois (Charles), Lemierre (A.), Lemieux (J.-Edouard), LeSage (Albert), LeSage (Jean), LeSage (Jules), Letondal (Paul), Leven (Roland), Lian (C.), Major Manseau (Willie), Marin (Albéric), Martel (J.-Alcide), Martin (Paul), Mercille, Millet (J.-A.), Mongeon (Léo), Morin (Gaspard), Morin (Paul), Mourgue (R.), Mousseau (J.-Alfred), Panneton (Philippe), Paquette (J.-P.), Pariseau (Léo), Pariseau (T.), Pilon (J.-Alcide), Pinsonneault (G.), Poirier (Paul), Poliquin (Paul-A.), Ravina, Riopelle (J.-L.), Roch (Sylvio), Roy (J.-N.), Saint-Jacques (Eugène), Saucier (Jean), Sergeant (Emile), Simard (L.-C.), Simard (Raymond), Simard (Roland), Smith (Pierre), Sorrel (E.), Tétrault (Edouard), Winiphen (André).

# PULMO-BAILLY

BASE ACTIVE : Phospho-Gaïacolate de Codéïne

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



## LE VIRUS GRIPPAL

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

STAPHYLOCOQUES  
PNEUMOCOQUES  
STREPTOCOQUES  
COCCO-BACILLES DE PFEIFFER

DANS UN ORGANISME DÉBILITÉ

## LE PULMO-BAILLY

ASSURANT

- 1° L'imprégnation antiseptique des voies pulmonaires
- 2° La tonification énergique de l'organisme

## RÉPOND PLEINEMENT

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

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

**PULMO-BAILLY**

**EST UNE ARME THÉRAPEUTIQUE COMPLÈTE ET EFFICACE**

Adultes : 1 cuillère à café au milieu des 2 repas

**LABORATOIRES A. BAILLY - 15, RUE DE ROME - PARIS-VIII<sup>e</sup>**

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

# OFFICIERS DE L'ASSOCIATION

## des Médecins de Langue Française

### de l'Amérique du Nord

#### PRÉSIDENT HONORAIRE

**L'honorable J.-H.-A. PAQUETTE,**

Ministre de la Santé dans le Cabinet provincial de Québec.

#### VICE-PRÉSIDENT HONORAIRE

**L'honorable Pio.-H. LAPORTE,**

Ministre de la Santé dans le Cabinet du Nouveau-Brunswick.

#### DIRECTEUR-GÉNÉRAL

**R.-E. VALIN,**

165 est, ave Laurier, Ottawa.

#### EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

**R.-E. VALIN**

**D. MARION**

**J.-A. JARRY**

**J.-H. LAPOINTE**

**Arthur RICHARD**

#### SECRÉTAIRE-TRÉSORIER

**Donatien MARION,**

326 est, boul. Saint-Joseph, Montréal.

#### COMITÉ DU XV<sup>e</sup> CONGRÈS

J.-H. LAPOINTE, Président

J.-R. BÉLISLE, 3<sup>e</sup> Vice-président

A. RICHARD, Secrétaire

R. LAROCHELLE, 4<sup>e</sup> "

J.-M. LAFRAMBOISE, Trésorier

B.-G. BOURGEOIS, 2<sup>e</sup> Vice-président

A. GRANGER 5<sup>e</sup> "

#### ANCIENS PRÉSIDENTS

J.-E. DUBÉ

A. VALLÉE

Albert LeSAGE

P.-C. DAGNEAU

R.-E. VALIN

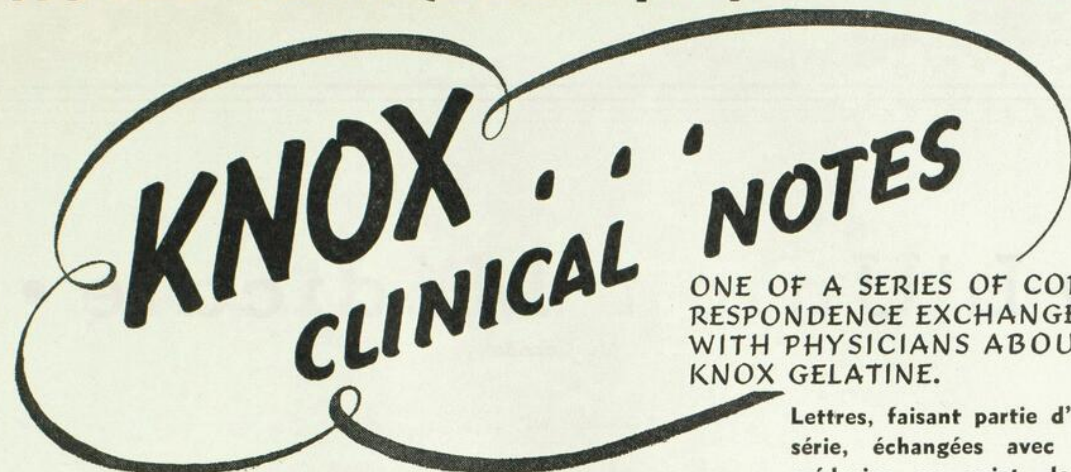
Albert PAQUET

J.-A. JARRY

#### MEMBRES DU CONSEIL

BAUDOUIN, J.-A., 23, Springrove, Montréal . . . . .	(1940)	LEBEL, M.-H., 3646, Laval, Montréal . . . . .	(1940)
BEAUCHEMIN, L.-O., Calgary, Alberta . . . . .	(1942)	LeSAGE, Albert, 260, Carré Saint-Louis, Montréal . . . . .	(1940)
BELISLE, J.-R., Hull . . . . .	(1942)	MARION, D., 326 est, boul. Saint-Joseph, Montréal . . . . .	(1942)
BERTRAND, F., Sherbrooke . . . . .	(1940)	MATHE, P.-C., 450, Sutter, San Francisco . . . . .	(1940)
BIBAUD, B., Valleyfield . . . . .	(1940)	MAYNARD, Oswald, 73, West Pearl, Nashua, N.-H. . . . .	(1942)
BOURBEAU, L.-A., Val d'Or, Abitibi . . . . .	(1942)	MELANÇON, W., Drummondville . . . . .	(1942)
BOURGEOIS, B.-G., 418 est, Sherbrooke, Montréal . . . . .	(1942)	MERCIER, O., 943, Cherrier, Montréal . . . . .	(1940)
COLLIN, Donat, Saint-Boniface, Manitoba . . . . .	(1942)	MILOT, J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River, Mass. . . . .	(1940)
CREPAULT, A.-Z., 403 est, Sherbrooke, Montréal . . . . .	(1940)	NORMAND, Hudon, Trois-Rivières . . . . .	(1942)
DAGNEAU, P.-C., 4, rue Collins, Québec . . . . .		PAQUET, Albert, 71, Sainte-Anne, Québec . . . . .	
DE BLOIS, Chs, Trois-Rivières . . . . .		PERRAS, J.-E., Hull . . . . .	(1940)
DUBE, J.-E., 454 est, Sherbrooke, Montréal . . . . .		PHENIX, Georges, Saint-Jean . . . . .	(1940)
DUBE, L.-F., Notre-Dame du Lac, Témiscouata . . . . .	(1942)	PIETTE, Ed., Joliette . . . . .	(1942)
DUMAS, F.-A., Edmonton, Alberta . . . . .	(1942)	PLOUFFE, R., 772, Villeray, Montréal . . . . .	(1942)
DUMONT, C.-E., Campbellton, N.-B. . . . .	(1940)	PROVENCHER, Gustave, Granby . . . . .	(1942)
FALCON, A.-J.-B., Pawtucket, R.-I. . . . .	(1940)	RICHARD, A.-L., 168 est, Laurier, Ottawa . . . . .	(1942)
FONTAINE, J.-F.-A., Woonsocket, R.-I. . . . .	(1942)	ROY, C.-E., Nicolet . . . . .	(1940)
GATIEN, J.-F.-A., 4765, Adam, Montréal . . . . .	(1942)	SAUCIER, Jean, 300 est, Sherbrooke, Montréal . . . . .	(1940)
GAUDET, Richard, Sherbrooke . . . . .	(1940)	SAVOIE, L.-P., Roberval . . . . .	(1942)
GAUTHIER, P.-P., 47, Hazelwood, Montréal . . . . .	(1942)	SMITH, Pierre, 418 est, Sherbrooke, Montréal . . . . .	(1940)
GIROUARD, J.-A., 19, Union, Willimantic, Conn. . . . .	(1942)	SAINT-JACQUES, E., 110 ouest, Pr.-Arthur, Mntri . . . . .	(1940)
GRANGER, Amédée, Canal Bank Bldg., N.-O., La. . . . .		TANGUAY, R., Sudbury, Ont. . . . .	(1942)
JARRY, J.-A., 7718, Saint-Hubert, Montréal . . . . .		TASSE, C.-E., Worcester, Mass. . . . .	(1940)
LACASSE, G., Sénateur, Tecumseh, Ont. . . . .	(1942)	TRUDEL, J.-J., Winnipeg, Manitoba . . . . .	(1942)
LAFRAMBOISE, J.-M., 692, Saint-Patrice, Ottawa . . . . .	(1942)	VALIN, R.-E., 165 est, Laurier, Ottawa . . . . .	
LAPOINTE, J.-H., 163, Laurier, Ottawa . . . . .		VIDAL, J.-A., 454 est, Sherbrooke, Montréal . . . . .	(1940)
LAROCHELLE, J.-E., Manchester, N.-H. . . . .	(1940)	VIGER, J.-A., Saint-Hyacinthe . . . . .	(1940)
LAROCHELLE, R., Biddeford, Maine . . . . .	(1942)	VOORHYES, R.-D., Lafayette, La. . . . .	(1942)

## NOTES CLINIQUES à propos de KNOX



ONE OF A SERIES OF CORRESPONDENCE EXCHANGES WITH PHYSICIANS ABOUT KNOX GELATINE.

Lettres, faisant partie d'une série, échangées avec des médecins au sujet de la Gélatine Knox.

### Le CONTENU de GLYCINE dans la GELATINE KNOX

Un médecin écrit: « Au sujet de la Glycine — glycol  $\text{NH}_2 \text{CH}_2 \text{COOH}$  — la gélatine en contient une grande quantité. Aux malades souffrant de fatigabilité et d'épuisement nerveux je prescris beaucoup de Gélatine Knox, associée à 15 à 30 grammes de Glycine par jour, et les résultats en sont très bons. La Glycine est plutôt onéreuse pour les patients — environ huit dollars la livre. J'aimerais savoir le pourcentage de Glycine que contient votre meilleure qualité de Gélatine Knox, afin que je puisse substituer des rations plus copieuses de Gélatine Knox et diminuer la dose de Glycine pure, pour atteindre un niveau plus économique. »

### Le LABORATOIRE DE LA GELATINE KNOX

Voici ce que nous avons répondu:

« Nous vous remercions, Docteur! Vous avez raison en ce qui concerne la Gélatine Knox. Des quantités de plus en plus considérables sont données dans les cas d'asthénie. La Gélatine Knox contient 25% d'acide amino-acétique (Glycine). De bonnes quantités peuvent être données dans les soupes, les bouillons et autres recettes, par cette Gélatine savoureuse et si économique, pour fournir la quantité de Glycine nécessaire. La façon la plus simple de la servir est peut-être la suivante. »

**Échantillon et livre de recettes utiles envoyés sur demande. Ecrivez au Dept. 472.**

#### LAIT FOUETTÉ « KNOX »

Mettez le contenu de 4 enveloppes de Gélatine Knox dans un verre ordinaire. Ajoutez 4 onces de lait froid et laissez tremper durant cinq minutes. Ajoutez encore 2 onces de lait et brassiez bien jusqu'à consistance homogène. Placez alors le verre dans une petite bouilloire remplie d'eau chaude, et laissez-le ainsi jusqu'à ce que le mélange devienne liquide. Ajoutez encore 2 onces de lait froid, ce qui lui donnera une température satisfaisante, à peu près celle du corps humain. On peut y ajouter une cuillerée à soupe de jus de prune ou quelques gouttes d'essence ordinaire, telle que la vanille.  
Total: 8 onces liquides - environ 250 calories.

*Pourquoi vous devez insister sur la "Knox Sparkling Gelatine"*

Parce que la Gélatine contient 85% de protéine sous forme facilement assimilable — parce qu'elle ne contient absolument pas de sucre ou autres substances susceptibles de causer des gaz ou de la fermentation. La Gélatine Knox ne doit pas être confondue avec une poudre de gélatine manufacturée, chargée de sucre. La Gélatine Knox a été employée avec succès dans les régimes des convalescents, des anorexiques, des tuberculeux, des diabétiques, des colitiques et des vieillards.



**KNOX SPARKLING GELATINE**  
**IS PURE GELATINE — NO SUGAR**

**KNOX GELATINE LABORATORIES**  
**JOHNSTOWN, NEW YORK**

---

---

# • L'Union Médicale •

(du Canada)

Fondée en 1872

Bulletin de l'Association des Médecins de Langue Française  
de l'Amérique du Nord.

●

**CONDITIONS DE PUBLICATION:** « L'Union Médicale (du Canada) » paraît tous les mois. Cette Revue est l'organe officiel de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord. Elle publie les travaux des Congrès et tous les communiqués de l'Association.

Chaque numéro contient des mémoires originaux, des faits cliniques, un mouvement médical, une revue générale, des notes de pharmacologie et de médecine pratique, des analyses, des revues de livres et des nouvelles médicales.

●

**ABONNEMENT:** L'abonnement est de cinq dollars par année. Les membres déjà inscrits à l'Association des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord ont droit, de ce fait, à la réception du Journal ainsi que tous les médecins qui font partie des Sociétés Médicales des divers Etats et Provinces.

●

**COLLABORATION:** Seuls les travaux inédits sont acceptés.

●

**MANUSCRITS:** Les manuscrits doivent être dactylographiés avec double interligne.

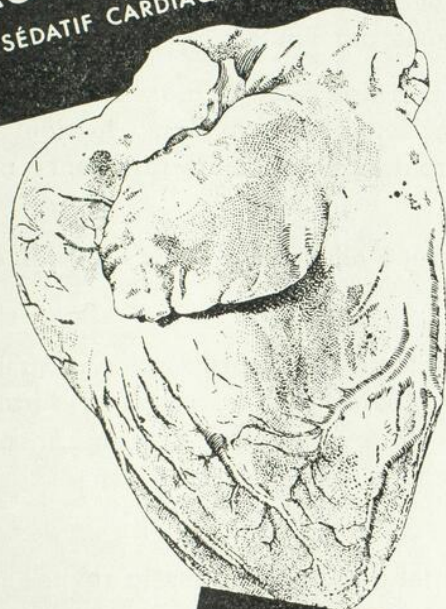
---

---

LABORATOIRES DEGLAUDE  
15, BOUL<sup>g</sup> PASTEUR, PARIS (XV<sup>e</sup>)

■  
MÉDICAMENTS CARDIAQUES  
SPECIALISÉS

**SPASMOSÉDINE**  
SÉDATIF CARDIAQUE



**DIGIBAÏNE**  
TONIQUE CARDIAQUE

*les 2 médicaments cardiaques essentiels*



Agents généraux pour le Canada:

**MILLET, ROUX & CIE <sup>à</sup>LIMITÉE**

1215, RUE SAINT-DENIS

MONTREAL

**ILLUSTRATIONS:** L' « Union Médicale » assume les frais de cinq illustrations au maximum, pour chaque travail, pourvu que les auteurs fournissent des photographies et des dessins convenables; les illustrations supplémentaires sont payées par l'auteur.

Nous n'acceptons pas des négatifs de clichés.

Chaque illustration doit porter au verso le nom de l'auteur et les photographies devront être claires, de préférence noires et sur papier glacé.

Les dessins doivent être effectués à l'encre de Chine sur papier blanc.

•

**EXTRAITS:** L'auteur peut obtenir des extraits pourvu qu'il signe la formule accompagnant la galée et qu'il en assume les frais.

Tous changements du texte de la galée entraînent des frais supplémentaires pour l'auteur.

•

**TARIF:** Sans page de titre, tel que publié dans la revue

	4 pages	8 pages	16 pages	32 pages
100	\$3.00	\$ 5.00	\$ 7.50	\$12.50
200	3.75	6.00	11.00	18.00
500	5.50	10.50	17.00	26.50
1000	7.75	15.00	23.15	33.00

La page de titre comprenant 4 ou 5 lignes de texte sera fournie au prix de \$1.50 pour les frais de composition, et les corrections d'auteur devront être payées au prix de l'heure.

Couverture imprimée en noir, qualité et couleur or de la revue

100	. . . . .	\$ 5.00
200	. . . . .	6.50
500	. . . . .	11.00
1000	. . . . .	18.50

Tous ces prix sont susceptibles d'être majorés de la taxe fédérale et de la taxe municipale s'il y a lieu, et de toute autre taxe qui pourrait survenir.

# TRISILEX

## Pour favoriser une digestion stomacale complète

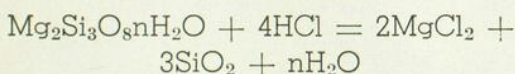
Le **Trisilex** est un Trisilicate de Magnésie C. P. préparé spécialement pour combattre l'hyperacidité de l'estomac en favorisant une digestion stomacale complète.

Maud a défini le Trisilicate de Magnésie comme étant un composé synthétique ayant pour formule  $H_4 Mg_2 Si_3 O_{10}$  sous forme de cristallins de très petites dimensions colloïdales beaucoup plus petites en grosseur que celles du kaolin dans les variétés les plus raffinées que l'on puisse obtenir.

### Action de Trisilex:

Le Trisilex possède de fortes propriétés antiaçides et il agit de la manière suivante:

Cette poudre en présence de l'eau réagit avec le suc gastrique normal (qui correspond à l'acide hydrochlorique n/20) et une réaction complexe se produit entre deux colloïdaux hydratés et deux électrolytes; à la température du corps il faut généralement 3 heures pour que le processus soit complet. La réaction se faisant in vitro d'après l'équation suivante:



L'équilibre de l'acidité peut être calculé comme l'équivalent de la magnésie contenue dans le Trisilex, la moitié à peu près neutralisant rapidement le surplus

d'acide gastrique tandis que l'autre moitié occasionne une neutralisation secondaire et lente pendant les quelques heures qui suivent.

Au point de vue chimique, c'est la lenteur de la réaction qui est importante, la durée de l'action antiaçide est approximativement égale à l'espace de temps requis pour la digestion gastrique.

### Toxicité:

Le Trisilex n'est pas toxique et ne peut réduire l'acidité du suc gastrique en dessous de son point normal; si une trop grande dose est donnée il est éliminé par l'intestin.

Le Trisilex étant insoluble, il ne peut augmenter la réserve d'alcali du corps; même une forte dose, pendant un temps prolongé, ne change pas l'acidité de l'urine.

### Indications Therapeutiques:

Le Trisilex est recommandé pour le traitement des ulcères peptiques, l'hyperacidité de l'estomac, les gaz d'estomac, vomissements chez les femmes enceintes, dyspepsie, ou autres cas de mauvaises digestions stomacales.

### Mode d'emploi:

Une cuillerée à thé dans un demi-verre d'eau après les repas. Répétez après 1 heure si nécessaire.

Préparé par

**CASGRAIN & CHARBONNEAU LIMITÉE**

30 EST, RUE SAINT-PAUL, MONTRÉAL

---

---

•

**BIBLIOGRAPHIE:** L'index bibliographique de chaque travail doit être restreint aux indications les plus importantes. Le Journal se réserve toujours le droit de le limiter. Chaque indication bibliographique doit être fournie comme suit: nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, volume, page, mois (jour du mois, si le périodique est hebdomadaire), année.

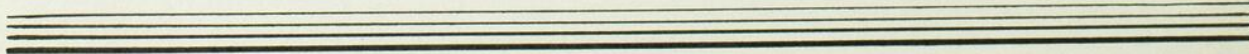
•

**PUBLICITÉ:** Le texte des annonces doit aller sous presse quinze jours avant la date de publication.

Le barème des annonces est fourni sur demande à Jacques D. Clerk, publiciste, 326 est, blvd Saint-Joseph. Téléphone: LAncaster 9888.

Tout annonceur qui n'observe pas l'éthique professionnelle est exclu de notre publicité, et nous saurons gré à nos lecteurs d'attirer notre attention sur toute dérogation à cette ligne de conduite.

Tout ce qui concerne la rédaction et l'administration doit être adressé franco aux bureaux de l'« Union Médicale (du Canada) », 326 est, Boulevard Saint-Joseph, Téléphone: LAncaster 9888.





Le  
NEZ

• *Cheminée à double tuyau qui s'encrasse vite, tire mal, s'obstrue, ronfle et se change en fontaine. Rhino-Orargol débouche, désinfecte et ramone la cheminée, la dégrasse, l'assèche et lui rend son tirage normal et son harmonieuse résonance naturelle.*

## RHINO-ORARGOL

**COMPOSITION:** Colloïde d'Argent, 0.09% — Colloïde d'Or, 0.01% — Ephédrine 1/2%

**INDICATIONS:** Les « Rhumes de Cerveau », Sinusites, Rhinites, Fièvres des Foins, etc.

**MODE D'EMPLOI:** Quelques gouttes dans chaque narine. — En flacons de 15 cc., avec compte-gouttes.

*Échantillon et littérature sur demande à:*

**ANGLO-FRENCH DRUG Cie, 354 est, rue Sainte-Catherine, MONTREAL**



ONGUENT ANALGÉSIQUE  
ET ANTIPRURIGINEUX

# NUPERCAINAL

## “CIBA”

Le **Nupercainal**, pommade onctueuse et douce, facile à appliquer, facile à enlever par essuyage ou lavage à l'eau tiède, 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, coups de soleil, eczémas, macérations de la peau, décubitus, ulcères, prurit anal et vulvaire, fissures anales, hémorroïdes, etc.**

Tubes d'une once

En pots d'une livre



# CIBA

759 Victoria Sq., Montreal.

# POMMADE MIDY

## SUPPOSITOIRES MIDY

EPINEPHRINE  
STOVAINE  
ANESTHÉSINE  
EX<sup>1</sup> DE MARRONS  
D'INDE PRAIS STABILISÉ



**4**  
PRINCIPES  
ACTIFS

# HÉMORROÏDES

LABORATOIRES MIDY, 67 AVENUE DE WAGRAM, PARIS, (France)

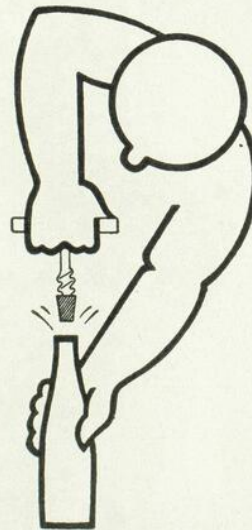
Agents pour le Canada: **VINANT Ltée**, 533, rue Bonsecours, **MONTRÉAL**.

# STOVÉDRINE

POMMADE NASALE  
SOLUTION POUR  
PULVERISATIONS

**CORYZA, ASTHME,  
RHUME DES FOINS**  
*SÉDATION IMMÉDIATE*

STOVOCAINE  
EPHÉDRINE  
NATURELLE



**DÉBOUCHE LE NEZ**

LABORATOIRES LICARDY, 38, Boulevard Bourdon Neuilly s/Seine

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

# Un grand progrès en matière d'ANTISEPSIE

*Le 'DETTOL', nouvel antiseptique anglais, a un coefficient phénol de 3.0, d'après l'essai de laboratoire d'hygiène, et cependant, il n'irrite pas les tissus, même à des concentrations élevées.*

## Se vend maintenant au Canada

Un antiseptique qui est trois fois plus puissant que l'acide carbolique, comme l'établit l'essai de laboratoire d'hygiène, qui n'est pas toxique et qui n'irrite pas les tissus humains, même à des concentrations élevées. Tel est le "Dettol", le nouvel antiseptique anglais que l'on fait connaître actuellement à la profession médicale du Canada.

Ce produit est un liquide clair, à odeur douce et agréable, qui ne tache ni le linge ni la peau. Il possède toutes les qualités de l'antiseptique idéal: efficacité, pouvoir pénétrant et effet durable.

Un antiseptique de cette valeur est, sans contredit, de la plus grande utilité en chirurgie, en obstétrique, en médecine générale et pour les soins à apporter aux malades. N'étant toxique que pour les microbes et n'étant pas irritant, le "Dettol" convient particulièrement pour la maison, surtout s'il y a des enfants.

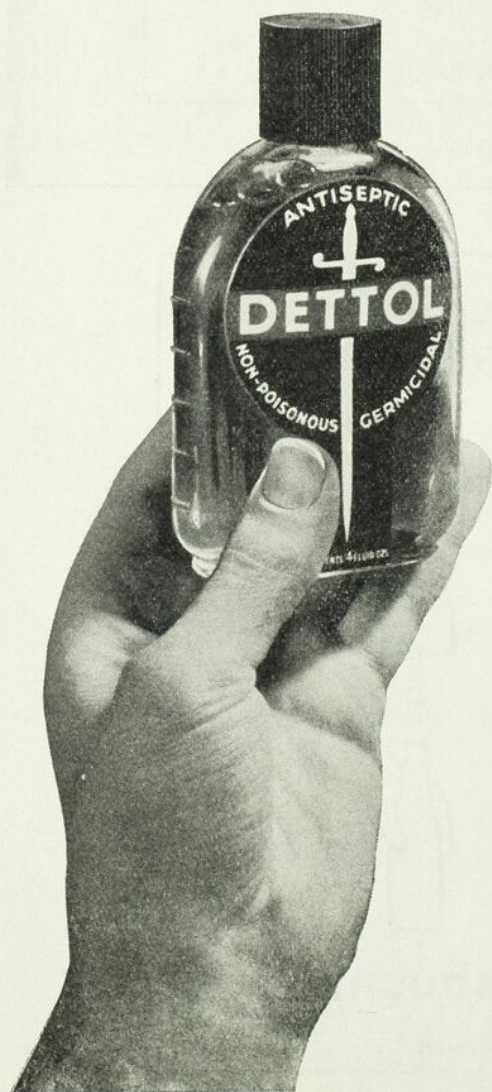
L'antiseptique "Dettol" se vend maintenant au Canada en petites et moyennes bouteilles ainsi qu'en récipients de grande contenance pour les hôpitaux et les médecins. Pour obtenir plus de détails ainsi qu'un échantillon du produit, écrivez à

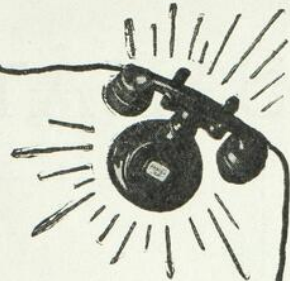
RECKITTS (OVER SEA) LIMITED  
Service des produits pharmaceutiques  
1000, rue Amherst, Montréal, P. Q.

# 'DETTOL'

marque déposée

L'ANTISEPTIQUE MODERNE





# RUSH CALL

## L'APPEL D'URGENCE APRES UNE NUIT BLANCHE POUR UN ACCOUCHEMENT

Sortir encore à la hâte. Le garçon Barnes est malade. Seulement un demi-déjeuner. Et comme votre tête fait mal! Très souvent le médecin qui est harassé, dont les nerfs sont tirillés et les muscles fatigués peut employer un bon calmant qui, cependant, ne doit pas embrouiller les facultés mentales.

*Bromo-Seltzer apporte un*  
**SOULAGEMENT RAPIDE**

Bromo-Seltzer est un des calmants modernes des plus efficaces. Des expériences cliniques ont démontré son efficacité à soulager rapidement les douleurs d'origine nerveuse. Bromo-Seltzer est un composé qui procure le maximum d'analgésie avec un dosage minimum.

Bromo-Seltzer empêche la transmission de la douleur aux centres supérieurs, ainsi l'activité mentale ne s'en trouve aucunement gênée. Au contraire, Bromo-Seltzer agit comme léger stimulant des facultés mentales. Les citrates donnent à Bromo-Seltzer son agréable effervescence et en font un splendide alcalin.

Bromo-Seltzer mérite votre essai personnel. Vous pourrez alors juger par vous-même que vous pouvez recommander ce produit scientifique à vos patients.

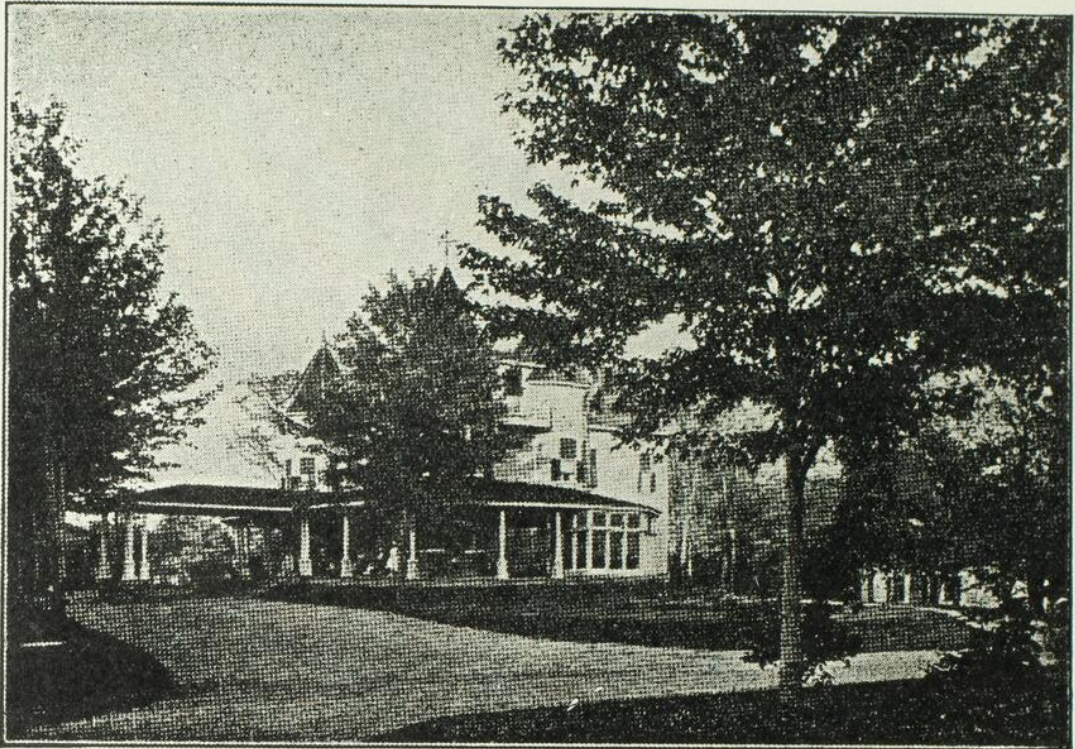
*Pour échantillons de Bromo-Seltzer  
écrivez simplement à:*

**BROMO-SELTZER LTD.**  
TORONTO - - CANADA



# SANATORIUM PRÉVOST

INCORPORÉ



## 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

FONDÉ EN 1896 PAR LE DOCTEUR DE BLOIS



# SANATORIUM DE BLOIS

225, boulevard Laviolette,

TROIS-RIVIÈRES, Qué.

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

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

PRIX MODÉRÉS

DEUX MÉDECINS RÉSIDENTS ET PLUSIEURS MÉDECINS CONSULTANTS.

Deux solariums, service d'ascenseur, etc.

**Médecin-directeur,**  
**Dr CHARLES DE BLOIS,**

**Directeur-adjoint,**  
**Dr GEORGES DE BLOIS,**

TROIS-RIVIÈRES, P. Q.  
Téléphone, 3420

*Les aliénés et les contagieux ne sont pas admis.*

P R O S P E C T U S   S U R   D E M A N D E



"Par suite de la difficulté que l'on rencontre à se procurer du lait de femme, tous les bébés (au Service des Prématu-rés, Hôpital Général de Cincinnati) sont nourris au lait évaporé additionné d'eau et de lactose bêta. Les résultats obtenus sont favorables si on les compare à ceux des années précédentes où l'on employait du lait de femme." Conférence: Assemblée de la Région III, Académie Américaine des Pédiatres; J. Pédiat, 710, mai 1937.

## POUR LES PRÉMATURÉS



### UN LIVRET POUR LES MÉDECINS

— Vous êtes prié d'écrire pour demander un exemplaire du livret intitulé: «Alimentation Simplifiée pour Bébés». Vous y trouverez des renseignements provenant d'autorités compétentes sur l'emploi du Lait Carnation Irradié dans tous les cas d'alimentation — normale ou difficile... Carnation Company, Ltd., Toronto, Ontario.

Le succès obtenu avec le lait évaporé dans l'alimentation des enfants prématurés est dû, en grande partie, à la transformation du lait en caillots mous — qualité qu'il doit à la chaleur à laquelle il a été soumis pendant sa stérilisation... Sous ce rapport, l'uniformité du Lait Carnation Irradié est assurée par le contrôle exact de la durée de la stérilisation et de la chaleur dégagée au cours de celle-ci — et c'est là une des raisons pour lesquelles ce produit est devenu le lait évaporé que choisissent nombre de pédiatres.



# CARNATION MILK

## IRRADIÉ

UN PRODUIT CANADIEN "Provenant de vaches bien nourries"

# LIQUEUR LAVILLE

## “L'ANTIGOUTTEUX”

**Composition:** À base de quinium, colocynthis et des principes actifs de convalleria maialis, gentiana, scilla, hermodactylus et fraxinus excelsior: vin médicamenteux concentré.

**Mode d'Action:** Facilite la dissolution et l'élimination des Tophi. Provoque une augmentation de l'excrétion urique. Elle est essentiellement sédative de la douleur.

**Posologie:**

{ Crise Violente, 1 cuil. à café 2 heures avant les repas ou 4 heures après.  
 { Crise Modérée, 1 cuil. à café le matin à jeun pendant 3 jours.  
 { Dose Préventive, ½ cuil. à café le matin à jeun.

La LIQUEUR du Dr LAVILLE se présente aussi en flacon de 150 pilules.

**LABORATOIRES CLIN, COMAR & CIE - PARIS**

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

# LIPIODOL LAFAY

Huile d'œillette iodée à 40 %  
 0 gr. 540 d'iode par c. c.

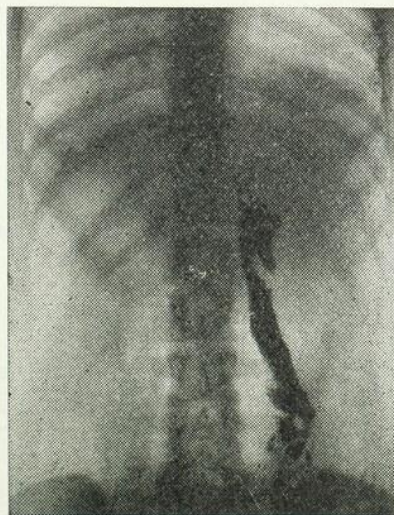
**pour combattre :**

A S T H M E  
 A R T E R I O S C L E R O S E  
 L Y M P H A T I S M E  
 R H U M A T I S M E  
 A L G I E S D I V E R S E S  
 S C I A T I Q U E  
 S Y P H I L I S

**AMPOULES, CAPSULES, POMMADE  
 ÉMULSION, COMPRIMÉS**

**Pour explorer :**

S Y S T È M E N E R V E U X  
 V O I E S R E S P I R A T O I R E S  
 U T E R U S E T T R O M P E S  
 V O I E S U R I N A I R E S  
 S I N U S N A S A U X  
 V O I E S L A C R Y M A L E S  
 A B C È S E T F I S T U L E S



Abcès froid exploré au "LIPIODOL"  
 (Collection Sicard et Forestier)

**VINANT Ltée**, 533, rue Bonsecours, **MONTREAL**

Agents exclusifs pour le Canada:

**LABORATOIRES A. GUERBET & C<sup>ie</sup>** 22, Rue du Landy, 22  
**PARIS - SAINT-OUEN**



## SOULAGE LA CONGESTION — COMBAT L'INFECTION

La Métaphédrine "99" en solution huileuse fournit au médecin la préparation qui lui permet de prévenir et de soulager les complications résultant du rhume simple, de la rhinite hypertrophique, du coryza, et de toutes les infections du nez ou des sinus.

La Métaphédrine est une combinaison

d'Ephédrine à 1% et de l'antiseptique bien connu: Métaphène à la dilution de 1:2500e dans l'huile minérale douce.

L'originalité de la Métaphédrine réside dans l'action combinée qui permet à la fois de soulager le malaise causé par la congestion des voies respiratoires et de limiter et d'enrayer l'infection.

*Échantillon et littérature sur demande.*

**LABORATOIRES ABBOTT, Limitée,**  
388 ouest, rue Saint-Paul, Montréal.

# METAPHEDRINE N° 99

## BULLETIN

---

## RÉFLEXIONS



Avec ce numéro de décembre se termine le premier volume de *l'Union Médicale du Canada* depuis son alliance avec *le Bulletin de l'Association des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord*. N'avons-nous pas raison d'être fiers de cette fusion?

Il y avait un risque réel à tenter une publication d'une telle envergure. Après avoir mesuré notre force, scruté les bonnes volontés, réveillé certaines indolences, adouci certains angles, amorti des sursauts, nous avons ouvert nos voiles et nous voguions d'emblée en pleine mer, immédiatement en butte à des accusations de fautes de technique. Pour certaines gens, notre départ était intempestif. Mais l'assemblée du grand Conseil de l'AMLFAN approuva notre audace et, bientôt, sur une mer plus calme, les mois se succédèrent sans qu'à l'horizon un nuage noir se dessinât.

De partout, des provinces canadiennes, des Etats américains, de France, de Belgique, des pays de langue française nous venaient des félicitations et des encouragements.

Seul intermédiaire de publicité au nom du Congrès qui eut lieu à Ottawa-Hull en septembre dernier, il servit admirablement la cause, et le succès remporté témoigne assez hautement du lien créé par cette diffusion mensuelle, chez les membres de notre association, d'une littérature médicale scientifique, de nouvelles et d'intérêts professionnels.

Je craindrais de blesser certains auteurs, par omission, en essayant de soupeser la valeur des travaux publiés. Tous mériteraient, certes, une mention; ils nous sont venus de partout, tant de la Province, que de l'étranger.

Ce que je ne peux toutefois passer sous silence, c'est le fait que plus de la moitié des travaux du dernier Congrès sont déjà publiés, alors qu'avec les anciennes publications il nous fallait attendre des mois, voire même parfois plus de deux années, avant d'en compléter la publication. D'ici deux mois, nous aurons sûrement terminé l'impression de tous les travaux présentés en septembre à Ottawa.

Ceci n'a pas empêché la publication, dans les dernières éditions, de certains travaux particulièrement appropriés qui nous sont venus de l'extérieur et que nous avons cru devoir passer parce que déjà il y avait plusieurs mois qu'ils étaient en notre possession. L'abondance de la matière nous a forcés de retarder la publication d'un certain nombre d'articles et nous nous en excusons auprès des

auteurs, leur assurant toutefois que nous procédons toujours par ordre de réception et qu'incessamment ils pourront se lire dans les éditions des premiers mois de l'année 1939.

La famille de *l'Union Médicale du Canada* et du *Bulletin de l'Association des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord* est grande; les pages de son Journal sont ouvertes à ceux qui désirent transmettre à leurs collègues le fruit de leur expérience. Nous invitons donc tous et chacun de nos collègues à nous faire parvenir, au secrétariat, tous articles ou nouvelles susceptibles d'intéresser les confrères.

Les rubriques sont nombreuses et variées. Les analyses, particulièrement lues, sont le fait d'une lecture attentive au cours de laquelle des notes sont jetées sur le papier; elles apportent succinctement à celui qui est pris par le travail quotidien, la facilité de se mettre au courant de faits nouveaux en quelques minutes, quitte à se reporter à l'article original, à l'occasion.

L'idée qui a présidé à l'élaboration de cette revue ne périra pas. Depuis sa fondation elle n'a fait que progresser. Dans ces dernières quinze années particulièrement, elle a évolué avec une ardeur et un enthousiasme jusqu'alors inconnus, pour atteindre cette année une forme, un volume, un débit et surtout une valeur scientifique qui la place au rang des meilleures revues médicales françaises, citées couramment dans les index et les bibliographies. Elle fait le tour du monde, et nous n'en avons pour preuve que les demandes d'échange et d'extraits qui nous parviennent des quatre coins du globe.

L'œuvre est créée.

L'œuvre demeurera.

Elle est vôtre: c'est vous qui la maintiendrez.

A l'approche des fêtes de Noël et du Nouvel An, les Comités de Direction, de Rédaction et de Collaboration de *l'Union Médicale du Canada* et du *Bulletin de l'Association des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord* adressent à tous leurs lecteurs leurs vœux de bonheur, de santé et de prospérité pour 1939.

GERIN-LAJOIE.

---

# UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

## CHAIRE D'UROLOGIE DE LA FACULTE DE MEDECINE

### Leçon inaugurale du Professeur Oscar MERCIER<sup>1</sup>

Monseigneur le recteur,  
Monsieur le doyen,  
Mesdames, Messieurs,

En prenant possession de la chaire d'Urologie que l'Université de Montréal vient de créer, et avant même d'assurer mon entier dévouement au Conseil de la Faculté de médecine qui m'a témoigné sa confiance et sa bienveillance en m'accueillant dans son sein, je m'efforcerais vainement d'empêcher les premières paroles que je dois prononcer en ma qualité de titulaire, d'aller tout droit aux RR. SS. Hospitalières et à mes collègues de l'Hôtel-Dieu, pour les remercier de cette éclatante preuve d'amitié qu'ils ajoutent à toutes celles qu'ils m'ont prodiguées depuis douze ans. Comme s'il était nécessaire de relever encore l'éclat de cette inauguration, que la présence des autorités universitaires et des sommités de notre profession rend déjà suffisamment imposante, vous avez voulu, mes révérendes sœurs et mes dévoués collaborateurs de l'Hôtel-Dieu, que cette séance inaugurale prenne un air de fête, en m'offrant un admirable cadeau, cette toile de l'un de nos meilleurs peintres canadiens-français.

Le récipiendaire d'un si grand honneur et d'aussi touchantes marques d'estime serait ridicule de chercher à dissimuler son émotion; et si je verse dans la banalité en vous déclarant l'émotion qui m'étreint en ce jour où je crois se réaliser la grande ambition de ma vie, vous me pardonnerez sans doute l'aveu de ce sentiment banal, parce qu'il est profondément humain, et qu'il n'est pas interdit à un chirurgien d'être humain. J'osais à peine espérer qu'une aussi haute récompense fût jamais accordée à mes efforts. J'en suis aussi fier que reconnaissant à ceux qui m'ont con-

duit jusqu'ici. Cette consécration me lie à jamais à l'Université de Montréal et à l'Hôtel-Dieu; et je souhaiterais que vous éprouviez à l'œuvre, mieux que par mes paroles, mon entier dévouement à l'enseignement que vous me confiez, ma collaboration la plus sympathique au corps médical et à nos étudiants, mon admiration pour les religieuses hospitalières et pour les médecins de l'Hôtel-Dieu qui me firent, en 1926, à un moment difficile de ma carrière, un accueil que je ne pourrai jamais oublier.

\*  
\* \*

Monsieur le doyen,

Je suis heureux d'être le premier confrère que vous introduisez au Conseil de la Faculté de médecine, depuis votre récente accession au poste de doyen. Votre dévouement inlassable aux études médicales vous qualifiait entre tous pour devenir notre chef.

Personne ici ne peut connaître l'étendue des obligations que j'ai contractées envers vous. A mon retour d'Europe, vous m'avez tendu une main amicale, et votre influence, jointe à vos conseils, ont fortement facilité mon succès. Vous m'avez associé à votre travail à « l'Union Médicale du Canada » où, pendant trois ans, je fus votre secrétaire de rédaction. Et en juin dernier, vous me témoigniez de nouveau votre sollicitude en favorisant hautement la création d'une chaire d'Urologie à la Faculté de médecine. Obligation signifie gratitude; aussi dois-je vous remercier avec une affectueuse reconnaissance.

Si le Conseil de la Faculté de médecine m'a jugé capable de diriger l'enseignement de l'Urologie au Canada français dans cette nouvelle chaire, ce n'est point à moi seul qu'en revient le mérite. Je le reporterai, avec un sentiment de fidèle et respectueux souvenir, à

1. Prononcée à l'Hôtel-Dieu, le 19 octobre 1398.

ceux qui ont été mes maîtres et qui, par leur enseignement et par leur exemple, ont attiré vers moi votre confiance et vos suffrages.

\*

\*   \*   \*

Le maître qui m'a initié à la vie médicale fut mon père, le professeur Oscar Mercier. Fils unique, je fus l'objet de ses ambitions et de ses gâteries. Mais celles-ci ont consisté beaucoup plus dans l'avantage de pouvoir pénétrer dans l'intimité de ses pensées, que dans celui d'obtenir certaines faveurs. Homme d'énergie et rude travailleur, il n'admettait pas la flânerie et encore moins la paresse. Aussi dès mon jeune âge, au collège, il développa chez moi l'esprit de travail. Organisateur puissant et méthodique, il s'efforça de m'inculquer ces qualités. Enfin, excellent chirurgien et professeur limpide, il m'enseigna la chirurgie et fut mon premier maître. Guidé par lui dans mes études, j'ai donc eu le rare avantage d'avoir sous mes yeux un parfait modèle. Ma plus chère ambition a été et reste encore de calquer ma vie sur la sienne. Je sais tout le bonheur et tout l'orgueil qu'il prendrait à voir son fils siéger au Conseil de la Faculté de médecine; et ma joie serait complète s'il avait participé à cette cérémonie qui eût été pour lui le plus beau jour de sa vie.

\*

\*   \*   \*

Mes études terminées à l'Université de Montréal, je m'embarquai pour Paris. Je rends un respectueux hommage à mes maîtres canadiens, pour la plupart disparus. J'associe particulièrement au sentiment de ma gratitude le nom du professeur J.-E. Dubé et celui de mon beau-père, le professeur Théodule Bruneau, qui m'ont si efficacement aidé de leurs conseils.

\*

\*   \*   \*

A mon arrivée en France, je me sentis égaré au milieu des nombreux maîtres parisiens. J'ai contracté une dette d'affectueuse reconnaissance envers M. le professeur Louis Ombrédanne qui me dirigea dans mes études. Il

revenait d'un voyage au Canada, et m'accueillit chez lui où je pénétrai dans l'intimité de sa famille. Il ne découvrit chez moi aucun goût particulier pour la chirurgie plastique ou pour celle des enfants, et il dut par conséquent renoncer à m'enseigner ces spécialités qui étaient les siennes. Mais il m'aida de ses conseils et me fit acquérir la plus grande qualité du chirurgien, la personnalité. Il me donna confiance en moi-même et développa chez moi ce que Pascal appelait « la possession de soi ».

\*

\*   \*   \*

Un soir, à dîner chez Ombrédanne, je rencontrai celui qui m'enseigna les principes de la chirurgie et qui devait m'orienter vers l'urologie: M. le professeur agrégé Ernest Desmarest. Pendant un an, dans son service de Bicêtre, je travaillai à ses côtés. Il me prodigua ses conseils, me fit rédiger de nombreuses observations qu'il prenait un malin plaisir à démolir, me fit opérer fréquemment sous sa direction. Homme méthodique, habille chirurgien, il m'enseigna rapidement la chirurgie et spécialement celle de l'estomac et du côlon. Je rédigeai dans son service ma thèse de doctorat de l'Université de Paris. D'après ses avis, je suivis les conférences de l'Internat des hôpitaux, comme si je devais en briguer les suffrages. Je compris alors l'importance de cette gymnastique intellectuelle et tout l'avantage qu'elle procure. Au moment des vacances de l'été de cette première année, j'étais donc nettement orienté vers la chirurgie générale et surtout vers celle du tube digestif. Ce fut à son retour, en octobre, qu'il m'apporta une grande désillusion, celle de quitter mes études de chirurgie gastro-intestinale pour me fixer en urologie. Un voyage au Canada, au cours de l'été, lui avait permis d'entrevoir l'avenir d'un chirurgien urologiste à Montréal. Je dois donc à M. Desmarest l'orientation de ma carrière. Je quittai à regret son service où je restai cependant attaché comme consultant en urologie. De fait, au cours des années que je consacrai à mes études urologiques, j'étais appelé à Bicêtre

pour les malades atteints de quelque maladie de l'appareil urinaire. De plus, il me garda dans son intimité et continua à me prodiguer ses conseils.

Je dois à M. Desmarest non seulement de m'avoir orienté vers l'urologie, mais aussi de m'avoir indiqué le maître qui devait m'enseigner: M. le professeur Georges Marion. Quand je lui demandai une lettre d'introduction pour celui qu'il m'indiquait, il me dit: « Présentez-vous spontanément à lui, car Marion déteste les lettres de recommandation ». J'eus la malencontreuse idée d'aller frapper au domicile du célèbre praticien; ma carrière d'urologue fut sur le point de sombrer dans son cabinet de consultation. Décidé, je retournai le lendemain matin le relancer à son service de Lariboisière. Il me demanda énigmatiquement si je voulais suivre son service ou le suivre. Perplexe, je lui répondis que je voulais suivre son service, de façon à le suivre aussi. Ma réponse lui plut sans doute, puisqu'il me fit remettre un bon pour une blouse et un tablier — ce qui équivalait à une consécration. Ma carrière d'urologue commençait. Pendant plus de trois ans, j'eus le rare bonheur de suivre constamment un maître aussi parfait; je vécus dans le rayonnement de cette vive intelligence, à côté de ce professeur passionné pour l'enseignement et qui laissera une trace si profonde dans l'Urologie.

Il n'est guère d'usage de tracer l'œuvre d'un savant qui vit encore, et d'en classer les conséquences. Mais notre profession nous oblige aux constatations immédiates et positives, et nous contraint souvent aussi d'outrepasser les précautions oratoires et les protocoles sociaux. C'est ainsi qu'en assumant la chaire que la Faculté de médecine a bien voulu me confier, j'ai cru devoir m'ouvrir sans vergogne afin d'apprendre au corps médical et à nos étudiants, quelle a été la formation du titulaire qui leur présentera le résultat de ses travaux et de ses expériences; et c'est ainsi qu'étant appelé à professer sur une terre lointaine, mais dans une Université bien française, j'exprimerai à mon vénéré maître Marion ma

propre gratitude, en faisant connaître son œuvre au Canada, et la reconnaissance de tous nos urologues qui lui revaudront d'avoir rendu leur tâche plus simple, plus aisée et plus efficace.

C'est en 1908 que Marion prit possession du service Civile à l'Hôpital Lariboisière, où il demeura jusqu'en 1931 pour passer à la chaire de Clinique urologique à Necker. Nous pouvons nous représenter ce qu'était l'Urologie à cette époque, quand nous savons que ce n'est qu'en 1897 qu'Albarran présenta le cystoscope à onolet qui permettait la cathétérisme des uretères. Nous pouvons dire que Marion, par ses travaux, compléta l'essor qu'Albarran avait donné à l'Urologie. Il serait impossible de décrire ici tous les travaux que lui et ses élèves ont publiés et de calculer leur contribution à l'Urologie pendant trente ans. Nous mentionnerons les principaux de ces travaux, ceux qui ont jalonné ou bâti la science urologique moderne.

Les livres de Marion caractérisent son enseignement. Ils sont remarquables par la limpidité, la précision de leur style; leur lecture en est rendue facile par leur dépouillement de tout appareil littéraire; la logique avec laquelle les faits sont développés grave dans la mémoire le sujet exposé. Le premier en date est un *Précis de thérapeutique urinaire*, publié en 1910. Deux ans plus tard paraissaient les *Leçons de chirurgie urinaire*. Puis le *Traité pratique de cystoscopie et de cathétérisme urétéral* est publié chez Masson, en collaboration avec Heitz-Boyer. Ce traité de cystoscopie, le premier édité dans le monde entier, servira de base à l'enseignement universel des lésions de la vessie vues au travers du cystoscope. Enfin, après la guerre, nous voyons paraître en librairie le *Traité d'urologie*. Ce dernier, qui en est à sa troisième édition, est certainement le meilleur de tous. Il est extraordinaire qu'un seul homme ait pu écrire une œuvre aussi considérable. Ce traité se compare, par l'abondance des matières, avec d'autres ouvrages publiés en collaboration par plusieurs urologues. Ceux-ci à cause de la multiplicité des auteurs, ont

des chapitres d'inégale valeur, tandis que celui de Marion a une tenue régulière. Il est le grand traité consulté et étudié par tous les urologues. Nous pouvons dire que c'est un véritable trésor que Marion nous a donné là. Nous avons aussi de lui un *Manuel de technique chirurgicale* qui en est à sa sixième édition, où nous trouvons décrites les différentes techniques opératoires et principalement celles qui lui sont personnelles. Enfin, Marion publia en 1936 un précis intitulé: *Quelques vérités premières en urologie*. Aucun écrit du professeur Marion ne peint mieux son caractère, son tempérament et son exposé clinique.

La technique chirurgicale urologique lui est redevable de nombreuses interventions dont il a réglé les mouvements. La chirurgie du rein lui doit en particulier une intervention très simple et absolument bénigne, qu'il a préconisée sous le nom de « *pyélotomie élargie* », par laquelle nous pouvons extraire des calculs volumineux des cavités rénales sans grand délabrement du parenchyme. Avant cette intervention, les gros calculs rénaux étaient enlevés par la néphrotomie large, dangereuse et dilacératrice, dont l'issue était fréquemment l'ablation du rein. Nous pouvons dire que Marion, par sa pyélotomie élargie où il branche sur l'indication du bassinet une autre intéressant le rein sur la face postérieure, a prouvé l'inocuité de ces incisions sur les faces antérieure ou postérieure du rein, conception jusqu'alors niée. Les néphrotomies partielles sur les faces du rein, opérations maintenant pratiquées, découlent de cette intervention de Marion.

De plus, en étudiant la calculose dans ses différentes localisations sur l'arbre urinaire, il a établi les indications de l'intervention dans chacun des cas particuliers qui peuvent se présenter en clinique, et il a fixé les indications de chaque méthode opératoire.

Il préconise un nouveau procédé de « *néphrostomie* ». Pour drainer le rein, ou pour dériver les urines par voie lombaire, il conseille de pénétrer dans le bassinet au moyen d'un dilateur gouttière de Tripier, ce qui a

l'avantage de ne pas aborder le bassinet par une grande incision du rein.

Là où il rend le plus grand service à l'urologue dans la pratique de la chirurgie rénale, c'est lorsqu'il décrit « *la conduite à tenir en présence de l'échappement du pédicule du rein* ». Nous savons que l'accident le plus dramatique, le plus déroutant et le plus dangereux qui peut survenir au cours de l'ablation du rein, est le glissement hors des pinces et des ligatures des veines et de l'artère qui alimentent l'organe. Si on cherche à reprendre immédiatement le pédicule, l'échec est certain et l'on risque de voir l'opéré succomber à l'hémorragie sur la table d'opération. Il enseigne qu'au moment où l'on voit le sang jaillir, il ne faut pas essayer de pincer, mais tamponner fortement de manière à arrêter l'hémorragie et attendre cinq minutes. Le tamponnement étant alors enlevé, on peut voir un jet insignifiant qui permet de saisir facilement les vaisseaux. Cette méthode, Marion ne l'enseignait pas seulement par ses écrits, mais par des faits pratiques. Et plusieurs fois nous l'avons vu laisser échapper un pédicule à seule fin de nous démontrer comment manœuvrer. L'enseignement de cette pratique au cours de l'échappement du pédicule a certainement permis de sauver de nombreuses vies.

L'urologie doit encore à Marion la ligne de conduite à suivre dans les suites opératoires de la *prostatectomie*. L'opération décrite par Fuller se terminait fréquemment par des échecs lamentables, à cause de l'infection qui se produisait dans la plaie et dans la cavité vésicale. Grâce aux tubes qu'il fit construire, Marion permit le drainage parfait de la vessie, l'isolement de la plaie de cystostomie de l'urine.

Si nous nous rapportons aux contributions de Marion sur le traitement opératoire des maladies de la vessie, nous voyons qu'il règle d'une façon définitive la cure chirurgicale des diverticules vésicaux et des fistules vésicovaginales. C'est en 1913 qu'il préconisa une opération pour la résection des diverticules de la vessie. Il ouvre largement la cavité vé-

sicale; il pratique alors une incision circulaire de la paroi de la vessie tout autour du diverticule, puis il place des pinces de Kocher sur le pourtour, comme on ferait sur la circonférence d'un sac herniaire. Enfin un ou deux doigts étant introduits dans l'intérieur du diverticule, la dissection s'opère de la même façon que l'on ferait dans un sac de hernie.

L'infirmité terrible que porte la femme atteinte de fistule vésico-vaginale est maintenant facilement guérie par la technique qu'il a décrite. Jusque là, ces fistules étaient opérées cinq, six ou sept fois sans succès, et la pauvre femme, devant ces échecs, vivait à l'écart et désespérée. Avec la cure par voie transvésicale décrite par Marion, nous pouvons dire que le succès est complet et définitif. Lui-même, en étudiant sa technique, rattache ses résultats:

1° à ce qu'il est plus facile d'aborder beaucoup de ces fistules par voie haute que par voie basse;

2° à ce qu'on a plus d'étoffe en les avivant par la vessie que par le vagin;

3° à ce qu'on est capable de repérer les uretères que l'on peut refouler, écarter;

4° enfin à ce que la cure des fistules vésico-vaginales par voie transvésicale est suivie de dérivation de l'urine par cystostomie qui est capitale pour le succès de l'opération.

Dans le même ordre d'idée Marion publie une autre technique pour la «*reconstitution d'un urètre continent chez la femme*». La destruction de l'urètre et du col vésical, consécutive à des traumatismes obstétricaux, constitue une infirmité aussi pénible que la fistule vésico-vaginale. Cette destruction, cause d'une incontinence d'urine perpétuelle, est d'une cure extrêmement délicate; mais le succès est complet grâce à l'opération de Marion.

Une infirmité grave qui peut atteindre l'homme est la rupture traumatique de l'urètre; il en résulte soit un rétrécissement avec sa pathologie, soit une fistule périnéale par où l'urine trouve issue. Nous sommes redevables à Marion du succès que nous obtenons dans la cure de ces états pathologiques de l'urètre masculin. Par sa technique «*de*

*la reconstitution de l'urètre par l'urétrorrhaphie circulaire avec dérivation de l'urine*», nous guérissons tous les malades atteints de ces affections.

Voilà, Messieurs, exposées d'une façon bien succinte, les principales opérations que Marion a créées et qu'il a placées dans l'arsenal chirurgical de l'Urologie.

La littérature urologique abonde de ses travaux; la liste de ses articles dépasse certainement le nombre de trois cents. Il nous serait impossible de les étudier ici.

Nous avons voulu, dans ce court espace de temps, vous exposer les plus importantes des différentes techniques opératoires qui marquent son œuvre.

\*  
\* \* \*

A côté de ces travaux personnels, Marion, pendant trente ans, a orienté, dans son service de Civiale ou de Necker, de nombreuses recherches et un nombre incalculable de publications de ses élèves. Leur énumération seule déborderait, par leur abondance, le cadre de cette leçon. Qu'il nous suffise de nommer ses principaux élèves dont le groupe est considérable. Nous y lisons des travaux de: Bardou, Bilger, Blanc, Bouchard, Bouillié, Brisson, Colombet, Dalsace, Danziger, Eltrich, Falci, Henry, Krummer, Kogan, Laroche, Lanzillota, Laquière, Lebrun, Luceri, Henri Marion, Mercier, Negro, Pollet, Péraire, Popovitch, Roucayrol, Sterian, Salvini, Viollet, et de combien d'autres!

\*  
\* \* \*

Elève de cette école Civiale dont Marion fut le créateur et l'animateur, j'ai la lourde tâche et le périlleux honneur d'en continuer l'enseignement au Canada français. Premier titulaire de cette nouvelle chaire d'Urologie de l'Université de Montréal, il me faut dresser un programme des leçons que je me propose de donner. Mon devoir primordial sera d'initier les élèves à la pratique courante dont ils auront besoin à chaque instant dans leur profession. Personne ne saurait prétendre que

l'urologie est la première et la plus importante de toutes les spécialités. La connaissance de l'obstétrique est certainement plus nécessaire au praticien. Cependant, ce dernier devra, au sortir de l'Université, être en mesure de dépister une tuberculose rénale, un cancer du rein, de soulager par un cathétérisme vésical bien exécuté un malade atteint de rétention complète d'urine. Le plus possible, je leur ferai examiner les malades, connaître et manier les instruments urologiques; je leur apprendrai les raisons de nos explorations et des moyens de diagnostic que nous demandons au laboratoire. Nous croyons, et mes collègues de la Faculté le savent, qu'il est préjudiciable à l'élève de partager, dans une même période, ses heures de travail entre des sujets différents. Nous avons donc été très heureux d'apprendre que le Conseil de la Faculté de médecine a décidé de nous consacrer les élèves tous les jours, de 9 à 11 heures. Ils viendront par groupes dans notre service où, durant trois semaines, ils vivront la vie quotidienne. Ils pourront ainsi voir un plus grand nombre de malades, approfondir les diagnostics et suivre l'évolution des maladies. Et nous avons la conviction que, dans leur pratique, ils pourront facilement diagnostiquer les maladies urologiques et réaliser d'une façon parfaite les traitements d'urgence.

Pour les praticiens qui veulent mettre au point leurs notions urologiques, pour ceux qui

se préparent à la spécialité, pour mes collègues qui déjà pratiquent avec talent l'urologie, je voudrais que mon service soit un centre toujours accueillant.

Cependant, je vous l'avoue, mon ambition s'étend plus loin. Dépositaire en cette terre d'Amérique de l'enseignement français, je caresse l'idée de faire connaître à nos collègues anglais et américains les méthodes de diagnostic et de traitement des urologues de France. Nous avons déjà commencé la réalisation de cet idéal en acceptant, depuis trois ans, un élève de l'Université de Pennsylvanie qui participe, durant toute une année, à la vie de notre service où il rédige sa thèse, pour l'obtention du diplôme de « maître en science urologique ». Deux de ces élèves ont déjà soutenu brillamment leur thèse, l'un sur le traitement des petites hydronéphroses, et l'autre, sur la ligature totale de la veine cave inférieure. Un troisième, actuellement dans notre service, prépare la sienne sur les ruptures traumatiques de l'urètre. Il entre en outre dans notre programme d'établir des cours de perfectionnement annuels, en langue anglaise, où nous exposerons les idées particulières aux maîtres de France. Cet enseignement de perfectionnement sera pour nous la façon la plus pratique d'exprimer notre reconnaissance à ceux qui nous ont instruits et formés, et de faire aussi connaître en Amérique la Faculté de l'Université de Montréal.

---

# MÉMOIRES

## LES CONDITIONS D'APPARITION DU MONGOLISME <sup>1</sup>

Par le professeur agrégé R. TURPIN,  
(Paris).

Les travaux de nos devanciers ont dégagé du groupe des arriérations mentales de l'enfance une affection bien caractérisée par les signes physiques qui l'accompagnent: le mongolisme, qui peut être défini « une dystrophie pseudo-mongolienne avec arriération mentale ».

Dans le cours des dix dernières années, j'ai pu recueillir 104 observations de cette curieuse maladie congénitale, et enrégistrer certains faits cliniques consignés dans les publications antérieures. Avec mon collaborateur A. Caratzali, j'ai étudié l'étiologie de cette maladie.

Nous avons pu dégager de ces études différents faits dont j'ai l'honneur de vous apporter les conclusions en limitant mon exposé aux particularités étiologiques <sup>2</sup>.

\*

\* \* \*

Bien que l'étiologie du mongolisme demeure encore très mystérieuse, les circonstances qui environnent son apparition sont assez particulières pour retenir l'attention du médecin.

Elles comportent d'autre part des déductions prophylactiques qui ne sont pas négligeables.

Les résultats de notre enquête peuvent être répartis en trois groupes:

*le 1er a trait à la morbidité des ascendants et des collatéraux;*

*le second aux conditions familiales de la maladie;*

1. Cette communication a été présentée au XV<sup>e</sup> Congrès de l'A. M. L. F. A. N., Ottawa-Hull, septembre 1938.

2. Cf. R. Turpin, A. Caratzali et H. Rogier: *Rapport du Ier Congrès Latin d'Eugénique*, p. 154 à p. 164, Masson, édit., 1938.

*le dernier, à la répartition de la maladie parmi les jumeaux.*

En même temps, nous avons conduit une enquête parallèle dans les maternités parisiennes auprès de 1,100 mères, dont l'observation a été prise au hasard des circonstances. Leur descendance nous a servi de population témoin.

*L'examen maternel* a été effectué 82 fois; il nous a permis de constater que la fréquence de la syphilis, de la tuberculose, n'est pas supérieure à celle de la population témoin.

Aucune maladie infectieuse ou viscérale ne retient non plus l'attention; parmi les dystrophie, la langue scrotale observée 3 fois sur 62 femmes, est à considérer puisque cette anomalie appartient précisément à la symptomatologie mongolienne.

Mais beaucoup plus importantes à notre point de vue sont les anomalies psychiques. Nous avons pu noter en effet, en examinant ces 82 mères, 2 cas de débilité mentale, un de retard de la fonction du langage, un d'amnésie, un de troubles confusionnels avec fuite et impulsions, quatre de psychasthénie, et six de folie puerpérale.

*L'examen paternel*, pratiqué 76 fois, nous a mis en présence de faits comparables. L'alcoolisme, la tuberculose, la syphilis, les intoxications endogènes ou exogènes ne sont pas plus fréquents que dans la population témoin.

Par contre, sur 56 examens, nous avons observé quatre cas de langue plicaturée, et une proportion élevée d'anomalies psychiques; le diagnostic de débilité mentale a été porté à 2 fois, celui d'épilepsie post-traumatique 1 fois, de crises nerveuses non-épileptiques 1 fois, d'obsession 1 fois également.

Deux autres de ces sujets étaient atteints de bégaiement dont un compliqué de myopie.

L'examen de 164 collatéraux permet de retenir des éléments importants. Tout d'abord la haute proportion des *naissances avant terme*: 7,3%. Cette proportion, inférieure sans doute à celle que nous notons parmi nos mongoliens: 21,2%, est très élevée. Son écart avec la prématuration moyenne en France est très significatif, puisqu'il est égal à 7,3/2,04, soit 3,6 environ.

Les *troubles de la croissance* sont anormalement fréquents eux aussi, parmi les collatéraux nés à terme: 5 débiles congénitaux, 4 athrepsiques, 5 hypothrepsiques, 2 cryptorchides.

Les *dystrophies* ont aussi retenu notre attention; l'hypermétropie exceptée, nous avons recueilli un cas de micromélie unilatérale avec pied bot, et un pourcentage de langue plicaturée de 5,3%. Son écart avec le pourcentage 1,3, d'une population témoin, est significatif.

Il en est de même des pourcentages de *fausses-couches*, *mortinatalité*, et *mortalité infantile*. La comparaison avec les pourcentages recueillis dans la population témoin donne des différences significatives.

Enfin, les anomalies *neuro-psychiques* frappent elles aussi lourdement ces collatéraux, qu'il s'agisse de retard de la fonction du langage (6), d'épisodes convulsifs (3), de névropathie (3), d'asthme (2), d'arriération intellectuelle (1), d'épilepsie (1), de paralysie (1), de cécité congénitale (1).

Par contre la proportion des *naissances gémeillaires*: 1,6%, est peu différente de la proportion moyenne observée en France: 1,1% environ.

Au total, cette étude des collatéraux de nos 104 malades montre que plus du tiers de ces enfants au-delà de l'âge d'un an est entaché d'une anomalie.

Aucune autre maladie, la schizophrénie exceptée, ne s'accompagne d'une telle proportion familiale d'anormaux.

Parmi les conditions familiales d'apparition du mongolisme, il convient de dégager: l'âge de la mère, l'âge du père, le rang de naissance du malade.

L'âge moyen des mères de mongoliens est supérieur à l'âge moyen des mères d'enfants normaux. Nous avons insisté sur ce fait bien connu, dans des publications antérieures. Cette nouvelle enquête nous a permis de constater que l'âge moyen de la mère, à la naissance du mongolien, est de 33 ans,  $3 \pm 0,84$ , des non viables 31 ans,  $7 \pm 0,99$ , des collatéraux viables: 28 ans,  $9 \pm 0,55$ .

Si l'écart entre le 1er et le deuxième groupe n'est pas significatif, il est significatif entre le 2e et le 3e, et surtout entre le 1er, celui des mongoliens, et le 3e, celui des collatéraux viables: 4,4.

De même, l'écart entre l'âge moyen du père au moment de la naissance du mongolien:  $36,8 \pm 1,11$ , et au moment de la naissance des collatéraux viables  $32,5 \pm 0,43$ , est significatif.

Quant à l'étude du rang de naissance, elle confirme le fait bien connu que ces anormaux sont en général les derniers nés de la famille. En effet, les fratries que nous avons considérées sont de 3,64, et le rang moyen des mongoliens de 3,16.

Quoiqu'il en soit, il semble bien d'après les documents publiés en particulier par Bennholdt-Thompson, Penrose, que l'âge maternel soit le seul à considérer de ces trois facteurs.

La probabilité de naissance d'un mongolien augmente donc avec l'âge maternel, mais la fécondité aux âges considérés étant très réduite, la probabilité de rencontrer plus d'un mongolien par fratrie est très petite.

En effet, l'étude de la fréquence familiale de ces malades montre qu'ils sont presque toujours une exception dans leur famille.

Nous avons dépisté trois fois seulement un mongolien parmi les collatéraux des parents de nos malades. Ces anormaux appartenaient aux descendants de collatéraux paternels immédiats, deux fois, cousin germain une fois.

Par contre, nous n'avons pas observé l'apparition de plusieurs mongoliens dans une

\*  
\*   \*  
\*

même fratrie; une étude de Penrose groupe 221 mongoliens répartis sur 217 familles.

Cette rareté de cas familiaux de mongolisme tient à la condition subléthale qui lui est propre (13% des naissances sont léthales dans les familles de notre enquête), et à l'influence de l'âge maternel sur la dystrophie.

La *consanguinité* parmi les parents, moins de 2%, n'est pas très différente de la fréquence observée en France, 0,70 à 1%, suivant les années.

La répartition du mongolisme *suivant le sexe*, peut au contraire avoir une signification génétique. En regard de 63 mongoliens mâles, dont un était hermaphrodite à la naissance, nous n'avons que 41 mongoliens femelles. Cette différence avec la normale est très significative. L'accord est unanime sur ce point. Il conviendrait toutefois de reprendre cette étude en établissant la proportion dès la naissance. Cependant si le mongolisme suit une loi souvent vérifiée, la mortalité du 1er âge doit frapper plus lourdement les garçons que les filles et tendre plutôt à réduire la différence signalée.

\*  
\*       \*  
\*

Les renseignements que la génétique puise dans l'étude des *jumeaux* sont trop importants pour qu'une enquête sur le mongolisme se prive de ce précieux moyen d'investigation.

Or il existe 60 cas de grossesses gémellaires ayant donné naissance chacune à un ou deux jumeaux mongoliens.

25 de ces couples sont de sexe opposé; un seul des enfants de chaque paire est mongolien.

Les 35 autres peuvent être divisés en deux groupes. L'un, de 10, est composé de gémellités dizygotés contrôlés; or un seulement des jumeaux de chaque paire est mongolien.

L'autre groupe, de 25, se décompose en 16 paires ne comportant chacune qu'un malade, et 9 paires en comportant deux. Si nous supposons que les 16 sont dizygotés, les 60 couples seraient formés de 51 gémellités dizygotés et 9 monozygotés.

Or précisément, en appliquant la formule de Weinberg, on trouve que théoriquement 50 couples environ devraient être dizygotés et les 10 autres monozygotés.

Ces faits concordants montrent donc que la répartition du mongolisme *parmi les jumeaux est telle que cette maladie ne coïncide jamais chez des jumeaux dizygotés ou tout au moins de sexe différent.*

L'investigation génétique du mongolisme se heurte à de nombreuses difficultés. L'une tient à la durée moyenne de la vie des mongoliens. En général, elle ne dépasse pas 14 ans, et les rares sujets qui peuvent atteindre l'âge de la procréation sont incapables de faire souche.

D'autre part, l'enfant atteint de cette maladie est presque toujours isolé dans la fratrie; cette seconde particularité nous prive des ressources d'une étude du mongolisme familial.

Par contre, l'étude de la morbidité des ascendants et des collatéraux des malades, la haute proportion parmi eux de troubles neuropsychiques ou d'anomalies héréditaires isolées qui appartiennent au mongolisme; l'étude des conditions familiales de la maladie; de ses rapports avec la gémellité fournissent des arguments favorables à son origine germinale.

D'ailleurs la théorie germinale s'accorde mieux que les théories infectieuses ou traumatiques avec l'opinion actuelle qui tend à donner une base génétique à tout processus morphogénétique (Goldschmidt). Les données recueillies sont compatibles avec plusieurs *hypothèses génétiques*.

a) La première est celle de la substitution d'un seul gène. Pour qu'elle puisse être retenue il faudrait que l'expression de ce gène fût polymorphe, influençable par l'ambiance.

b) La seconde est celle d'une détermination polymérique. Plusieurs gènes seraient nécessaires pour produire par des combinaisons mendéliennes la dystrophie. Les conditions familiales du mongolisme, ses rapports avec la gémellité s'accommoderaient de cette théorie. Elle a été adoptée par Miss Mac Klin, qui croit que le mongolisme est déterminé par 5

gènes récessifs ou 4 récessifs et 1 dominant; elle n'est pas rejetée par Penrose, qui, sans exclure la possibilité d'une détermination monodominante, croit plutôt à 2 ou 3 dominants. Malheureusement, la polymérie, sans étude embryologique précise, n'est qu'un vain mot (G. Just).

c) Il y a d'ailleurs une troisième hypothèse, elle aussi acceptable, celle du mongolisme solidaire d'une anomalie chromosomique. L'expérimentation nous fournit un exemple typique d'anomalie chromosomique: celui de la mutation BAR, due à une inversion, chez la *Drosophile*.

Cette hypothèse serait compatible avec l'existence des formes frustes et des formes typiques du mongolisme.

Ces théories ne doivent pas nous faire perdre de vue la seconde condition qui joue un rôle dans l'apparition du mongolisme: l'âge maternel. Cette maladie est le meilleur exemple que peut nous fournir actuellement la pathologie humaine, de la conjonction des forces héréditaires et ambiantes. Le milieu maternel influence grandement les chances d'apparition de cette dystrophie. On a pu calculer que la proportion de 1,2%, de 40 à 45 ans, atteint 3% de 45 à 50 ans, et 17% au delà.

*Il n'est pas excessif de dire que la fréquence du mongolisme serait réduite des 2/3 au moins, si la procréation pour la femme était limitée à la période de la vie qui s'étend de 20 à 30 ans.*

---

## SYNDROME DOULOUREUX LOMBO-SACRÉ<sup>1</sup>

Par J.-Ed. SAMSON,

Chirurgien de l'hôpital du Sacré-Cœur.

J'ai à vous parler de douleurs lombo-sacrées. C'est un chapitre extrêmement dense; je n'entreprendrai pas de le liquider en vingt minutes. Je n'ai pas non plus la prétention de vous présenter aujourd'hui un travail purement scientifique; j'ai cru opportun de donner à cette communication une tournure plutôt pratique que théorique.

Après un bref rappel anatomique, je me contenterai d'insister sur l'importance et la fréquence des douleurs lombo-sacrées; en second lieu, je tâcherai de mettre en relief certains points de l'histoire et de l'examen clinique, radiologique du malade qui pourront orienter le médecin vers un diagnostic.

\* \* \*

De toute notre charpente osseuse, le carrefour lombo-sacré est, à mon sens, un des plus compliqués malgré sa constitution anatomique relativement simple. Le sacrum s'articule en diarthro-amphiarthrose avec les os iliaques, ce qui ne lui permet qu'un faible mouvement de bascule, tandis que le corps de la cinquième lombaire pivote en amphiarthrose vraie sur la base du sacrum. Sur les deux ailerons sacrés, deux apophyses à direction verticale s'articulent avec des facettes similaires de la cinquième lombaire. Les apophyses épineuses sont presque horizontales, fort variables dans leurs dimensions et leur forme; les transverses sont en rapport intime par leur face inférieure avec les nerfs lombaires correspondants. Les corps vertébraux qui constituent le rachis lombaire sont volumineux. Ils s'unissent entre eux par les disques intervertébraux, et aussi par les ligaments: antérieur, postérieur, inter et sus-épineux, et intertransversaires. Ajoutez à cela le ficelage capsulo-ligamentaire, les filaments nerveux, le rembourrage musculo-car-

tilagineux qui accompagnent toute articulation, et vous avez là le schéma osseux anatomique de la région. A la station verticale, tout cela commence un peu à se compliquer, avec le jeu multiple de ces différentes articulations. C'est que nous sommes à un des pivots de l'organisme, le principal, celui qui porte tout le tronc, et en assure la mobilité sur le bassin.

Chacune de ces surfaces articulaires est sujette à l'usure organique avec hyperostose concomitante, à des malformations congénitales, des positions défectueuses, des lésions inflammatoires, traumatiques, ou infectieuses. Toutes et chacune de ces altérations anatomiques ou pathologiques s'accompagnent plus ou moins du signe « douleur », et c'est l'ensemble de tout cela que nous désignons sous le titre de syndrome douloureux lombo-sacré. Nous sommes, vous le voyez, bien loin du temps où l'on réduisait, sans sourciller, ce chapitre immense en trois mots: rhumatisme, lumbago, mal de Pott. Aujourd'hui, l'on parle couramment dans la littérature chirurgicale de sacralisation, de lombalisation, spondylolyse, spina-bifida-occulta, spondylolisthésis, de fasciite, myosite, de hernie du disque intervertébral, arthrite chronique lombo-sacrée, etc. Dans cette longue énumération, vous constaterez la présence d'un bon nombre de malformations congénitales. Je veux prendre *immédiatement* position sur ce sujet. Comme vous, je sais la fréquence des anomalies congénitales des vertèbres en général, et du segment lombo-sacré plus particulièrement. Je serais mal vu de prétendre que tous les sujets porteurs de ces malformations seront des lombalgiques, mais je crois et beaucoup d'auteurs pensent comme moi que, du fait même de leur anomalie congénitale, ces individus, apparemment normaux, sont plus *exposés* que d'autres à souffrir, un jour ou l'autre, de leur rachis; c'est même ce qui fait que la région lombo-

1. Cette communication a été présentée au XV<sup>e</sup> Congrès de l'A. M. L. F. A. N., Ottawa-Hull, septembre 1938.

sacrée, avec ses affections, ses douleurs, ses malformations, se classe parmi les premières du squelette.

Je m'excuse de rapporter ici des statistiques personnelles, mais d'elles-mêmes, et mieux que tout commentaire, elles prouvent clairement ce que je viens de vous dire. En dix mois, l'an dernier, nous avons examiné cent neuf (109) malades consultant pour des douleurs lombo-sacrées, tandis que quatre-vingt-deux (82) consultaient pour la hanche, cent quatre-vingt-huit (188) pour le genou, cent cinq (105) pour le reste de la colonne vertébrale. Statistiques qui démontrent hautement la fréquence relative des douleurs lombo-sacrées. Si maintenant je reporte mon enquête sur les dix dernières années de ma pratique, je constate que nous avons examiné neuf cent quatre-vingt-quatre (984) malades souffrant des lombes, répartis de la façon suivante: anomalies congénitales diverses: 590, soit 59.2%; lésions d'ordre trophique, inflammatoire, ou infectieux: 394, soit 40.8%. C'est en méditant sur ces statistiques que j'ai décidé de vous exposer l'examen d'un malade lombalgique, au risque de reprendre des données bien connues, élémentaires même. Je crois, en effet, qu'ici comme partout ailleurs, c'est l'examen méthodique, patient, du malade, avec tous ses détails, ses exigences, qui nous amène à découvrir tous les lombalgiques.

\* \* \*

### L'histoire de la maladie.

M. Leriche me disait, l'automne dernier: « Bien des fois, nous ratons notre coup auprès d'un malade, parce que nous ne savons pas l'écouter, ou que nous écoutons son histoire avec des idées préconçues. » C'est un conseil d'or que tous les cliniciens répètent à l'envi. Mathieu Weil écrit: « Nous rangeons parmi les pithiatiques des malades dont nous n'avons pas compris l'histoire, ni saisi la souffrance. » C'est un premier élément de diagnostic qu'une histoire de malade complète, soigneusement prise.

Voici quelques autres facteurs dont on doit aussi tenir compte: le sexe, la condition de

vie, l'âge. Notre première statistique comprend:

*Le sexe:* 65 femmes,  
44 hommes.

*La condition de vie:* 61 manœuvres,  
48 sédentaires.

*L'âge:* 20 avaient moins de 20 ans,  
65, de 20 à 50 ans.  
24, de 50 à 70 ans.

Étudions séparément chacune de ces catégories. Les jeunes d'abord. Il s'agit ordinairement d'une malformation congénitale: sacralisation, spina-bifida, mauvaise implantation lombo-sacrée, etc., ceci pourrait bien expliquer, en partie du moins, la fréquence de la scoliose à cet âge.

La deuxième catégorie comprend l'âge moyen. Celle-ci se divise d'après le sexe. Chez les femmes, d'après Weil,<sup>1</sup> le syndrome lombo-sacrée coïncide avec la ménopause, et se trouve fréquemment associé à des troubles endocriniens. Ce détail peut motiver un traitement médico-chirurgical, traitement préventif ou curatif, suivant les cas, suffisant par lui-même, sinon préparatoire au traitement chirurgical proprement dit. Chez les hommes, les douleurs sont, habituellement, d'origine traumatique ou infectieuse, plus souvent traumatique, puisque le manœuvre est plus exposé aux douleurs lombo-sacrées que le sédentaire: 61 manœuvres, 48 sédentaires. Ce détail importe surtout pour l'accidenté du travail, et ses réclamations légales. L'accidenté peut être porteur d'une malformation congénitale inconnue, de lésions infectieuses, guéries, ou, jusqu'à son accident, en parfaite santé. Ces trois éléments entrent en cause dans l'application des réclamations légales, et de toute évaluation pour incapacité partielle temporaire, ou permanente.

J'ouvre une parenthèse. Je dois rectifier une erreur; je croyais que, chez nous, d'après la loi des accidents du travail de Québec, il arrivait qu'un accidenté était privé de secours parce qu'on lui découvrait une malfor-

1. P. W. Weil: La sacro-lombalisation, *Revue du rhumatisme*, novembre 1934.

mation congénitale. Mais les médecins de la Commission des Accidentés du travail m'ont affirmé qu'ici, tout comme en France, il suffit d'établir une corrélation entre l'accident et la douleur, pour obtenir une compensation, même dans un cas de malformation congénitale. Cette dernière façon de juger me paraît plus équitable. Enfin, chez le patient d'âge mûr et le vieillard, il s'agit, ordinairement, de lésions d'arthrite chronique lombo-sacrée, ou inter-apophysaire. Il va sans dire qu'il faut, dans l'histoire du malade, noter ses antécédents personnels, infectieux ou traumatiques, et aussi familiaux, l'état général de santé de la famille, le milieu dans lequel il a vécu, ou travaillé, etc.

#### Examen clinique du malade.

Vient ensuite l'examen du malade. Le malade se présente, soit en pleine crise, avec tout le syndrome lombo-sacré nettement aigu, ou bien, il s'agit d'une affection chronique, plus ou moins déguisée. Dans le premier cas, c'est le syndrome bien connu de la sciatique aiguë, *sciatique symptomatique*.

J'insisterai plutôt sur l'examen du malade en dehors des périodes de crise. Le diagnostic est aussi plus difficile et plus nuancé. Les douleurs sont tenaces, persistantes, continues ou subcontinues, plus pénibles par leur durée que par leur intensité; elles siègent dans la région lombo-sacrée, médiane ou latérale, avec ou sans irradiation au membre inférieur. Ces douleurs sont, parfois, calmées par telle position, dans le décubitus horizontal, aggravées à la station verticale, ou vice-versa. La pression à la région lombo-sacrée les exagère toujours. Certains malades souffrent davantage la nuit; ils doivent se lever, marcher quelques instants, pour engourdir leur mal.

Passons maintenant aux signes objectifs. Le patient, nu, est examiné de face, de profil, et d'en arrière. Après avoir noté l'aspect général du tronc, des groupements musculaires, l'orientation des membres et du bassin, il faut concentrer toute son attention sur le segment douloureux. Parfois, le tronc est très cambré,

avec une ensellure lombaire courte, fixe, surtout prononcée au-dessus des fesses; les fesses sont saillantes. Dans le fond de l'angle lombofessier, le doigt enfonce comme dans un trou. Le tronc paraît court comparativement à la longueur des membres. Ajoutez à cela la présence de plis cutanés, profonds, au-dessus des fesses, la chute de l'abdomen sur les cuisses, et vous avez là, sous vos yeux, le tronc du spondylolisthésique. Je n'ai pas le temps de décrire en détail l'aspect extérieur du tronc dans chacune des malformations ou affections lombo-sacrées. Je dirai cependant qu'un segment lombaire court, plat, mobile en tous sens, suggère une sacralisation. Dans l'arthrite chronique inter-apophysaire lombo-sacrée, dans les lésions du disque intervertébral, la région lombaire est plane, ou très légèrement ensellée, mais, fait digne de mention, ses mouvements sont toujours très nettement limités. La touffe de poils lombo-sacrée est souvent le témoin d'un spina-bifida-occulta. La cyphose lombaire *mobile* est caractéristique d'une lombarthrie de Léri. La cyphose courte, anguleuse, *fixe*, fera penser à une ancienne fracture vertébrale, à un mal de Pott. Voilà des signes de première importance.

En second lieu, une inspection minutieuse sert à apprécier l'étendue des mouvements de toute la colonne vertébrale, des hanches, du segment lombo-sacré en particulier, et ceci est capital. On doit toujours compter les apophyses épineuses, et délimiter avec précision la zone douloureuse, palper les points névralgiques, percuter les articulations sacro-iliaques, apophysaires, etc. Pour atteindre plus facilement les apophyses transverses et inter-apophysaires de la 5e lombaire, il vaut mieux examiner le patient debout et recourbé en avant. Il faut toujours rechercher les signes de Lasègue, de Bonnet, de Goldwaith, et, en plus, explorer les réflexes et tout le fonctionnement nerveux du train postérieur; ceci pour démêler un diagnostic spécifiquement nerveux: tabès, tumeur, ou autre affection médullaire.

\* \* \*

### Etude radiologique.

Enfin, l'étude radiologique complète l'examen, et précise, dans la plupart des cas, le diagnostic. Pour cela, il faut une radio de face, de profil, et en oblique. Les trois peuvent servir.

La radio de face renseignera sur le nombre des vertèbres, leur forme, leur architecture,

tionnels; avec Hue, nous croyons que l'orientation du sacrum n'a, en elle-même, qu'une importance secondaire, qu'elle est fonction de la position générale du bassin. On verra aussi sur une radiographie de face la condition des apophyses transverses, la sacralisation complète ou incomplète, unie ou bilatérale de la 5e lombaire (fig. 4). Les articulations sacro-

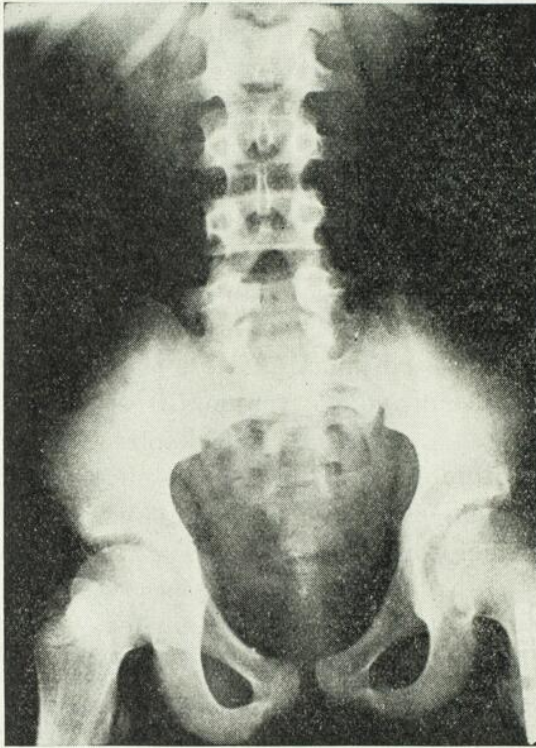


FIG. 1

M. C. L., 12 ans, examiné le 1 mars, 1937, consulte pour douleur à la région lombaire, et impotence partielle des membres inférieurs, depuis toujours. Radiog. le 2 juillet, 1937: Spina bifida occulta de la 5e lombaire et des deux premières sacrées.

leur structure histologique, pour ainsi dire. Elle montre aussi la condition des articulations inter-apophysaires, les dimensions des espaces inter-vertébraux, la présence d'un spina-bifida-occulta (fissure de l'arc postérieur) (fig. 1) ou du corps de la vertèbre (somatochisis) (fig. 2), l'orientation générale du bassin, la position du sacrum, sa lombalisation (fig. 3). On a beaucoup parlé de sacrum vertical, oblique, horizontal « sacrum basculé ». Gourdon, le premier, a soigneusement décrit les diverses attitudes du sacrum auxquelles il attachait beaucoup de troubles fonc-



FIG. 2

Mlle Y. B., 21 ans, examinée le 5 avril 1935. La patiente consulte pour troubles sphinctériens, douleurs lombo-sacrées, et pieds bots varus. Radiog. le 5 avril 1935: Fissure du corps des 4e et 5e lombaires et de la première sacrée. Fissure verticale de l'arc postérieur des quatre dernières sacrées.

iliaques se dessinent sur la pellicule par une mince ligne oblique, régulière, dont le pôle supérieur correspond à la base du sacrum, l'inférieur à la grande échancrure ischiatique. Normalement, la ligne sacro-ischiatique est symétrique des deux côtés, et forme un demi-cintre. Toute anomalie dans l'orientation, la forme, les dimensions des sacro-iliaques, doivent faire le sujet d'une enquête approfondie.

La radio de profil met en lumière l'état des corps vertébraux, leur alignement, la condition de leur cartilage d'encroûtement, l'épais-

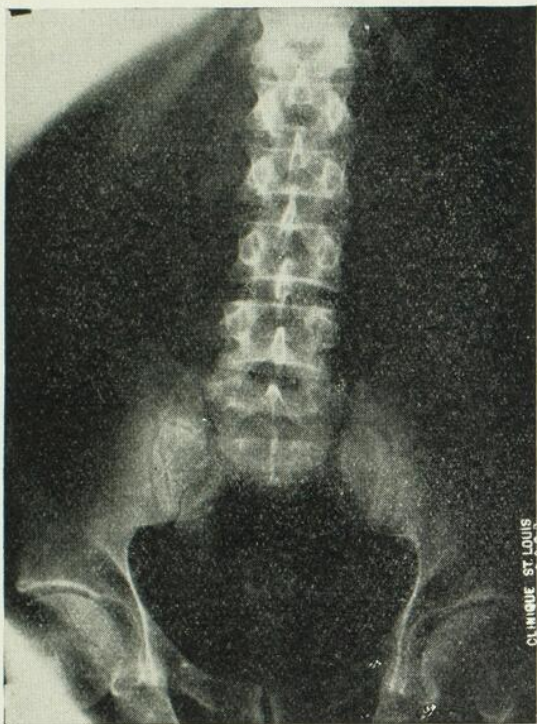


FIG. 3

M. J. B., 32 ans, examiné le 7 août, 1936. Douleurs à la région lombaire, depuis quatre ans. Radiog. le 7 août, 1936: Lombalisation.



FIG. 4

Sr Ste J., 28 ans, examinée le 7 janvier, 1935. Douleurs au dos, avec irradiation au membre inférieur gauche, depuis six mois. Radiog. le 7 janvier, 1935: Sacralisation gauche. Scoliose antalgique. Facettes articulaires entre l'apophyse transverse gauche hypertrophiée de la 5e lombaire et l'aileron iliaque.

seur des disques intervertébraux (tout pincement articulaire avec effondrement d'un corps vertébral est suspect de T.B. ou d'une ancienne fracture). Une lyse considérable d'une ou de deux vertèbres, sans reconstruction osseuse, sans pincement articulaire, fait penser au cancer. Une ostéoporose généralisée relève souvent d'un trouble endocrinien, ostéite fibro-kystique, ostéopsathyrose, toujours grave. On découvre aussi, sur un bon profil, le spondylolisthésis (fig. 5), c'est-à-dire, le glis-

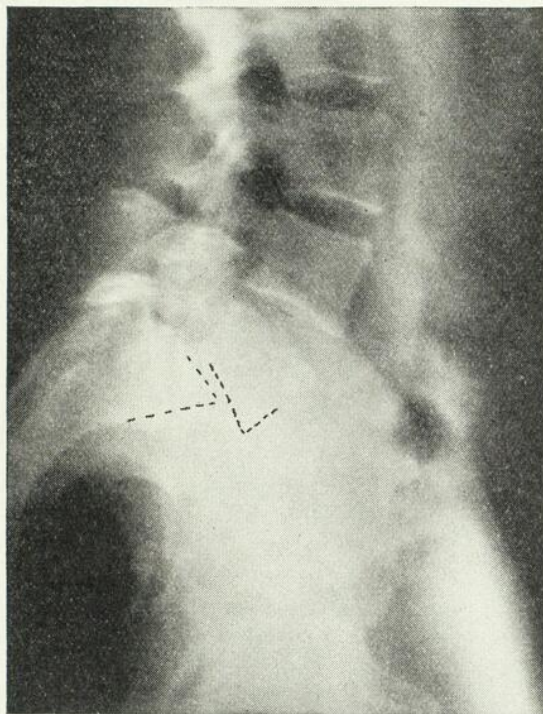


FIG. 5

M. P. T., 42 ans, examiné le 20 juillet, 1938. Douleurs à la région lombaire avec irradiation à la fesse droite, depuis cinq ou six ans. Radiog., le 30 août, 1938: Glissement en avant du corps de la 5e lombaire sur le sacrum. Sypondylolisthesis.

sement antérieur du corps de la 5e lombaire sur le sacrum, alors que l'arc postérieur est resté en place; ou le sacrolisthésis, glissement en avant du sacrum, décrit récemment par M. Mouchet. La radio de profil est donc indispensable pour un diagnostic précis; c'est elle qui fournit, la plupart du temps, l'élément essentiel du diagnostic. Enfin, certains traits de fracture, certains ostéophytes, n'apparaissent nettement que sur une *radio oblique*.

\* \* \*

**Exploration du canal médullaire  
au lipiodol.**

Lorsqu'on suppose une diminution de calibre du canal médullaire par un nucléus pulposus hernié, ou par tout autre obstacle mécanique, on est justifié d'explorer la lumière du canal en injectant au-dessus un corps opaque, le lipiodol, dont on suit la progression sous l'écran; l'on pourra ainsi déterminer le lieu et le degré d'obstruction de la cavité médullaire.

\* \* \*

**Conclusion**

Le syndrome douloureux lombo-sacré est plus fréquent qu'on le croit communément. Cette fréquence tient, en partie, à un examen complet, à la fois clinique et radiologique. Une observation bien faite, avec ses temps classiques, sert d'abord à différencier les douleurs d'origine viscérale: calculose, tuberculose rénale, affections utérines, etc., de ce qui est nettement d'origine osseuse ou articulaire. Enfin, l'examen établit clairement, et une fois de plus, que la sciatique idiopathique, le lumbago, est presque toujours un fond organique ostéoarticulaire, et relèvent très souvent d'un traitement chirurgical.

## NOTE PRÉLIMINAIRE SUR L'ÉLECTROPYREXIE DANS LE TRAITEMENT DE LA CHORÉE<sup>1</sup>

Par Jean SAUCIER,

Professeur agrégé à l'Université de Montréal,  
Médecin des hôpitaux Notre-Dame et Ste-Justine.

Depuis les travaux de Wagner von Jauregg, la pyrétothérapie a acquis en thérapeutique une importance que l'on ne peut plus méconnaître. Les résultats obtenus par la *fièvre provoquée* ont été tels que l'an dernier, un congrès international — le premier de ce genre — fut convoqué à New York pour faire le point, en même temps que pour discuter plus avant les diverses techniques et pour élargir les modalités d'application de la méthode.

Nous sommes déjà loin de la malariathérapie et encore davantage de l'abcès de fixation. Nous avons dépassé l'étape des diverses pyrexies par les agents chimiques et biologiques. Nous en sommes actuellement à l'étude des applications de l'électropyrexie.

Ce rappel schématique de l'évolution de la pyrétothérapie n'indique pas une progression dans le sens de nos préférences définitives, ni nécessairement une courbe ascendante vers des résultats thérapeutiques toujours meilleurs. Comme pour toutes les nouvelles thérapies en général il ne peut en être ainsi pour les pyrexies, puisque les plus anciennes, comme par exemple, la malariathérapie, conservent toujours leurs indications particulières, et pour quelques-unes d'entre elles — de l'avis de certains auteurs — leur valeur insurpassée. Dans ce domaine de la thérapeutique, comme, du reste, dans toutes les applications thérapeutiques, les préférences varient avec les médecins, et surtout, avec les tempéraments individuels de ceux-ci. Il s'agit d'observer loyalement jusqu'à quel point l'électropyrexie l'emporte en efficacité sur les méthodes anciennes. En ce qui a trait à la chorée de Sydenham, nous voulons simplement rapporter les résultats que nous avons observés chez dix-sept

malades atteints de cette affection, résultats excellents que nous n'hésitons pas à attribuer à l'électropyrexie.

Nous n'avons pas l'intention de faire l'histoire de l'électropyrexie. Cette digression nous entraînerait dans des considérations fastidieuses sur le mode d'action des ondes courtes et sur des détails d'ordre essentiellement physique, sujets qui ressortissent à la compétence de physiothérapeutes exclusifs.

Nous avons utilisé les appareils que le Dr Albéric Marin a gracieusement mis à notre disposition, appareils d'un maniement relativement simple et qu'il décrira dans une prochaine communication inscrite au programme de ce congrès.

Nous n'entendons pas conclure que l'électropyrexie soit le seul traitement de la chorée, ni qu'il soit définitivement établi qu'aucun autre ne lui sera supérieur. Nous soumettons les observations de quelques malades atteints de chorée de Sydenham et les résultats que nous avons obtenus. Ces résultats ont dépassé ce que nous espérions, et c'est là la principale raison qui nous a dicté la publication un peu précoce de cette communication. Nous nous rendons bien compte qu'il nous manque le recul suffisant qui établirait de façon indiscutable l'excellence de la méthode appliquée à la chorée. Cette lacune étant confessée, il nous faut toutefois admettre l'extraordinaire rapidité d'action de l'électropyrexie sur l'évolution de la chorée. Nous donnons notre présente documentation à titre de note préliminaire. Nous estimons que les espoirs sont tellement prometteurs qu'il y a tout intérêt de continuer notre étude sur une série de choréiques beaucoup plus considérable. D'ores et déjà, nous le répétons, nous avons la conviction très nette que ce mode de traitement est excellent et nous n'avons pu résister à la tentation

1. Cette communication a été présentée au XVe Congrès de l'A. M. L. F. A. N., Ottawa-Hull, septembre 1938.

de faire connaître à la profession médicale les bons résultats que nous avons obtenus, même à l'échelle très modeste que nous offrons.

\* \* \*

Nous signalerons les indications de ce traitement au cours des syndromes choréiques. Nous indiquerons schématiquement la technique que nous avons utilisée. Nous terminerons par un résumé synoptique des cas que nous avons observés.

\* \* \*

Voyons d'abord à quels choréiques nous devons appliquer la thérapeutique de l'électroproyrexie. De l'avis de tous ceux qui ont étudié la question, il semble bien que les chorées où l'électroproyrexie donne les meilleurs résultats soient les chorées rhumatismales, celles à qui convient vraiment la description de Sydenham que nous reproduisons ci-après :

« La danse de St-Guy, dit Sydenham, est une sorte de convulsion qui frappe surtout les enfants de l'un et de l'autre sexe, depuis l'âge de 10 ans jusqu'à la puberté. Elle commence d'abord par une espèce de boîterie, ou plutôt de faiblesse d'une jambe que le malade traîne, comme le font les insensés. Ensuite, elle attaque le bras du même côté. Le malade, après avoir appliqué la main sur la poitrine ou sur toute autre partie du corps est tout à fait incapable de la maintenir, ne fut-ce qu'un moment, dans la même situation; et, quels que soient ses efforts pour résister, une certaine distortion convulsive la fera continuellement changer de place.

« Lui donne-t-on à tenir un verre plein, avant qu'il le porte à sa bouche, il se livrera à mille contorsions à la façon des bateleurs. Comme il ne peut l'y porter en ligne droite (le spasme en éloignant sa main) il le tourne de côté et d'autre jusqu'à ce que l'ayant enfin par hasard approché de ses lèvres, il sable la boisson et l'avale avec avidité; on dirait que le malheureux ne cherche qu'à faire rire les spectateurs de cette comédie.

« A mesure qu'il guérit, il traîne moins le pied, il retient plus longtemps le bras dans la

même situation et il porte plus aisément le verre à sa bouche.

« Comme ceux qui ont été atteints de cette maladie y retombent aisément, il sera bon, l'année suivante, de les saigner, et ensuite, de les purger plusieurs fois dans le temps où ils ont commencé d'être atteints, ou un peu auparavant. »

En peu de lignes, cet auteur a décrit parfaitement, dès 1685, les caractéristiques essentielles d'une affection qui frappe la seconde enfance et qui a une tendance à récidiver. Sydenham n'a pas mentionné d'autre pathogénie que l'action irritative d'une humeur qui s'est engagée dans les nerfs et les agite de mouvements convulsifs, mais en revanche, il a décrit une entité qui correspond parfaitement à la chorée rhumatismale. Sa description vaut infiniment mieux que son explication pathogénique qui nous reporte aux comédies de Molière.

Aujourd'hui l'étiologie rhumatismale de la chorée est universellement admise et quelles que soient les autres théories offertes, il est indiscutable que rhumatisme et chorée affectent les relations les plus étroites. Il faut admettre, avec Babonneix, que le plus souvent le rhumatisme commence et que la chorée suit, et que ce sont les rhumatismes légers ou subaigus qui se compliquent le plus souvent de chorée. Les autres hypothèses pathogéniques qui mettent à la base de la chorée, soit l'hérédosyphilis, soit l'encéphalite épidémique ne répondent qu'à une infime minorité de faits.

Les examens histologiques des chorées mortelles ont révélé une prédominance de lésions au corps strié, notamment au putamen — c'est ainsi que l'on a pu parler de chorées striées — ; mais dans d'autres cas des lésions très nettes existaient aussi ailleurs, parfois exclusivement en ces autres endroits: à l'écorce cérébrale et au cervelet — ce furent les chorées corticales et cérébelleuses. A vrai dire il n'existe pas encore d'unité anatomique indiscutable de la chorée, et les cas nettement rattachables à la maladie de von Economo ou à la syphilis sont trop rares pour que nous accordions à ces étiologies l'importance du facteur rhumatismal.

Les choréiques que nous avons soumis à l'électropyrexie n'ont présenté aucun signe de la série encéphalitique et rien ne laisse soupçonner chez eux l'hérédo-syphilis. Le Wassermann de tous était négatif. Nous n'avons dans notre série aucun cas de chorée chronique de Huntington. Tous ressortissent à la maladie de Sydenham, affection à allure subaiguë, très vraisemblablement rhumatismale, et nous ajouterons, rhumatismale jusqu'à preuve du contraire.

On a voulu codifier le triage des choréiques qui doivent être soumis à l'électropyrexie et l'on a opposé les chorées légères aux chorées graves, les chorées récentes aux chorées anciennes, les premiers accès aux récidives, les cas simples à ceux qui sont compliqués de manifestations rhumatismales. En vérité, ce souci un peu scrupuleux dans le choix des choréiques ne nous semble pas entièrement justifié. Nous croyons que les cas légers et récents bénéficient du traitement au même titre que les cas anciens, récidivants et compliqués. L'expérience de l'électropyrexie chez les rhumatisants aigus, avec ou sans cardiopathie est assez encourageante pour que nous négligions cette complication. Loin de contre-indiquer le traitement, elle en renforce l'indication. Chez de tels malades il s'agit simplement d'être plus prudent et de doser plus graduellement l'hyperthermie. Les choréiques rebelles sont de toute évidence les sujets que l'on dirigera presque d'emblée vers l'électropyrexie, mais il doit en être ainsi pour les malades atteints de formes légères.

On objectera que les anciens traitements ont fait leurs preuves et que les choréiques guérissaient et guérissent encore par le repos, l'isolement, les sédatifs bénins, l'arsenic, l'antipyrine, le salicylate de soude et la balnéation tiède. Nous ne nions pas l'action bienfaisante de cette thérapeutique. Nous portons seulement à la connaissance du grand public médical un procédé qui permet de raccourcir considérablement la durée de la maladie tout en offrant au malade la marge de sécurité à laquelle il a droit.

Nous ne sommes pas sans savoir que l'on a publié récemment deux cas mortels, consécutifs à l'électropyrexie. On en publiera certainement d'autres et il n'y a pas lieu d'être surpris, car il s'agit d'une procédure assez délicate et qui nécessite un personnel attentif et bien entraîné, mais dans de bonnes conditions, ces éventualités ne doivent pas être redoutées, du moins, pour la chorée. Incidemment, les deux décès mentionnés plus haut sont survenus chez des malades traités pour gonococcie: un nourrisson atteint de vulvite neissérienne et un adulte de la cinquantaine. On peut difficilement rapprocher ces malades de nos choréiques: d'abord ils n'ont pas le même âge, et puis, on ignore l'importance du facteur gonococcique dans le déclenchement des perturbations qui ont entraîné la mort de ces sujets.

Voici maintenant, en résumé, la procédure que nous avons mise en œuvre chez nos 17 malades.

Pour les 3 ou 4 séances d'électropyrexie — habituellement 3 — le malade est préparé comme suit: la veille, au coucher, et le matin du traitement, lavement évacuant; déjeuner à 6.30 hrs a.m.; Nembutal  $\frac{1}{2}$  gr. au coucher et le matin du traitement; une injection intraveineuse de salicylate de soude en solution glucosée à 10%, soit un gramme de salicylate vers 7 hrs a.m.; coramine, une ampoule en injection sous-cutanée avant le début du traitement. Début de l'électropyrexie à 8 hrs a.m. Celle-ci atteint 105 degrés F. en une heure et cette température est maintenue 4 ou 5 heures. Le retour à la température normale est obtenu en environ 45 minutes. Au cours du traitement, le malade absorbe du NaCl à raison de 3 grammes toutes les heures et environ 3 litres d'eau. Des injections de Coramine sont données au besoin. La température est prise toutes les 10 minutes.

Pour la plupart de nos malades, nous avons laissé entre les séances d'électropyrexie des intervalles allant de 4 à 7 jours. Certains auteurs rapprochent encore davantage les séances. Ceux que la question intéresse pourront consulter avec profit le rapport du congrès de

New-York; ils y trouveront toutes les modalités d'application du traitement. La méthode que nous avons adoptée correspond dans l'ensemble à celles que l'on utilise ailleurs.

puis le dernier traitement et les résultats obtenus chez nos 17 malades.

Les âges de nos malades varient entre 6 et 21 ans. Le sexe masculin excède légèrement

NOM	AGE	SEX	INTENSITE.	PARTICULARITES CLIN.	ACCES ANT.	NO. DE TR.	JRS. DE TR. A L'H.	NO. DE SEM. DEPUIS DERNIER TRAIT.	RESULTATS	
PS	10	M	Mod.	Clign. incess. grimaces	0	3	22	7	Guéri	
RM	15	M	Mod.	Ch. ban. calmée dès le 2e. tr.	2	3	21	6	Guéri	a
CC	12	F	Mod.	Ch. ban.	1	3	24	15	Guérie	
FP	7	F	Mod.	Ch. ban.	1	3	20	11	Guérie	b
JD	6	F	Mod.	Ch. ban.	1	3	20 (54)	7	Guérie	c
ED	12	M	Marq.	Mvts. incess. Dystalie.	0	4	27	22	Guéri	d
PM	12	M	Mod.	Grim. Tr. du carct.	0	4	C1	17	Pas de mvts. invol. rares clignements	e
JV	10	M	Mod.	Hemich. droite	1	3	22 (42)	11	Guéri	f
HL	12	M	Lég.	Rh. art. & endoc. ch. fruste.	0	3	19 (42)	13	Guéri au départ. Pas revu depuis.	g
MA	13	F	Marq.	Grim. tenaces. Imp. de manger	6	4	C1. ext.	13	Guérie	h
FM	21	F	Fruste	Endoc.	2	1	C1. ext.	8	Guérie	i
JL	8	M	Lég.	Prédomcéphal.	0	3	18 (59)	7	Guéri	j
JP	12	M	Mod.	Clign. marqués & tr.	3	3	15	35	Guéri	k
LT	10	F	Marq.	Dysph. & dyslalie.	1	3	16 (52)	7	Guérie	l
RL	9	M	Mod.	Endoc.	1	3	22	15	Guéri	
GM	8	M	Mod.	Ch. ban.	0	3	17 (59)	8	Guéri	m
HL	11	F	Marq.	Ch. de 15 mois.	0	3	C1. Ext.	7	Très améliorée.	n

Le tableau ci-dessus est une vue d'ensemble comportant le nom, l'âge, le sexe, l'intensité de la maladie, les particularités cliniques, le nombre d'accès antérieurs, le nombre de traitements, le nombre de jours de traitement à l'hôpital, le nombre de semaines écoulées de-

le sexe féminin. Nous avons eu 3 chorées légères, 10 modérées et 4 assez sérieuses. Nous en avons eu de récentes et d'anciennes, de banales et de compliquées d'endocardite, de nouvelles et de récidivantes. Plus de la moitié de nos cas avaient subi un ou plusieurs accès an-

térieurs. La plupart reçurent 3 séances alors que chez 3 malades nous dûmes avoir recours à 4 séances.

Les jours d'hospitalisation sont difficilement appréciables attendu que quelques malades ne venaient à l'hôpital que les jours de séance; dans l'ensemble toutefois, nous n'avons pas dé-sé 27 jours et deux de nos malades sont sortis après 15 et 16 jours.

Les chiffres mis entre parenthèses vis-à-vis les lettres b, c, f, g, j, l et m n'indiquent pas véritablement le temps d'hospitalisation; il s'agit d'enfants que nous avons gardés à l'hôpital un peu par complaisance, durant les mois d'été, prétextant une convalescence pratiquement terminée. Chez ces malades, les chiffres qui ne sont pas mis entre parenthèses correspondent en réalité à la fin du traitement.

Le recul qui nous permet de juger la constance de la guérison n'est pas très imposant puisque nous avons dû l'exprimer en semaines, mais par ailleurs, nous n'avons inscrit nos résultats qu'après avoir revu tous nos malades, sauf un, durant la dernière semaine d'août.

Nous voulons, avant de terminer, souligner quelques particularités intéressantes au sujet des cas indiqués par les lettres a, d, e, h, i, k et n.

Le malade *a* avait eu deux accès antérieurs traités par les procédés classiques et guéris chaque fois en 3 mois. L'électropyrexie l'a guéri en 3 semaines et la guérison se maintient après 6 semaines, sans adjonction de sédatifs.

*d* avait une chorée très marquée, avec mouvements incessants et impossibilité de parler. Après 4 séances et 27 jours d'hospitalisation, il est guéri et la guérison persiste après 22 semaines.

L'enfant *e* a été traité 2 mois par le repos, les bains tièdes, les sédatifs et la médication arsenicale. Loin de s'améliorer, il était devenu à ce point irritable que son séjour à l'hôpital était devenu très difficilement supportable. Après 4 séances d'électropyrexie ses mouvements involontaires ont disparu et il ne persiste que quelques rares clignements. Son irritabilité a complètement disparu.

*h* est une fillette qui a eu 6 accès en 7 ans. Elle n'a jamais parfaitement guéri entre ses accès. Celui-ci fut le plus sérieux puisque les mouvements involontaires étaient tels qu'elle ne pouvait manger seule. Après 4 séances, elle pouvait quitter l'hôpital. Après 2 mois de tranquillité pour compléter l'action de l'électropyrexie, elle ne présente absolument aucun mouvement involontaire 13 semaines après la dernière séance.

*i* est une choréique récidivante avec endocardite. Elle fut soumise à l'électropyrexie autant pour son endocardite que pour un retour d'accès choréique très fruste. Cette malade, âgée de 21 ans, très émotive, n'a pas voulu subir plus d'une séance, mais sa sœur nous a appris que l'accès choréique avait avorté après quelques jours.

Le malade *k* avait eu 3 accès avant d'être soumis aux séances d'électropyrexie. Ces trois accès avaient guéri péniblement en 3 ou 4 mois. Après 3 séances il quittait l'hôpital guéri et la guérison persiste après 35 semaines.

La malade *n* enfin, est atteinte d'une chorée intense qui dure depuis 15 mois. Les traitements habituels ont eu très peu d'effet. Après 3 séances d'électropyrexie elle est améliorée dans une proportion de 50% et le progrès continue.

\* \* \*

En somme, notre pourcentage de guérisons: 82.3%, correspond à celui des travaux américains. Nous retrouvons le même parallélisme au sujet de la durée de la maladie et du nombre de séances.

Par le traitement classique, la chorée guérit en 2 ou 3 mois, parfois davantage tandis que la fièvre artificielle provoquée par les ondes courtes nous a donné une moyenne approximative de 20 jours de traitement à l'hôpital.

Nous croyons pouvoir affirmer l'innocuité de la méthode lorsque la technique est bien observée.

Nous admettons volontiers qu'actuellement l'électropyrexie est le traitement de choix de la chorée de Sydenham.

# MALADIES CONTAGIEUSES <sup>1</sup>

## Conception moderne

Par J.-H. CHARBONNEAU,

Directeur médical de l'hôpital Pasteur.

Lorsqu'on m'a proposé le titre de cette communication je suis resté passablement perplexe comme bien d'autres peut-être en le voyant, et je me suis demandé s'il fallait faire le résumé de la manière dont nous concevons aujourd'hui les maladies contagieuses ou plutôt rapporter les plus récents progrès de la pathogénie, de la prophylaxie et de la thérapeutique de ces mêmes maladies. Il faudrait presque un traité pour y arriver et il est impossible dans une aussi courte communication de faire plus qu'effleurer à peine toutes les questions. Nous essaierons cependant dans un résumé aussi court que possible, de toucher légèrement ici et là dans le domaine de la contagion. Heureusement pour nous, nous habitons au Nord de l'Amérique septentrionale ce qui nous enlève déjà un volumineux chapitre. Regardons d'abord dans l'histoire pour voir quelles étaient les idées des anciens vis-à-vis des maladies contagieuses et quels étaient leurs moyens de les combattre.

La notion de contagion est très vieille et cela s'explique puisque les maladies contagieuses ont toujours existé, même plus fréquentes autrefois qu'aujourd'hui. Nous en retrouvons la notion très loin dans l'antiquité, notamment en Egypte où l'on observait déjà une angine couenneuse (la diphtérie) avec la description de sa contagiosité. Plus tard de multiples épidémies ont ravagé les peuples, surtout à la suite des guerres, et ont fait la terreur des chefs qui avaient entraîné leurs sujets dans ces engagements. La notion des miasmes infectants évoquait alors une pathogénie assez plausible en somme, si l'on considère les moyens dont on disposait.

Il faut arriver à Trousseau pour trouver un réel progrès dans l'étude des maladies contagieuses. N'a-t-il pas montré en effet, qu'à part la contagion, il existe ce que l'on appelle aujourd'hui l'immunité naturelle en se faisant lui-même un badigeonnage de la gorge avec une fausse membrane diphtérique. Mais c'est au grand Pasteur, à l'ère pasteurienne et à celle de Lister que l'on doit vraiment tout ce que nous savons aujourd'hui des maladies contagieuses de même que de la majeure partie de leur thérapeutique et de la prophylaxie. C'est lui qui a posé les jalons qui ont permis à ses successeurs les grandes découvertes qui nous permettent de traiter un grand nombre d'infections et de les prévenir. Encore la liste n'est-elle pas terminée de toutes les maladies que l'on pourra prévenir dans un avenir rapproché.

Des noms illustres se sont ajoutés au sien: mentionnons surtout les Lister, les Roux, Yersin, Besredka, Bordet, les Dick, les Loeffler, Netter, Koch, Behring et Kitasato, les Martin et combien d'autres qui ont tant contribué à l'avancement de la science médicale et de la science bactériologique dans leur sphère respective.

Il ne faut pas oublier ici le nom de Jenner, le père de la vaccination, qui, à une époque où l'on ne connaissait ni les micro-organismes infectants ni l'immunité, a su réaliser le premier vaccin préventif et qui reste encore le prototype de cette méthode.

La découverte des entités microbiennes, l'identification des virus, les notions merveilleuses de l'immunité tant naturelle qu'acquise passive ou active, immunité sanguine, immunité locale et tissulaire, toutes ces connaissances nouvelles sont venues révolutionner les notions d'autrefois sur les maladies contagieuses. On a pu dès lors savoir au moins pour la plu-

1. Communication faite au XVe Congrès de l'Association des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord, Ottawa-Hull, septembre 1938.

part comment elles se propagent, et pour un grand nombre comment les prévenir.

C'est sur ces découvertes qu'est basé l'*isolement* d'aujourd'hui complètement différent de celui d'autrefois; c'est sur ces mêmes données qu'est basé l'installation moderne des hôpitaux de contagion complètement différente encore de l'ancienne. Si l'on jette en effet un coup d'œil sur l'hôpital moderne de contagion, on est peut-être surpris de voir au lieu des anciens pavillons, une construction unique disposée à recevoir en apparence, pêle-mêle, toute sorte de contagion. Quelle en est la raison, sinon que le contagieux moderne grâce à l'isolement bien compris, est infiniment mieux isolé dans sa chambre, ou même dans son box, que ne l'étaient autrefois les quelque 40 à 60 malades de la prétendue même maladie dans leur pavillon. L'isolement peut se réaliser de telle sorte que maintenant l'hôpital de contagieux est bien souvent, parmi tous les hôpitaux d'enfants, celui où il se contracte le moins de maladies contagieuses tant parmi les malades que parmi le personnel. Ainsi depuis bientôt cinq ans l'hôpital Pasteur à Montréal est ouvert et 3 enfants seulement sur 11,000 qui sont passés par l'hôpital, ont contracté la scarlatine, et aucun cas de diphtérie ne s'est déclaré parmi les malades. Je ne crois pas qu'en cinq ans beaucoup d'institutions de non-contagieux puissent se réclamer d'un semblable record. Les infirmières bien entendu sont plus exposées surtout vis-à-vis de la scarlatine puisqu'elles peuvent se faire cracher à la figure par les malades. Malgré cela depuis plus de 2 ans, aucune infirmière n'a contracté cette maladie à l'hôpital malgré l'absence de toute immunisation. Je me souviens malheureusement d'un temps pas si lointain où nous avons presque continuellement à l'année longue entre une et 4 infirmières hospitalisées pour cette même maladie dans les pavillons d'autrefois.

A quoi attribuer un changement si radical? A deux facteurs; d'abord l'installation moderne qui est telle qu'elle fournit la disposition et l'instrumentation nécessaire à un isolement aussi parfait que possible; les stérilisateur

placés partout où le besoin peut s'en faire sentir, des éviers, des sabliers, des blouses partout, et ensuite un personnel entraîné permanent et un personnel temporaire que l'on entraîne adéquatement à suivre une *technique* des plus minutieuses. Cette technique, enfant dernier-né en somme de la technique de la salle d'opération, est donc dans l'hôpital de contagion moderne l'âme qui doit flotter partout et toujours pour transformer l'hôpital entier en une vaste salle d'opération. Elle doit suivre tous les points possibles de contamination à partir du malade lui-même, de sa vaiselle, de la lingerie aux poussières de l'aspirateur jusqu'à la chaufferie centrale. Tous les détails doivent en être observés jusqu'à la minutie, car si un chaînon manque à la chaîne l'édifice s'écroule. C'est dire comme la surveillance doit être active à toute heure du jour et de la nuit. Les résultats cependant viennent amplement récompenser les efforts.

C'est aussi grâce au système d'isolement qu'est dû le renversement de l'ancienne théorie qu'il ne fallait pas hospitaliser les jeunes rougeoleux ou les jeunes coquelucheux, puisque le pronostic était plus grave à l'hôpital qu'à la ville, à cause des complications pulmonaires plus fréquentes en milieu hospitalier. Nous avons eu l'occasion de publier l'an dernier dans la revue « L'Hôpital » une statistique de 2 ans portant sur 700 cas de rougeole et nous avons démontré qu'il n'était survenu aucune complication pulmonaire grave à l'hôpital, alors que nous en avions hospitalisé un grand nombre avec les mêmes complications survenues à domicile, et cela sans infecter en rien nos malades.

La théorie de l'isolement est donc confirmée par les résultats, au prix cependant de bien des troubles, et souvent même dans certains cas, de dermatoses pour les mains et les bras des infirmières. La théorie de l'absence de contagion par l'air et de la transmissibilité par contact direct ou indirect seulement s'en est trouvée de ce fait bien prouvée.

Ce ne sont pas là les seuls progrès réalisés. Dans le domaine de la thérapeutique et de la

prophylaxie, que de chemin parcouru! Revisions très rapidement ces acquisitions de la science, qui pour plusieurs d'entre elles sont déjà presque de l'histoire ancienne.

LA DIPHTÉRIE pour sa part a fait l'objet de très nombreux travaux, depuis l'apparition du sérum de Roux qui en révolutionnait le traitement. En 1924 apparut l'anatoxine de Ramon qui laissait entrevoir un avenir très sombre pour la maladie, mais très heureux pour les enfants. Les espérances qu'on avait fondées sur cette immunisation n'ont pas été déçues. Les statistiques de tous les pays, de toutes les villes, sont unanimes à en proclamer les bienheureux effets. Là où l'immunisation a été pratiquée sur une haute échelle, comme à Montréal par exemple, où elle n'est pas obligatoire, mais où une campagne de vulgarisation excellemment organisée a ouvert les yeux du public, cette maladie, si elle n'est pas encore tout à fait disparue, est en merveilleuse régression. Nous nous rappelons encore les années de 1926 à 1931 où la grosse majorité de nos malades dans l'ancien hôpital St-Paul étaient des diphtériques et où nous avons déjà eu en même temps jusqu'à 17 malades intubés, alors qu'aujourd'hui la diphtérie est la moins en vogue de toutes les maladies que nous soignons à l'hôpital Pasteur. La maladie elle-même cependant a paru s'aggraver et de nombreuses associations microbiennes en font parfois de la diphtérie maligne et assombrissent le pronostic. L'association du streptococque et du pneumo, de même que la forme nécrotique (véritable angine de Hénoch) sont les plus fréquentes.

Le dosage de la sérothérapie a également fait l'objet de nombreuses controverses, les uns étant partisans d'une dose massive unique, d'autres de doses moyennes répétées et d'autres enfin de doses massives et répétées. Nous sommes personnellement restés en faveur des doses massives jusqu'à la disparition des membranes et des principaux symptômes d'imprégnation toxique.

Contre les associations à strepto, les vaccins et les sérums ont été utilisés avec d'assez bons résultats, et depuis peu les sulfamidés.

Dans la forme nécrotique les auteurs français utilisent le sérum anti-gangreneux. Cette méthode cependant, ne nous a personnellement pas donné satisfaction et nous préférons employer les arsено-benzènes qui nous paraissent plus actifs. La vitamine C a aussi été employée comme moyen anti-infectieux avec avantage.

La toxémie diphtérique, la myocardite aiguë ont fait l'objet de nombreux essais thérapeutique. Les meilleurs succès à date paraissent être obtenus par la strychnine à haute dose et par l'emploi répété de sérum glucosé I.V. ou S.C. Nous utilisons personnellement la vitamine B, dont on connaît les propriétés stimulentes de la circulation, en injection S.C. à la dose de 6 milligr. matin et soir conjointement avec le sérum glucosé et la strychnine. Le nombre de malades traités par cette méthode à date n'est pas assez considérable pour que nous puissions tirer une conclusion nette, mais nous avons l'impression que les résultats couronneront nos espérances.

Au point de vue biologique, nous ne ferons que mentionner la cuti-réaction de Reh qui vient au secours de la réaction de Schick pour mesurer la réceptivité d'un sujet à la diphtérie.

Enfin le milieu de culture innové par Brahdy (milieu au sérum de cheval) pour lequel le bacille de K.L. pousse dans un laps de temps de 4 à 6 heures ce qui représente dans certains cas un gros avantage sur le milieu de Loeffler.

Dans la *diphtérie laryngée* et surtout trachéale ou bronchique, le pronostic a été considérablement amélioré par l'application de la laryngoscopie directe, de la trachéoscopie et de la bronchoscopie. Il n'était pas rare autrefois que, par un tubage rendu absolument nécessaire, on bloquait la trachée par un bouchon de fausses membranes sous la pression du tube. Nous n'avions alors d'autre alternative que d'espérer que le malade puisse dégager sa trachée en toussant ou de faire sur le champ une trachéotomie en un seul temps, et être assez heureux pour extraire à la pince la membrane par l'ouverture trachéale. On pouvait

espérer aussi parfois qu'une poussée thoracique violente puisse décrocher le bouchon par compression de l'air. Malheureusement les succès étaient alors très rares. Aujourd'hui du moment que l'on craint une obstruction même trachéale on utilise d'emblée la laryngoscopie puis la succion ou la traction à la pince. On a la surprise intense parfois de sortir de véritables moules du larynx, de la trachée et même de plusieurs ramifications bronchiques. Après la succion, la bronchoscopie nous aide à vérifier l'état de la trachée et des bronches et nous permet de compléter l'extraction des membranes. Cette nouvelle méthode thérapeutique a permis d'améliorer considérablement le pronostic de ces malades, pronostic que Marfan considérait comme fatal dans tous les cas. Elle est également beaucoup plus scientifique que le tubage aveugle. Cependant à cause de la formation ultra-rapide des membranes, il faut parfois répéter l'opération au bout de 12 heures. Chez l'adulte également où le tubage est impraticable, l'extraction des membranes sous laryngoscopie directe est une méthode de choix.

Dans la SCARLATINE les progrès ont peut-être été plus lents depuis l'apparition du sérum anti-scarlatineux de Dick. L'efficacité de ce dernier cependant est maintenant bien reconnue, même en Europe où son introduction a été plus lente à cause de l'utilisation plus fréquente du sérum de convalescent. La prévention par de petites doses de toxine de Dick a fait l'objet de nombreuses publications et statistiques aux Etats-Unis et l'efficacité paraît en être définitivement démontrée. Cependant le nombre d'injections et les réactions encourues empêchent encore la méthode de se généraliser. On entrevoit enfin l'apparition d'une anatoxine qui sera peut-être le point final de la question.

Au chapitre du traitement, les sulfamidés sont venus s'ajouter aux armes que nous avions et paraissent donner certains résultats dans bon nombre de complications. En effet nous avons pu voir régresser avec le sulfami-

de nombre de bubons que nous étions obligés d'ouvrir autrefois. Nous ajouterons même que nous avons cru guérir plusieurs cas de mastoïdites sans opération. Ils ne remplacent certes pas la sérothérapie, car, même donnés à haute dose dès le début de la maladie, ils n'en ont jamais modifié le cours au point par exemple d'empêcher la desquamation comme le fait le sérum dans un grand nombre de cas lorsqu'il est injecté dès le début.

Le grand succès des sulfamidés est l'ÉRYSIPELE dont il a complètement révolutionné la thérapeutique. Au point que cette maladie est devenue tout à fait bénigne. Nous n'employons plus du tout le sérum anti-érysipélateux ni vaccin d'aucune sorte et la régression des lésions de même que la chute de la température sont toujours beaucoup plus précoces (cette dernière tombe à la normale en 48 heures dans 80% des cas). Dans l'érysipèle grave, erratique, serpigineux avec phlegmons superficiels ou profonds, dans l'érysipèle chirurgical les sulfamidés font figure d'un véritable traitement spécifique. De même dans l'érysipèle du nourrisson, où le pronostic autrefois était si grave, il s'est montré d'une efficacité constante et d'une parfaite innocuité (nous voulons parler ici des dérivés non azoïques bien entendu). Pour ce qui est de leur toxicité, les doses moins élevées que nous donnons aujourd'hui ne sont guère à craindre, et quant à la possibilité de l'agranulocytose par intolérance toute particulière, son éclosion paraît extrêmement rare. Nous avons donc là une addition à la thérapeutique d'une grande valeur qui a fait même dire à Levaditi: « Reconnaissons que la découverte de cette nouvelle chimiothérapie anti-endotoxique nous ouvre ses horizons nouveaux et que tôt ou tard, à côté d'une sérothérapie antitoxique il faudra compter avec une chimiothérapie également antitoxique. »

Dans le domaine de la ROUGEOLE des progrès également ont été réalisés, grâce à la découverte des extraits placentaires, de la séroprévention et de la séro-atténuation, sans cependant apporter une méthode absolument sûre de prophylaxie sauf peut-être avec

le sang total de convalescents. Au point de vue thérapeutique le sérum de convalescents, comme l'immuno-transfusion se montrent efficace dans un grand nombre de cas.

La COQUELUCHE a aussi fait l'objet de publications de toute sorte et de nombreuses recherches. Dans le domaine de la thérapeutique retenons l'éther, en lavement mais surtout en injection I. M., les rayons ultra-violets, les Rayon X, toute la gamme des opiacés, des antispasmodiques, des somnifères et puis la vaccinothérapie par voie orale ou parentérale. Cette dernière a soulevé et soulèvera encore bien des controverses, mais nous devons tout de même admettre que donnés au début les vaccins ont une action incontestable à condition d'être administrés à de fortes doses. Enfin une thérapeutique par des anti-virus qui, espérons-le, deviendra une arme puissante. Le dernier de tous les traitements de la coqueluche consiste dans l'administration répété de fortes doses d'acide ascorbique. Cette thérapeutique, basée sur la diminution de l'acide céviamique dans l'organisme au cours de la coqueluche (comme au cours d'ailleurs de toutes les maladies infectieuses), a donné d'heureux résultats entre les mains de nombreux observateurs. Nous devons avouer pour notre part que nous n'avons jamais constaté les miracles que la réclame nous faisait espérer. Cependant avec un dosage assez précis on arrive parfois à des résultats surprenants. Le dosage recommandé est le suivant: 300 milligrammes par 24 heures, les 2 premiers jours; 250 milligrammes le 3ième et 4ième jour; 200 le 5ième et 6ième; 150 le 7ième et 8ième; 125 le 9ième et 10ième, et 100 milligrammes les jours suivants. Au point de vue prophylactique le *vaccin de Sauer* s'est révélé une arme de premier ordre, d'après toutes les statistiques, mais il soulève l'ennui d'un grand nombre d'injections difficiles à faire accepter à l'enfant sauf dans le premier âge.

La POLIOMYÉLITE bien qu'elle ait fait l'objet d'innombrables travaux dans tous les pays n'a pas malheureusement rapporté les mêmes progrès que les autres et, tant au point de vue curatif qu'au point de vue préventif, il n'y a pas encore de spécifique capable d'en enrayer les effets. Kolmer et ensuite Brodie nous ont fait entrevoir un moment donné l'espoir d'un vaccin préventif efficace, mais malheureusement ils ont dû remettre leurs travaux sur le métier avant de croire à la victoire. Le sulfate de zinc employé d'abord en pulvérisation puis en instillation n'a pas encore fait ses preuves. En thérapeutique, le sérum de convalescents a ses détracteurs et ses partisans, de même que le traitement de Bordier, par la radiothérapie profonde et la diathermie. Il n'y a guère que sur un point où tout le monde est d'accord, c'est sur l'immobilisation complète et aussi précoce que possible des membres malades en bonne position. C'est l'orthopédie préventive, point de vue essentiel dans le traitement de cette terrible maladie. Le respirateur est devenu une arme très utile dans la paralysie des muscles respiratoires, mais absolument inefficace dans la paralysie des centres.

Enfin dans le traitement général de toutes les maladies infectieuses de grands progrès ont été réalisés grâce aux vitamines, aux extraits hépatiques, aux réminéralisants, et la convalescence de ces maladies est beaucoup moins longue aujourd'hui qu'autrefois. Les vitamines principalement se sont révélées un adjuvant très précieux dans le traitement et dans la convalescence. C'est ainsi que grâce aux progrès réalisés d'une part par les chercheurs dans le domaine de la biologie, les sérums, les techniques de transfusions, et d'autre part par les progrès réalisés par la médecine en général, les maladies contagieuses ont fait un grand pas pour le bien-être de l'humanité et que, nous en sommes convaincus, dans un avenir rapproché on enregistrera encore de nouvelles avancées scientifiques.

## RECUEIL DE FAITS

### AMÉLIORATION ULTRA-RAPIDE D'UN CAS DE SYPHILIS NERVEUSE PAR LA VACCINO-CHIMIO-PYRÉTOThÉRAPIE

Par **Albéric MARIN**,

Afin de mieux traiter les faits, disons tout de suite qu'un malade doit être considéré comme souffrant de syphilis nerveuse dès que sa ponction lombaire relève des anomalies liquidiennes. Celles-ci s'installent bien avant les signes cliniques nerveux mais sont un indice certain que ce malade tôt ou tard en présentera.

(D'où l'impérieuse nécessité de pratiquer systématiquement une ponction lombaire chez tout syphilitique ancien.)

La syphilis nerveuse, il semble oiseux de le redire, ne répond pas au traitement ordinaire anti-luétique. Le novarseno-benzol, le bismuth, le mercure seuls ne peuvent que rarement enrayer la marche fatale de la tréponémie, lorsqu'elle envahit les centres nerveux. Ces médicaments, même donnés à haute dose, n'empêcheront pas l'évolution de la maladie.

Avec plusieurs, nous croyons que la pyrétothérapie physique en constitue aujourd'hui le traitement de choix, lorsqu'elle est simultanément associée à la chimiothérapie.

\*  
\* \*

Mais si la supériorité de la chimio-pyrétothérapie est désormais bien établie, puisqu'elle donne un rendement supérieur à la malaria ou aux corps chimiques ou aux substances protéiniques utilisées isolément, il y manque le choc protéinique et il est certain que celui-ci, par un mécanisme encore mystérieux, libère un principe curatif.

Nous avons pensé que la combinaison vaccins-médicaments-chaaleur, conjuguant différents efforts thérapeutiques, en exalterait le rendement: le vaccin produit un choc humo-

ral, la haute température fragilise le tréponème, rend plus perméables les méninges, sensibilise les centres nerveux, le médicament apporte son action spécifique.

Ceci nous a amené à traiter des cas de syphilis nerveuse par la vaccino-chimio-pyrétothérapie.

\*  
\* \*

Voici l'observation d'un malade qui a subi cette cure il y a 10 mois.

Arthur Pl., âgé de 43 ans, (Dossier 84,976 du Service de Dermato-Syphiligraphie de l'hôpital Notre-Dame), est admis d'urgence dans un Service de Médecine, le 14 septembre 1937, pour hémiplégie du côté droit, survenue brusquement la veille.

Pression artérielle: 140/80. Urée: 0.50. Glycémie: 1.20. Wasserman du Sang: (++++) (++++). Etat mental normal.

Le malade reçoit 15 injections de Muthanol (Bismuth).

Son hémiplégie s'améliorant, il reçoit son congé le 14 octobre, avec recommandation de venir se faire traiter au Service de Syphiligraphie où une ponction lombaire lui est faite et qui donne:

Wasserman:

Ant. cholestérine . . . . : +++++ (1.5 cc.)  
Ant. à l'extrait  
alcoolique . . . . . : +++++ (0.8 cc.)  
Globuline . . . . . : Positive.  
Or colloïdal . . . . . : 3334431000.  
Benjoin colloïdal . . . . : 1210022000.  
Albumine . . . . . : 0.50.  
Lymphocytose . . . . . : 12.  
Gomme Bertrand . . . . : +++++

L'examen clinique ne montre rien d'autre qu'une hémiparésie résiduelle du côté droit. Le malade traîne la jambe, il ne peut se raser de la main droite.

Du 3 novembre 1937 au 16 janvier 1938, il est soumis à la vaccino-chimio-pyrétothérapie. Il reçoit durant ces deux mois et demi, 24 grammes de Stovarsol, 15 injections de Dmelcos et 50 heures de pyrétothérapie (en 9 séances). Dès la 4<sup>e</sup> séance, l'impotence fonctionnelle disparaît totalement. Une nouvelle ponction lombaire, faite immédiatement après cette cure, nous révèle une amélioration fort nette:

Wasserman:

Ant. cholestérine . . . : — — + + (2 cc.)  
 Ant. à l'extrait  
 alcoolique . . . . . : + + + + (1.5 cc.)  
 Globuline . . . . . : Négative.  
 Or colloïdal . . . . . : 1112221000.  
 Benjoin colloïdal . . . . : 1100000000.  
 Albumine . . . . . : 0.30.  
 Lymphocytose . . . . . : 7.  
 Gomme Bertrand . . . . : + + + +

Il revient alors au Dispensaire de Syphiligraphie, où il lui est donné jusqu'à septembre 1938, trois séries de Stovarsol de 25 grammes chacune.

En octobre, une troisième ponction lombaire donne le résultat:

Wasserman:

Ant. cholestérine . . . . : — — — — (2 cc.)  
 Ant. à l'extrait  
 alcoolique . . . . . : — — — + (1.5 cc.)  
 douteux.  
 Globuline . . . . . : Négative.  
 Or colloïdal . . . . . : Négatif.  
 Benjoin colloïdal . . . . : Négatif.  
 Albumine . . . . . : 0.15.  
 Lymphocytose . . . . . : 1.  
 Gomme Bertrand . . . . : Négative.  
 Wasserman du sang : (— — — —) (— + + +)  
 Kahn . . . . . : (— — + +)

\*

\* \*

Ainsi donc voici un malade présentant des signes d'impotence fonctionnelle du côté droit, (séquelle d'une hémiplegie) avec une sérologie positive dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien, qui subit une cure de vaccino-chimio-pyrétothérapie plus 7 mois de traitement par pentavalents et qui voit les signes liquidiens devenir négatifs et ses réactions sanguines faiblement positives, avec récupération fonctionnelle du côté droit.

Si nous comparons ces résultats avec ceux obtenus par d'autres méthodes nous n'hésitons pas à les qualifier d'ultra-rapides.

Ce malade n'est pas encore guéri mais nous pouvons espérer qu'il le sera à brève échéance.

# L'ARTHRITE GONOCOCCIQUE <sup>1</sup>

## Son traitement par la pyrétothérapie physique

Par **Lucien SYLVESTRE**,  
Médecin de l'hôpital Notre-Dame.

Depuis quelques années, la pyrétothérapie est employée avec succès dans le traitement des complications articulaires qui surviennent au cours des infections gonococciques.

Nous avons eu en ces derniers temps, l'avantage de soumettre à la pyrétothérapie physique des patients atteints d'arthrites gonococciques.

Nous devons à l'initiative du Docteur Abéric Marin l'établissement à l'Hôpital Notre-Dame de ce centre de pyrétothérapie, un des premiers du genre à fonctionner au Canada. Je suis également heureux de dire que c'est grâce à son concours si nous avons pu utiliser ce moyen thérapeutique pour le traitement de nos patients atteints de complications articulaires.

Nous désirons démontrer par ces quelques observations que les résultats obtenus semblent se comparer avantageusement aux succès de nos voisins, les Américains. Ceux-ci considèrent en effet comme méthode de choix cette thérapeutique qui leur a donné 75% de guérisons dans le traitement de l'arthrite.

Si l'on étudie les statistiques publiées dans l'ouvrage du professeur Henri Mondor sur: « Les Arthrites Gonococciques », lequel date d'une dizaine d'années, on se rendra bien vite compte que l'arthrite gonococcique est une affection extrêmement grave. En effet König aurait obtenu, sur 31 arthrites du genou, 10 guérisons complètes, 1 mort et 10 ankyloses. Mackenzie Forbes indique, comme durée moyenne de la maladie, plus de dix mois. La plus importante comparaison de statistique a été faite par Chiari. Il en ressort que, dans 30% à 40% des observations, l'impotence fonctionnelle restait importante.

Il est évident, par la comparaison des résultats cités dans les auteurs américains, que ce nouveau mode de traitement (la pyrétothérapie) marque un progrès important sur les anciennes thérapeutiques.

Cette complication articulaire atteint généralement ceux qui contractent la blennorragie dans la proportion d'un à deux pour cent. Elle survient parfois au déclin d'une uréthrite gonococcique aiguë vers la 3e ou 4e semaine; elle peut également se produire à différents temps de la vie chez un sujet atteint de séminalo-vésiculite gonococcique chronique et le rendre impotent durant la plus grande partie de son existence.

Le vénéréologue a peu d'occasion de dépister ces cas d'arthrites, parce que le patient atteint de cette complication, croyant souffrir de rhumatisme ordinaire, consulte le plus souvent son médecin de famille. Il est souvent tenu dans l'ignorance d'une affection gonococcique passée, devenue chronique et à foyers latents.

L'arthrite s'établit généralement de façon insidieuse et persiste quelques fois sous une forme plutôt légère, que l'on désigne sous le terme d'arthralgie ou arthrite fruste.

Elle n'en rend pas moins son sujet impotent durant des années, aussi longtemps que durera le foyer d'infection à caractères chroniques, localisé à la prostate ou aux vésicules séminales.

D'autres fois, elle débute d'emblée sous une forme grave affectant une ou plusieurs articulations? Elle se caractérise par des douleurs intenses, de la tuméfaction et une impotence fonctionnelle plus ou moins complète.

Ce sera tantôt une arthrite aiguë, sèche ou avec épanchement, tantôt une arthrite pseudo-phlegmoneuse qui est certainement de tou-

1. Communication présentée à l'Assemblée scientifique du Bureau Médical de l'hôpital Notre-Dame, séance du 20 octobre 1938.

L'examen clinique ne montre rien d'autre qu'une hémiparésie résiduelle du côté droit. Le malade traîne la jambe, il ne peut se raser de la main droite.

Du 3 novembre 1937 au 16 janvier 1938, il est soumis à la vaccino-chimio-pyrétothérapie. Il reçoit durant ces deux mois et demi, 24 grammes de Stovarsol, 15 injections de Dmelcos et 50 heures de pyrétothérapie (en 9 séances). Dès la 4<sup>e</sup> séance, l'impotence fonctionnelle disparaît totalement. Une nouvelle ponction lombaire, faite immédiatement après cette cure, nous révèle une amélioration fort nette:

Wasserman:

Ant. cholestérine . . . : — — + + (2 cc.)  
 Ant. à l'extrait  
 alcoolique . . . . . : + + + + (1.5 cc.)  
 Globuline . . . . . : Négative.  
 Or colloïdal . . . . . : 1112221000.  
 Benjoin colloïdal . . . . : 1100000000.  
 Albumine . . . . . : 0.30.  
 Lymphocytose . . . . . : 7.  
 Gomme Bertrand . . . . : + + + +

Il revient alors au Dispensaire de Syphiligraphie, où il lui est donné jusqu'à septembre 1938, trois séries de Stovarsol de 25 grammes chacune.

En octobre, une troisième ponction lombaire donne le résultat:

Wasserman:

Ant. cholestérine . . . . : — — — — (2 cc.)  
 Ant. à l'extrait  
 alcoolique . . . . . : — — — + (1.5 cc.)  
 douteux.  
 Globuline . . . . . : Négative.  
 Or colloïdal . . . . . : Négatif.  
 Benjoin colloïdal . . . . : Négatif.  
 Albumine . . . . . : 0.15.  
 Lymphocytose . . . . . : 1.  
 Gomme Bertrand . . . . : Négative.

Wasserman du sang : (— — — —) (— + + +)  
 Kahn . . . . . : (— — + +)

\*

\* \*

Ainsi donc voici un malade présentant des signes d'impotence fonctionnelle du côté droit, (séquelle d'une hémiplegie) avec une sérologie positive dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien, qui subit une cure de vaccino-chimio-pyrétothérapie plus 7 mois de traitement par pentavalents et qui voit les signes liquidiens devenir négatifs et ses réactions sanguines faiblement positives, avec récupération fonctionnelle du côté droit.

Si nous comparons ces résultats avec ceux obtenus par d'autres méthodes nous n'hésitons pas à les qualifier d'ultra-rapides.

Ce malade n'est pas encore guéri mais nous pouvons espérer qu'il le sera à brève échéance.

# L'ARTHRITE GONOCOCCIQUE<sup>1</sup>

## Son traitement par la pyrétothérapie physique

Par **Lucien SYLVESTRE**,  
Médecin de l'hôpital Notre-Dame.

Depuis quelques années, la pyrétothérapie est employée avec succès dans le traitement des complications articulaires qui surviennent au cours des infections gonococciques.

Nous avons eu en ces derniers temps, l'avantage de soumettre à la pyrétothérapie physique des patients atteints d'arthrites gonococciques.

Nous devons à l'initiative du Docteur Abéric Marin l'établissement à l'Hôpital Notre-Dame de ce centre de pyrétothérapie, un des premiers du genre à fonctionner au Canada. Je suis également heureux de dire que c'est grâce à son concours si nous avons pu utiliser ce moyen thérapeutique pour le traitement de nos patients atteints de complications articulaires.

Nous désirons démontrer par ces quelques observations que les résultats obtenus semblent se comparer avantageusement aux succès de nos voisins, les Américains. Ceux-ci considèrent en effet comme méthode de choix cette thérapeutique qui leur a donné 75% de guérisons dans le traitement de l'arthrite.

Si l'on étudie les statistiques publiées dans l'ouvrage du professeur Henri Mondor sur: « Les Arthrites Gonococciques », lequel date d'une dizaine d'années, on se rendra bien vite compte que l'arthrite gonococcique est une affection extrêmement grave. En effet König aurait obtenu, sur 31 arthrites du genou, 10 guérisons complètes, 1 mort et 10 ankyloses. Mackenzie Forbes indique, comme durée moyenne de la maladie, plus de dix mois. La plus importante comparaison de statistique a été faite par Chiari. Il en ressort que, dans 30% à 40% des observations, l'impotence fonctionnelle restait importante.

Il est évident, par la comparaison des résultats cités dans les auteurs américains, que ce nouveau mode de traitement (la pyrétothérapie) marque un progrès important sur les anciennes thérapeutiques.

Cette complication articulaire atteint généralement ceux qui contractent la blennorragie dans la proportion d'un à deux pour cent. Elle survient parfois au déclin d'une uréthrite gonococcique aiguë vers la 3e ou 4e semaine; elle peut également se produire à différents temps de la vie chez un sujet atteint de séminalo-vésiculite gonococcique chronique et le rendre impotent durant la plus grande partie de son existence.

Le vénéréologue a peu d'occasion de dépister ces cas d'arthrites, parce que le patient atteint de cette complication, croyant souffrir de rhumatisme ordinaire, consulte le plus souvent son médecin de famille. Il est souvent tenu dans l'ignorance d'une affection gonococcique passée, devenue chronique et à foyers latents.

L'arthrite s'établit généralement de façon insidieuse et persiste quelques fois sous une forme plutôt légère, que l'on désigne sous le terme d'arthralgie ou arthrite fruste.

Elle n'en rend pas moins son sujet impotent durant des années, aussi longtemps que durera le foyer d'infection à caractères chroniques, localisé à la prostate ou aux vésicules séminales.

D'autres fois, elle débute d'emblée sous une forme grave affectant une ou plusieurs articulations? Elle se caractérise par des douleurs intenses, de la tuméfaction et une impotence fonctionnelle plus ou moins complète.

Ce sera tantôt une arthrite aiguë, sèche ou avec épanchement, tantôt une arthrite pseudo-phlegmoneuse qui est certainement de tou-

1. Communication présentée à l'Assemblée scientifique du Bureau Médical de l'hôpital Notre-Dame, séance du 20 octobre 1938.

tes les arthrites la plus dangereuse et celle qui comporte le pronostic le plus sérieux.

Et puisque nous avons parlé de foyer d'infection, soulignons tout de suite l'importance de rechercher avec un soin tout particulier le gonocoque avant d'instituer un traitement. Ce foyer sera parfois difficile à découvrir, parce que le patient au moment de l'attaque rhumatismale, ne présente que peu de symptômes de son infection initiale.

Il est toujours utile dans ces cas de faire un massage de la prostate et des vésicules séminales, et d'examiner les sécrétions prostaticques et vésiculaires pour la recherche du pus et des microbes.

On devra aussi recueillir aseptiquement les sécrétions et demander au laboratoire de rechercher l'organisme en cause par des examens microscopiques multiples et par le moyen des cultures.

Pour éviter l'ankylose et assurer ainsi une guérison complète et rapide, on doit appliquer un traitement approprié et prompt dès l'apparition des symptômes de l'infection articulaire gonococcique. Cette guérison ne consiste pas seulement dans la disparition de la douleur et de la température, mais dans le retour à l'état normal de la fonction articulaire.

Le traitement le plus recommandé est celui qui permet la suppression de la douleur dans le plus court délai. En effet c'est la disparition des phénomènes douloureux qui permet une mobilisation précoce de l'articulation affectée et qui peut éviter l'ankylose. En présence d'une arthrite gonococcique, il est impossible d'en prévoir l'évolution, et tout le problème consiste à prévenir l'impotence fonctionnelle du membre. Plus le traitement est institué de bonne heure, plus on a de chance de guérir l'arthrite sans séquelles.

Le salicylate de soude a un effet nul dans le traitement de ces arthrites gonococciques; il ne faut donc pas l'administrer pendant des mois à ces malheureux. Ce sera perdre un temps précieux.

Ne l'oublions pas: en quinze jours, le gonocoque peut produire dans une articulation des dommages absolument irréparables.

Il se produit en peu de temps des adhérences au niveau des synoviales, des cartilages ulcérés ou détruits, des productions osseuses de compensation se forment, qui entravent définitivement les mouvements articulaires. Pour toutes ces raisons, il importe d'instituer dès les premiers jours un traitement rationnel de l'arthrite gonococcique.

La pyrétothérapie, seule ou associée à la chimiothérapie donne des succès qu'aucun autre traitement n'a donnés jusqu'ici. Elle semble être le traitement de choix, parce qu'elle s'attaque au gonocoque qui est la cause même de l'infection. Grâce au degré élevé de température qu'elle développe au sein même des articulations, elle atténue grandement la virulence du microbe et exalte les défenses de l'organisme de telle sorte que nous pouvons compter, dans un temps très court, sur une guérison définitive.

Le gonocoque est détruit dans les foyers d'infection par la chaleur seule, si celle-ci atteint 107° F., durant une période suffisante de temps, ou par la combinaison chimio-pyrétothérapique. L'association des sulfamidés et de la fièvre artificielle atteignant 105° à 106° F., permet également d'obtenir d'excellents résultats.

La perméabilité des tissus étant accrue vis-à-vis des produits chimiques sous l'influence de la température, leur action s'en trouve intensifiée et nous obtenons des succès que l'emploi isolé de ces deux thérapeutiques ne saurait donner.

Le gonocoque est thermolabile. Il est tué à la température de 107° F., *in vitro* (et aussi *in vivo* d'après les expériences concluantes de Boak, Carpentier, Mucci et Warren) en un certain nombre d'heures qu'il a été possible de déterminer expérimentalement pour chaque souche de gonocoque.

Nous avons utilisé à date la pyrétothérapie générale, parce que nous avons à traiter en même temps et les articulations affectées et les foyers uro-génitaux de nos patients. Ce traitement consiste à introduire le patient dans une cabine à air chaud et humide où l'on peut graduellement faire monter la température à 120° F. La tête du malade seule demeure en dehors de l'appareil. Par ce moyen on élève la température du patient jusqu'à 105° ou 106° que l'on maintient, pendant environ six heures durant chaque séance. Les traitements dans les cas qui nous intéressent ont été répétés tous le huit jours. Chaque patient a reçu en quatre séances, vingt-cinq heures de pyrétothérapie.

Il existe aussi des appareils à ondes courtes pour le traitement d'une région déterminée: tel qu'un foyer d'infection uro-génital. Ces appareils, permettant une électropyréxie locale, ont l'avantage d'éviter aux patients les ennuis de la pyrétothérapie généralisée.

En ces dernières années, grâce à l'application de ces nouvelles méthodes thérapeutiques: la pyrétothérapie sous toutes ses formes et la chimiothérapie moderne par les sulfamidés, le pronostic de ces complications articulaires est moins sombre et les rapports des auteurs américains qui donnent un pourcentage élevé de guérisons par l'emploi de ces traitements nouveaux apportent au médecin un véritable encouragement dans l'application de ces moyens thérapeutiques au traitement de la blennorragie et des arthrites gonococciques.

### Observation I

L., André, 27 ans, nous est confié le 2 août, c'est-à-dire quinze jours après le début de ses douleurs articulaires. Au niveau des articulations affectées: hanche droite, coude droit et poignet gauche, il présente tous les signes d'une arthrite sèche plutôt grave: phénomènes très douloureux au niveau des articulations, où tout mouvement est impossible.

Il n'existe cependant pas de rougeur à la peau. Au toucher rectal on trouve une prostate assez grosse et une vésicule séminale droite gonflée.

Au moment de soumettre le patient à la pyrétothérapie, l'écoulement urétral montre du pus et de nombreux gonocoques. Les deux verres d'urines sont troubles. Les articulations sont douloureuses, et il y a impotence fonctionnelle à peu près complète.

Les 8, 15, 22, et 29 septembre, on lui fait quatre séances de pyrétothérapie massive.

La deuxième séance est suivie d'une amélioration marquée dans l'état général et de la disparition de la douleur.

Cette action manifeste sur la douleur est d'un intérêt capital, car elle permet la mobilisation articulaire d'une façon précoce.

Ces progrès se sont accentués de sorte qu'en un mois le patient a recouvré toute l'amplitude de ses mouvements et a pu quitter l'hôpital.

Les urines sont devenues limpides après la troisième séance.

Dans ce cas, il n'y a pas de doute que la pyrétothérapie a modifié favorablement des atteintes articulaires traînantes et installées depuis quelque temps. Au surplus elle a constitué un traitement de choix de l'infection initiale c'est-à-dire du foyer gonococcique vésiculaire ou prostatique.

### Observation II

M. C., 20 ans, vient nous voir le 17 octobre pour une arthrite gonococcique aiguë du cou du pied droit ayant débuté il y a un mois au cours d'une blennorragie qui dure depuis quinze jours. Il présente une tuméfaction considérable, aspect globuleux, de l'articulation.

Les douleurs spontanées sont intenses et continues; le patient n'a pas dormi depuis plusieurs nuits. La peau est rouge et la palpation légère du membre offre une sensation de chaleur plus considérable au côté affecté. La goutte urétrale contient du gonocoque. Les urines sont troubles dans les deux verres.

Afin de soulager le malade et pour corriger la position vicieuse de son pied (varus

équin), nous immobilisons le membre dans une gouttière plâtrée durant cinq ou six jours.

Il reçoit ensuite quatre séances de pyrététo à raison d'une par semaine. Après ces quatre séances d'hyperthermie généralisée, il est possible au patient de marcher sans aide.

Le pied ne présente plus de tuméfaction et les mouvements articulaires sont à peu près normaux. La radiographie révèle cependant de la décalcification des os du tarse.

Après la deuxième séance d'hyperthermie, soit en quinze jours de traitement, le foyer uro-génital ne présente aucun symptôme d'infection.

Le traitement avait commencé un mois après le début des troubles articulaires; s'il eut été institué dès les premiers jours, les résultats eussent été encore plus rapides, avec des séquelles moins prononcées.

## LA CHIRURGIE EN PROVINCE

### Traumatismes abdominaux

Par **Guy D'ARGENCOURT**,

Chirurgien de l'hôpital Sainte-Croix (Drummondville).

Cinq cas de traumatisme abdominal, les seuls d'ailleurs que j'aie eus depuis trois ans à l'hôpital Ste-Croix de Drummondville, m'ont fourni l'occasion d'obtenir une série opératoire heureuse que je livre à l'interprétation du lecteur.

#### Première observation.

Le 9 août 1935, à 9 hrs p.m., se présente Gaétan L., 7 ans. L'enfant aurait été encorné quelques heures plus tôt. A l'arrivée, il se plaint de douleurs au creux épigastrique; faciès douloureux, pouls 88, température 97 F, dyspnée intense. A l'examen clinique on constate sous le rebord costal droit, à la région vésiculaire, une perforation de la dimension du bout du pouce; cette plaie présente à peu près l'aspect du trou de sortie d'un projectile d'arme à feu de moyen calibre. A l'auscultation rien à noter, la paroi abdominale est souple. Malgré le peu de dégât apparent, je décide d'intervenir sur-le-champ: laparotomie oblique droite sous-costale; déchirure du bloc droit du foie parallèle au ligament falciforme et à environ deux pouces de ce dernier. On ne trouve aucune autre lésion. Suture profonde de la brèche par cinq points séparés. Lame de caoutchouc sur la face antérieure du foie, réparation de la brèche péritonéale qui intéressait le ligament, ferme-

ture en trois plans après émondage des parois de la plaie. Sérum antitétanique. Evolution normale, départ le onzième jour.

#### Deuxième observation.

Le 9 mai 1936, Conrad C., 33, ans, est admis à 11 hrs a.m., à la suite d'un accident d'automobile. Chauffeur d'un camion chargé de bois qui a capoté dans le fossé, il a été pris sous la charge et écrasé, à ce qu'il croit, sous le levier de vitesse. Le patient arrive en marchant, avec de l'aide. Pouls 76, température 98 4/5 F, dyspnée intense, toux, état général assez bon. Se plaint de douleur au creux épigastrique. L'abdomen est en carène et présente une défense généralisée. Au creux épigastrique, il y a une voûssure considérable donnant l'impression d'une éventration; au centre de cette voûssure, il y a une ecchymose et légère érosion de la peau. La défense musculaire commande le diagnostic de rupture probable d'un organe intra-abdominal. Après la médication habituelle de l'état de choc, j'interviens par laparotomie médiane sus-ombilicale: la paroi abdominale, sauf la peau, est complètement rupturée et remplie de caillots noirs; aucun gaz ni aucune odeur particulière ne s'en dégagent. La cavité abdominale est remplie de sang rouge, l'estomac ne présente rien de particulier. L'explo-

ration du foie révèle à la face supérieure, à environ deux pouces du ligament coronaire, une rupture s'étendant depuis le ligament falciforme jusqu'à la convexité externe du foie; il y a décalage d'un travers de doigt entre les deux lèvres accolées de la rupture. Je referme en laissant deux cigarettes sous le bord externe du foie à la partie déclive et une autre le long du ligament falciforme. « Coagulen » intra-veineux et intra-musculaire. Evolution normale. Le patient quitte l'hôpital le quatorzième jour.

#### Troisième observation.

Le 20 septembre 1936, Georges C., 11 ans, vient d'être frappé par une balle de carabine, calibre 22. Le patient est excessivement pâle, son pouls petit et rapide. A l'examen on trouve une plaie ponctiforme à la région hypogastrique à mi-chemin entre l'ombilic et le pubis et à gauche de la ligne médiane. A la région fessière droite il y a une autre plaie, à peine plus grosse, un peu au-dessus de l'articulation coxo-fémorale. D'après les renseignements obtenus, la porte d'entrée aurait été en avant; nous avons donc affaire à un trajet oblique de gauche à droite, d'avant en arrière et un peu de haut en bas. Le cathétérisme de la vessie ramène du sang presque pur. Après avoir réchauffé le malade et donné les soins d'urgence habituels, je procède à une laparotomie médiane sous-ombilicale: présence d'une grande quantité de sang dans l'abdomen; l'exploration révèle une perforation probablement incomplète du sommet de la vessie et il ne semble pas y avoir présence d'urine dans la cavité abdominale. Sur la portion terminale de l'iléon, jusqu'à six pouces du cœcum environ, on retrace, sur une longueur de huit à neuf pouces, six perforations intestinales. Partout ailleurs: grêle, cœcum, sigmoïde, petit bassin, rien d'anormal. Résection du grêle perforé, anastomose latérolatérale, appendicectomie. La plaie vésicale étant fortement ecchymotique, je n'y fais aucune suture, me contentant d'appliquer une sonde à demeure après l'intervention. Fermeture en trois plans avec deux cigarettes: Sé-

rum antitétanique. Evolution normale, le patient quitte l'hôpital le quinzième jour, guéri.

#### Quatrième observation.

Réjane D., 9 ans, nous arrive le 28 novembre 1937, à 4 hrs p.m., dans un état lamentable. Température 101 F., pouls 140, dyspnée intense, faciès péritonéal, nez pincé, etc. L'enfant serait tombé à plat ventre sur une pierre proéminente, il y a trois jours. Son état semblant peu grave au début, les parents n'ont fait demander le médecin que le jour de son arrivée à l'hôpital. A l'examen, l'abdomen est distendu, douloureux et en contracture généralisée. Le toucher rectal provoque une douleur exquise au contact du Douglas. Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale: cavité abdominale remplie de sang. L'exploration du foie, de la rate, du mésentère, de l'intestin, ne révèle rien de particulier. L'endroit d'où semble être venue l'hémorragie serait le ligament gastro-splénique ou le pédicule de la rate. Comme l'hémorragie semble arrêtée, je me contente d'enlever sommairement le plus gros du sang épanché. Fermeture en trois plans avec cigarette dans le Douglas. L'enfant quitte l'hôpital, le quatorzième jour, guérie.

#### Cinquième observation.

Wilfrid B., 31 ans, entre à l'hôpital le 17 septembre dernier, à 5 hrs p.m. Mécanicien de son métier, le patient, en travaillant, est tombé à cheval, d'une hauteur de deux pieds, sur une tige d'acier d'environ un demi-pouce de diamètre. Le patient se plaint d'une forte douleur de la région inguinale gauche et prétend que la tige en question aurait pénétré dans la cavité abdominale jusqu'à hauteur de l'ombilic. Examen: température 99 3/5, pouls 88, respiration 20. La paroi abdominale est parfaitement souple, sauf à la région inguinale gauche où, sur une lisière large de trois travers de doigt au-dessus du ligament de Poupert, il y a de l'empâtement et de la douleur. Aucune ecchymose, aucune érosion. On sent une petite masse, à peu près à cheval sur le ligament, qui nous donne l'impression d'une adénite. Au fond de l'hémi-scro-

tum gauche, il y a une plaie à l'emporte-pièce de la grandeur d'un vingt-cinq sous, qui semble n'intéresser que la peau. Le testicule et le cordon sont normaux, il n'y a pas d'épanchement dans le scotum, pas d'ecchymose au périnée, le toucher rectal est négatif, quelques rares globules rouges dans les urines. En présence d'aussi peu de signes, je décide d'attendre malgré l'anxiété du malade qui soutient qu'un morceau d'étoffe, manquant à son pantalon et qu'on n'a pas trouvé, est dans son abdomen. La radiographie ne révèle aucune fracture. Le patient reçoit une ampoule de sérum antitétanique. Dans les jours qui suivent, le patient accuse des douleurs de plus en plus vives; la température monte à 100, la région inguinale devient inflammatoire. Le 22 septembre, soit cinq jours après son accident, par une incision d'herniotomie, j'ouvre une collection purulente assez considérable au milieu de laquelle je trouve un morceau d'étoffe irrégulier, d'environ deux pouces de diamètre. Il y a une perte de substance intéressant l'aponévrose du grand oblique, le petit oblique et le transverse.

Après nettoyage, des crins de rapprochement sont mis en place et je lui fais un pansement au Dakin. Le troisième jour après l'intervention, l'état de la plaie permet de les lier. Le patient est encore à l'hôpital en bonne voie de guérison.

#### Commentaires.

L'observation I illustre le bien fondé de l'intervention précoce dans les cas de plaies pénétrantes de la paroi abdominale. J'étais presque convaincu avant d'intervenir que je le faisais inutilement et que la lésion n'avait pas dépassé le péritoine pariétal. Les faits m'ont prouvé, une fois de plus, que la symptomatologie des premières heures est trompeuse.

La deuxième m'a étonné par son évolution. J'ai vu peu de cas de rupture du foie aussi étendue revenir si vite à la santé. Je me rappelle un cas observé à l'hôpital Notre-Dame (de Montréal): il s'agissait d'une jeune fille

frappée par une automobile; si mes souvenirs sont bons, elle était restée environ un an à l'hôpital, avait présenté de la dégénérescence hépatique, une fistule intarissable; elle en était sortie cachectisée, anémiée. Je m'attendais bien à un résultat semblable. Peut-être les lésions de mon patient n'étaient-elles pas aussi profondes que celles de la malade en question. A des années d'intervalle il est difficile, de mémoire, de comparer deux cas. Chez mon patient, la suture était impossible à moins de pratiquer la mobilisation d'un volet costal considérable. J'ai cru de l'intérêt du blessé de faire le minimum.

L'observation III ne présente rien de bien particulier sauf peut-être, pour moi qui en ai vu bien peu de semblable, l'importance de l'hémorragie causée par les lésions intestinales. Je sais bien que l'intestin est copieusement irrigué et que les lésions portaient surtout sur le bord mésentérique de l'intestin; mais j'aurais cru que l'hémorragie causée à cet endroit par un si petit projectile se serait arrêtée bien avant de prendre cette importance. Malgré la gravité du cas, je crois avoir bien fait d'enlever l'appendice. Ce qui a motivé cette décision de ma part c'est que, m'attendant à de l'infection et probablement à une fistulisation interminable, je me suis dit qu'il valait mieux prévenir une appendicite aiguë et ses conséquences au milieu d'un fouillis d'adhérences et de tissu cicatriciel.

La quatrième observation justifie l'axiome que le mieux est l'ennemi du bien. Dans ce cas, l'état général était franchement mauvais, il n'y avait aucun signe d'hémorragie immédiatement récente. La petite satisfaction d'avoir trouvé exactement l'origine de l'hémorragie aurait-elle justifié le risque que j'aurais fait courir à ma patiente en insistant davantage? Non.

La dernière observation enfin m'a bien amusé. Voici un homme qui présente, à la face inférieure du scrotum du côté gauche, une plaie circulaire à l'emporte-pièce de la grandeur d'un vingt-cinq sous et qui semble n'intéresser que la peau. Tout le reste de l'exa-

men, sauf cette petite nodosité que j'ai prise pour un ganglion et la sensibilité de l'aine, s'est montré négatif. Durant les deux premiers jours, je soutiens « mordicus » à l'encontre du patient, qu'il n'est pas possible avec des signes si insignifiants qu'il se soit empalé

comme il le prétend, encore moins que son morceau de pantalon soit en dedans comme il dit, car, remarquez bien qu'au troisième jour il n'y a aucune ecchymose.

L'évolution, cependant, devait me donner tort. Comme quoi, il ne faut jurer de rien.

### Erythème noueux<sup>1</sup>

La question depuis longtemps à l'ordre du jour de la pathogénie et des conséquences ultérieures de l'érythème noueux, continue à s'enrichir de documents nouveaux.

Aux Etats-Unis, W.-W. Spink a provoqué des lésions cutanées cliniquement et histologiquement analogues à celles l'érythème noueux, non seulement par injection de tuberculine, expérience déjà réalisée, mais par l'injection intra-dermique d'une endotoxine constituée par des nucléo-protéines streptococciques. Il en conclut que l'érythème noueux semble être une réaction inflammatoire spécifique de la peau à divers agents bactériens, toxiques et chimiques; l'association à la tuberculose paraissant plus fréquente chez l'enfant, l'association aux streptococcies plus habituelle chez l'adulte.

J. Comby, dans plusieurs publications rappelle les conclusions dont il a toujours été le défenseur, et considère que l'érythème noueux, maladie analogue aux fièvres éruptives, présente une évolution aiguë cyclique, et guérit rapidement sans complications immédiates ni séquelles tardives; et que son pronostic est toujours favorable, n'exposant pas plus aux cardiopathies rhumatismales qu'aux viscéro-pathies bacillaires.

Par contre, un certain nombre d'arguments biolo-

giques et cliniques sont publiés par les auteurs qui considèrent l'érythème noueux comme une des expressions du début de la tuberculose chez l'enfant.

R. Debré, A. Saenz et R. Broca ont recherché la bacillémie tuberculeuse chez les enfants atteints d'érythème noueux. Ils ont obtenu des inoculations au cobaye positives dans 17% des cas, chiffre en apparence peu élevé, mais qui prend toute sa valeur si on le compare à celui des inoculations positives en cas de tuberculose avérée qui ne dépasse pas 4%.

Au point de vue clinique, l'un de nous (G. Blechmann) a rapporté récemment deux cas d'érythème noueux familial, s'accompagnant de virage de la cutiréaction et suivis après une certaine phase de latence de manifestations de tuberculose pulmonaire et d'un cas de méningite tuberculeuse.

Dans ces deux cas d'érythème noueux familial, il fut possible de retrouver un contact avec des tuberculeux pulmonaires avérés dans les mois qui précédèrent l'apparition de l'érythème.

Une conception médiatrice entre les deux thèses est formulée par P. Durand qui considère les érythèmes noueux qui succèdent à une affection anergisante (grippe, rougeole), sont particulièrement redoutables; par contre que ceux qui apparaissent « spontanément » sont beaucoup plus discrets dans leurs conséquences.

Au total, il conclut que le pronostic lointain de l'érythème noueux est fonction des circonstances de son apparition.

G. BLECHMANN et R.-Ch. FRANÇOIS.

1. *L'Année Médicale pratique*, René Lépine éditeur, Paris, 1938.

## PETITE CLINIQUE

### COLIBACILLOSE OU PALUDISME CHEZ UNE BRIGHTIQUE<sup>1</sup>

Par M. ROCH,

Professeur de clinique médicale à Genève.

Voici une malade âgée de 54 ans, entrée depuis quatre jours à l'hôpital. D'emblée elle nous frappe par sa prostration, son teint pâle et jaunâtre, son facies un peu bouffi et une odeur particulière de l'haleine qui nous fait immédiatement penser à la grande azotémie.

Comme c'est le cas ici, l'odorat pourra souvent vous rendre service dans la pratique médicale. Vous apprendrez vite à connaître l'odeur des sanies provenant d'un cancer utérin, l'odeur ammoniacale de l'incontinence urinaire, l'odeur acide des sueurs rhumatismales, le parfum acétonique du diabétique dans le coma, la puanteur de fleurs pourries s'exhalant d'une vieille caverne tuberculeuse secondairement infectée... sans parler de la gangrène pulmonaire, de l'ozène, de l'haleine du buveur... Voilà des renseignements précis que peut vous fournir votre muqueuse pituitaire, renseignements qui vous permettront souvent de porter un diagnostic rapide, « à vue de nez », si l'on peut dire.

Dans le cas particulier, le nez ne nous a pas trompé. Le taux de l'urée du sang, de 2,63 o/oo avant-hier, était hier de 3,55 et il est aujourd'hui de 3,84 soit 10 fois plus élevé que le taux normal. Il n'y a donc pas de doute à avoir sur l'existence d'une urémie rapidement progressive, de pronostic sévère. L'urémie explique fort bien la fatigue de la malade qui demande avant tout qu'on la laisse en repos, son anorexie absolue, son état nauséux, son aspect pâle et œdémateux.

Le diagnostic de brightisme est confirmé par l'albuminurie, un certain degré d'hyper-

tension artérielle, 17-9, un cœur hypertrophié, une diurèse médiocre, de 500 à 800 cc. d'une urine contenant moins de 8 o/oo d'urée, par conséquent très peu concentrée. L'épreuve du rouge rénal est aussi mauvaise que possible: de la phénolsulfonephtaléine injectée, aucune trace ne passe dans l'urine des deux premières heures. Les corps xanthoprotéiques du plasma sont à 160 mgr. par litre alors que la normale est entre 10 et 25 .

L'insuffisance rénale est donc évidente et, vraisemblablement, nous allons assister aux derniers jours d'une vieille brightique.

\*  
\*       \*  
\*

Cette conclusion est sans doute juste; toutefois elle ne l'est que partiellement car le cas n'est pas aussi simple qu'il le semble au premier abord. L'albuminurie paraît due surtout à de la pyurie. Les urines sont troubles et le dépôt abondant que l'on obtient au centrifugeur montre une purée de globules blancs et de colibacilles, sans aucun cylindre.

De plus, la malade se plaint de douleurs dans le flanc gauche et elle est sujette à de violents accès de fièvre débutant par de grands frissons, suivis de sueurs abondantes. Ces accès de fièvre, elle les attribue à la malaria et avec toute la lucidité et l'énergie qui lui restent, elle s'efforce de nous imposer sa conviction. Nous avons des raisons de douter de la réalité de l'infection paludéenne et comme cause des accès fébriles d'incriminer bien plutôt la pyélite colibacillaire.

Pour arbitrer le différend, il est nécessaire de reprendre l'histoire de cette malade que nous connaissons depuis fort longtemps et sur

1. Travail original de notre éminent collègue de Genève, membre d'honneur de l'Union Médicale.

laquelle nous possédons d'anciennes observations.

\*  
\*      \*

Une maladie infectieuse contractée à Ajaccio doit retenir notre attention. C'était en 1904. Notre malade avait 20 ans et était alors au service d'une famille anglaise qui venait de séjourner six mois en Corse. En rentrant en Angleterre, elle fut prise d'une fièvre intense, assez grave pour lui avoir fait perdre le souvenir du voyage et pour avoir nécessité un séjour de 3 mois à l'hôpital français de Londres. Elle affirme qu'il s'agissait de malaria, tout en racontant aussi que cette maladie si prolongée a été caractérisée par une fièvre continue et non pas intermittente, par des céphalées, par des maux de ventre et de la diarrhée. A ces précisions, il faut ajouter qu'en 1904, en Corse, elle n'a guère pu prendre que la fièvre tierce, type de paludisme relativement bénin et réagissant très bien à la quinine, en sorte que nous sommes amenés à mettre en doute le diagnostic de malaria et à penser bien plutôt à la fièvre typhoïde.

Tout de même, cette notion de paludisme, notion que nous avons de bonnes raisons de croire erronée est restée gravée dans le cerveau de cette malade qui va, sa vie durant, suggestionner fâcheusement beaucoup de médecins.

Comment cela a-t-il pu se produire? Souvent les médecins — tout particulièrement dans les services hospitaliers — parlent trop. Un des médecins de Londres n'a-t-il pas pu dire: « Elle a de la fièvre, une grosse rate, elle vient de Corse, on pourrait penser à la malaria! » Ce mot peut frapper un cerveau affaibli par la maladie et c'est suffisant pour provoquer une intoxication psychique qui dans le cas particulier s'est perpétuée pendant 34 ans.

Prenez donc garde à ce que vous dites dans vos discussions « au lit du malade ». Vos paroles généralement mal comprises se gravent

parfois profondément dans la mémoire de vos patients.

En 1913, âgée de 29 ans, notre malade entre à l'Hôpital de Genève pour de prétendus accès de fièvre paludéenne. Elle a en effet des poussées fébriles qui atteignent 40°, sont précédées de frissons et suivies de sueurs abondantes. L'interne adopte tout d'abord le diagnostic de la malade, diagnostic qui a été aussi celui du médecin traitant; il note que la rate est hypertrophiée et la région du flanc gauche sensible à la palpation. Cependant, on ne trouve pas d'hématozoaires dans le sang, la fièvre résiste à la quinine, la douleur du flanc gauche paraît provenir du rein plus que de la rate, les urines sont troubles en sorte qu'on rectifie le diagnostic et qu'on conclut à la pyélonéphrite: « Syndrome entéro-rénal de la colibacillose ». L'état infectieux suffit à expliquer la splénomégalie.

En 1932, nouveau séjour à l'hôpital. La malade a maintenant 48 ans. Depuis 3 mois, elle a des accès de fièvre élevée, toujours précédés de grands frissons et suivis de transpirations profuses. Ces accès d'abord quotidiens s'espacent bientôt et ne surviennent plus que tous les 2 ou 3 jours. Un médecin de la ville, mal orienté par la malade, ordonne de la quinine qui n'a pas d'effet appréciable, si bien qu'un accès particulièrement violent amène la malade à l'hôpital où elle entre avec le diagnostic de paludisme admis d'emblée par l'interne. Celui-ci note que la rate est perceptible sur une longueur de 8 cm. et qu'on peut même palper son bord inférieur.

Le foie, lui aussi, est palpable, dépassant de 3 travers de doigt le rebord costal; il est spontanément douloureux et sensible à la pression. De plus, il existe des douleurs irradiant vers l'épaule droite et une légère teinte subictérique. Les sondages duodénaux montrent que la bile vésiculaire est légèrement infectée tandis que la cholécystographie ne donne pas d'image calculeuse. Quoique la culture de bile ait montré du staphylocoque, rétrospectivement, nous sommes portés à ad-

mettre un « syndrome entéro-hépatique de la colibacillose ». Les urines contiennent des traces d'albumine; le taux de l'urée du sang est de 0,66 o/oo. Il y a une anémie modérée sans leucocytose notable.

Comme 19 ans auparavant, il est impossible de déceler l'hématozoaire dans le sang.

Paraissant guérie, la malade sort de l'hôpital; elle y rentre derechef quelques jours plus tard pour un nouvel accès de fièvre.

Depuis lors la ménopause se passe sans trop de malaises. Quant aux accès fébriles, ils se reproduisent une ou deux fois par an, débutant par un frisson « terrible », s'accompagnant d'une douleur du côté du foie et de l'épaule droite, se terminant par des sueurs froides suivies de transpirations chaudes amenant une sensation de bien-être. A part la durée, cela ressemble bien à un accès de paludisme.

Cependant surviennent de la dyspnée d'effort, de la nycturie et des algies lombaires. Celles-ci s'accroissent depuis ces dernières semaines et le 20 mai 1938 un frisson violent secoue la malade qui accuse des douleurs au foie et à l'épaule droite et encore au flanc gauche avec irradiation vers la cuisse gauche. Il y a de plus des vomissements et de la diarrhée. La température rectale atteint 40°.

Les accès fébriles se reproduisant cette fois-ci à brefs intervalles, la malade se décide à rentrer à l'hôpital dans l'état où nous la voyons.

\*  
\*       \*

A la description sommaire que je vous ai faite au début de la leçon, je dois ajouter ceci. La loge rénale gauche est sensible à la palpation, très douloureuse de même que les points urétéraux. Il existe même, dans le flanc gauche, une douleur à la détente qui fait craindre le début d'une péritonite.

La cystoscopie montre que des flots de pus s'écoulent de l'orifice de l'uretère gauche, pus contenant de grandes quantités de colibacilles.

Quant au sang, il ne contient pas trace d'hématozoaires; par contre, une culture de sang prélevé pendant un accès fébrile montre des colibacilles. La preuve est donc faite qu'il s'agit bien ici d'une septicémie à « bactérium coli ». Cette constatation est fort intéressante car si le colibacille est l'hôte saprophyte le plus abondant de notre organisme, si son action pathogène peut être souvent incriminée, son passage dans le sang est tout de même assez exceptionnellement démontrable.

Plusieurs questions se présentent alors à notre esprit.

\*  
\*       \*

Les accès antérieurs considérés par la malade comme des réveils de paludisme ne sont-ils pas plutôt dus au colibacille? D'après ce que je vous ai exposé, on peut répondre sans hésitation par l'affirmative.

La présence des colibacilles dans le sang n'est-elle pas ici une preuve que l'infection rénale s'est produite par voie sanguine? Vous savez qu'il y a là un sujet de grandes discussions. Dans la colibacillose, le rein s'infecte-t-il par voie ascendante ce qui paraît si facile à concevoir chez la femme ou le colibacille passe-t-il de l'intestin au rein par voie sanguine? Chez notre malade rien ne nous autorise à affirmer le passage de l'intestin au rein par le sang; nous ne pouvons en effet avoir de certitude car la septicémie colibacillaire peut fort bien être secondaire à la pyélo-néphrite.

Quel a été le rôle des colibacilles dans la sclérose rénale? Je pense qu'il a été important. Voici en effet une malade qui, durant 34 ans, a été tourmentée par une colibacillose constamment récidivante. Il n'est pas trop osé d'admettre que ces infections répétées ont, à la longue, provoqué des destructions du parenchyme avec réactions inflammatoires chroniques du tissu interstitiel.

Que faire maintenant? Un mauvais pronostic ne doit jamais empêcher d'entreprendre un traitement raisonnable. L'idée d'une intervention, suggérée par la violence des

douleurs qui font craindre la formation d'un abcès péri-néphrétique est écartée sans discussion par l'état général précaire de la malade. Nous demanderons seulement au chirurgien de placer une sonde à demeure dans l'uretère gauche.

Nous allons encore faire préparer un auto-vaccin et du bactériophage; en les attendant nous allons administrer du sérum anti-colibacillaire.

\*

\*        \*

### **Epicrise**

Sous l'influence du drainage du bassin infecté, immédiatement, les accès fébriles ont cessé donnant ainsi la preuve de leur origine; de nouvelles hémocultures sont demeurées stériles et l'état général de la malade s'est notablement amélioré.

Le taux de l'urémie qui a dépassé 4 o/oo est tombé au bout d'un mois à 1.90 sans qu'on ait toutefois vu s'améliorer les fonctions rénales. Cela prouve que, dans l'élévation du

taux de l'urée, il fallait faire la part, à côté de la rétention, à l'hyperproduction de la fièvre.

Toutefois le danger d'infection n'était que momentanément écarté. Les accès fébriles reprennent et la malade meurt sans qu'on ait osé intervenir.

L'autopsie montre que les deux reins sont petits, durs, bosselés. Le parenchyme est presque totalement détruit par des cicatrices d'abcès. Nous avons donc raison d'admettre que l'infection était la cause première des lésions ayant entraîné l'insuffisance rénale.

De plus, la reprise récente de l'infection colibacillaire avait provoqué une pyélite gauche avec lésions suppurées des pyramides, fistulisation à travers le rein, abcès hémorragique périrénal et début de pleurésie purulente gauche.

A supposer que la malade ne fût pas morte sur la table d'opération, une intervention n'aurait pas permis une survie appréciable par le fait de l'état du rein droit.

## ACTUALITÉS

---

### HOMMAGE AU PROFESSEUR LÉOPOLD NÈGRE<sup>1</sup>

Monsieur le Professeur Nègre, vous venez d'exposer devant nous un problème d'une extrême complexité, mais aussi d'une importance capitale pour tous.

Vous l'avez fait avec la clarté, la science, la documentation qui caractérisent l'École française que vous personnifiez si dignement ici.

En vous écoutant nous avons reconnu en vous le disciple des Pasteur, des Roux, des Calmette, ces maîtres incontestés de la technique bactériologique qui n'ont jamais voulu affirmer quoi que ce soit sans en apporter la preuve.

Pour vous comme pour eux, le temps est subordonné au résultat final. Faut-il attendre 5 ans, 10 ans, 15 ans avant de pouvoir affirmer que le BCG est inoffensif mais efficace; faut-il multiplier les expériences, contrôler les souches microbiennes, autopsier des milliers d'animaux, qu'importe, pourvu qu'il en résulte quelque bien pour l'humanité. Mais une fois la vérité sortie des ténèbres de l'expérimentation, vous la proclamez aux quatre coins du monde, vous la soutenez, vous la défendez avec une ardeur qui n'a d'égale que celle que vous avez déployée dans sa recherche. C'est cette vérité que vous ê-

tes venu répandre, non seulement ici même à cette tribune, mais encore dans les principaux centres de la province. Pour ce faire, vous n'avez ménagé ni votre temps, ni vos conseils, ni vos peines, et nous vous en sommes profondément reconnaissants. Il faudrait chercher dans votre dévouement le secret de cette grande activité. Le bien qui résultera de votre passage parmi nous est difficile à exprimer avec des chiffres, mais nous sommes convaincus qu'il sera immense.

De toutes vos conférences se dégage en outre une leçon, que dans votre modestie vous n'aviez sûrement pas prévue: une leçon d'énergie dans le travail, de persévérance dans l'effort, de confiance dans l'avenir. Vous me permettez, Monsieur, de souligner cet aspect particulier de votre enseignement qui restera, comme toute votre vie d'ailleurs, un exemple pour tous ceux qui se livrent à des travaux de recherche.

Monsieur le Professeur, nous nous consolions difficilement de votre départ si nous n'avions pas la certitude de vous revoir bientôt. En effet, n'êtes-vous pas le conseiller de notre nouvel Institut de Microbiologie et d'Hygiène? C'est donc en vous disant « au revoir » que nous vous prions d'accepter nos plus sincères remerciements et de croire en notre profonde gratitude.

A. BERTRAND.

---

1. Allocution prononcée par le Dr A. Bertrand à la séance extraordinaire de la Société Médicale de Montréal, 8 novembre 1938, pour remercier le Professeur Nègre, conférencier de l'Institut Franco-canadien.

---

#### ERRATUM

On est prié de lire, à la page 1206 du numéro de novembre, le titre suivant: « *Étatistation de la médecine ou assurance-mala-*

*die*, » qui doit remplacer: « *Étatistation de la maladie ou assurance-maladie* ». Nos excuses.

## POUR QUE SURVIVE NOTRE ESPRIT FRANÇAIS<sup>1</sup>

Par Louis FRANCŒUR.

Je me sens naturellement très ému de l'honneur que vous m'avez fait en m'invitant à venir vous apporter le salut de vos amis montréalais. Mais je dois vous avouer que je suis aussi quelque peu inquiet, alarmé, de venir ainsi, sans armes, m'exposer, comme autrefois Daniel, à la cruauté des fauves.

Groupés comme vous l'êtes en une association forte et vigilante, la nocivité professionnelle de chacun d'entre vous se trouve accrue, du fait de votre nombre, de votre unité de pensée. Le profane, le simple client, qui s'égaré dans une assemblée de médecins, sait ce qui l'attend de toute façon, même si l'on n'ose pas s'emparer de lui par la force et lui ouvrir le ventre séance tenante. Suis-je paranoïaque? Suis-je simplement tuberculeux, « plus huit », ou précocement dément? J'ai suivi autrefois comme journaliste les congrès médicaux, et je vous avoue que chacun des cinq ou six reporters qui écoutaient et résumaient vos doctes travaux se croyait immanquablement atteint, à chaque fin d'après-midi, du mal, du trouble ou de l'épidémie dont on avait disserté.

Vous qui prétendez si bien connaître, à ce que vous aimez qu'on dise, les maux et les bobos des individus, il serait intéressant de vous voir vous attaquer tous ensemble, avec autant de frénésie que s'il s'agissait d'un patient privé, au plus grand de nos maux collectifs: l'anémie pernicieuse de notre patriotisme. Dans la vie courante, vous poursuivez les charlatans, vous nous incitez à nous méfier de certaines annonces par trop mirobolantes, vous blâmez l'engouement du public pour des panacées qui ne soulagent que le gousset de celui qui les achète, et vous plaisantez la médecine de bonne femme. Ne croyez-vous pas que notre sens français soit un

peu charlatanesque, démodé, incohérent, plus sonore qu'agissant, plus fort sur les cortèges que sur la doctrine?

Quelques-uns d'entre vous se disent peut-être déjà: « Voici un autre donneur de conseils ». Ce n'est point du tout mon cas. Je ne suis pas sans savoir que vous êtes citoyens d'un autre pays que le mien, que vos besoins ne sont pas les nôtres, que les conditions dans lesquelles vous vivez rendent impossible, même non désirable, une similitude parfaite de nos façons de vivre. Mais je sais aussi que nous avons, vous et nous, gens de sang français, un fond commun qui échappe ou qui doit échapper aux influences ou aux circonstances accidentelles. Nous avons tous le même héritage, le même sang, la même ascendance. Ni vous, ni nous ne sommes politiquement français ni ne désirons l'être; nous sommes de cette race, la première en Amérique, au nord de la Floride et de la Rio Grande. Nos pères ont découvert votre pays comme ils ont découvert le nôtre. Avec le temps, les allégeances nationales et politiques nous ont séparés, avant que vous et nous ayons réalisé le rêve d'établir ici un Etat français.

Où en sommes-nous aujourd'hui? Quelles sont les constatations les plus frappantes d'une première auscultation? Il semble d'abord que notre esprit, notre langue française soient menacés de dix, de cent manières, différemment selon les latitudes, les états ou les provinces. La première question qui se pose au Français d'Amérique qui réfléchit, c'est donc de savoir s'il pourra ou ne pourra pas durer lui-même indéfiniment. Certes, il est de nos groupements qui sont favorisés: dans le bas du Saint-Laurent, au Lac St-Jean, par exemple; d'autres sont plus directement menacés: ici peut-être, dans les plaines de l'Ouest, voire à Montréal même.

En second lieu, en approfondissant l'examen, on constate que ce qui nous manque le

1. Allocution prononcée au banquet de clôture du troisième congrès de l'Association médicale Franco-américaine, Worcester (Mass.), 5 octobre 1938.

plus c'est la fierté raisonnée, fille du cerveau lucide et de la conscience claire. Ici, où vous n'avez pas à revendiquer, comme nous, le respect de certains droits constitutionnels, la nuance de votre patriotisme français ne peut évidemment d'aucune manière être la nôtre. Votre tâche en est, du reste, d'autant plus lourde, puisque vous n'avez pas pour vous aider l'armature d'un texte précis.

Nous avons tous cette commune inclination à nous contenter de l'à peu près, de la demi-ration, à donner souvent plus d'importance à l'accessoire qu'au principal. Et parfois, dans certains cas, quand les ennuis deviennent de toutes les heures, nous éprouvons comme un sentiment de doute, nous nous demandons à quoi rime notre ténacité, et nous envisageons l'avenir avec pessimisme. C'est une tendance, certes, bien humaine; tant des nôtres ont trahi, tant des nôtres ont flanché, tant des nôtres se sont prudemment dérobés sous des prétextes de sagesse, qu'il est bien naturel pour nous parfois, quand nous cherchons des chefs et que nous n'en trouvons pas, de nous demander si le meilleur parti ne serait pas celui du silence, de la soumission et du conformisme.

Pourtant, notre sang est fier. Près de deux cents ans de résistance à la force et à la ruse ne lui ont pas laissé loisir de s'épaissir, de se coaguler. Malgré tant d'épreuves et dans des circonstances généralement difficiles, nous avons survécu. Vous des États-Unis, vous vous êtes dotés d'une élite, vous avez, renouvelant sous une autre forme le geste de nos pères, conquis des positions stratégiques. Ailleurs, on a peut-être pu constater un appauvrissement, une baisse. Mais, quoi qu'il en soit, nous sommes quelques-uns à prétendre que nos victoires et nos défaites proviennent de la qualité de notre patriotisme.

Il est bien beau d'organiser des processions et d'empiler de grands discours plus riches de métaphores que d'idées précises, mais il est plus important de former fortement des consciences et des cerveaux. Vivre du passé est certes louable, dans la mesure où l'on met à

profit les enseignements de ce passé, mais, sous peine de dépérir, il faut se dire que c'est aujourd'hui qui compte et que c'est demain qu'il faut préparer. Qu'une partie de notre élite soit versée dans les lettres classiques, rien de mieux, mais qu'on fasse très large la place à cette autre partie de l'élite que les sciences, les affaires, la finance ou le commerce attirent. Nous avons peut-être trop d'orateurs en regard du nombre de nos hommes d'action. Chez nous, à Montréal, nous avons incontestablement perdu pied dans l'ordre économique. On a oublié, semble-t-il, de nous préparer des énergies pratiques. Et si vous constatez, quand vous venez chez nous, que dans certains domaines, dans certains quartiers, notre ville a perdu sa physionomie française, blâmez-nous-en hardiment, nous et plusieurs de ceux qui nous ont formés.

Nous nous sommes dépensés en mots, nous nous sommes divisés en luttes politiques plus ou moins stériles, pendant que d'autres s'emparaient sans effort de positions que nous n'avions pas prises ou que nous avions cédées. C'est notre condamnation. Car le patriotisme profond et raisonné ne laisse rien au hasard et procède avec méthode et persévérance. Il étudie, il cherche, il ne veut être étranger à rien, et s'il entend respecter les droits légitimes du voisin, il ne veut pas qu'on oublie les siens.

Certains de nos concurrents ont été très habiles; leur patriotisme était plus éclairé, mieux agissant que le nôtre. Ils ont fait dévier nos énergies vers la politique; ils nous ont divisés entre nous; ils nous ont fait parfois nous haïr. Par surcroît, ils ont su nous flatter, nous gaver de belles paroles et de compliments bien sentis. Et nous, occupés à nous combattre les uns les autres, timides, nous avons laissé la proie pour ces ombres, et nous leur avons abandonné, à l'instigation de quelques chefs défaitistes, presque toute notre vie économique. Ne les blâmons pas, ne blâmons pas davantage le juif.

Vous me direz peut-être que le patriotisme de l'Israélite est une manifestation de foi

religieuse. A ce compte, pourquoi le nôtre ne l'a-t-il pas été, s'il est vrai que pour nous, religion et nationalité ne se séparent pas? Notre patriotisme, en théorie du moins, est mystique, puisqu'il ne se cristallise pas pour nous tous dans une commune loyauté à un drapeau et à des institutions tout à fait à nous. Le juif est arrivé; il a agi; il nous a laissé crier, pendant qu'il s'infiltrait et qu'il conquérait.

Chose étrange, alors que nous perdions du terrain dans le domaine pratique, nous augmentions le nombre des organismes spécialement voués à l'entretien de la flamme patriotique. Évidemment, il a manqué quelque chose quelque part, puisque la splendeur de nos démonstrations publiques a marché au même rythme que notre recul.

Puisque ce ne sont pas les talents et les bonnes volontés qui manquent, ne serait-ce pas plutôt la formation et la direction? Entre la condescendance passive et résignée et le chauvinisme stupide, il y a plusieurs plans. Je me demande si l'on n'a pas oublié un peu de développer en nous les qualités de fond du tempérament français, et je me demande si l'esprit de concession, de bonne entente, qui a sa place dans toutes les relations humaines, n'a pas été parfois poussé un peu trop loin. Évidemment, ce n'est pas une tâche facile que de garder intacts une âme et un tour d'esprit dans une ambiance qui n'est pas toujours la leur. Mais c'est là que le chef doit intervenir; c'est là qu'il doit se montrer, parler, écrire, guider, conduire. Avons-nous eu ces chefs?

Ce qui nous a le plus manqué, je crois, c'a été les hommes de pensée. Nous avons eu trop confiance en des hommes politiques qui pouvaient être de bons gouvernants, d'habiles stratèges électoraux, mais que les nécessités de leur mandat forçaient à ménager toutes les chèvres et tous les choux. Ils ont eu peur d'insister, de passer pour extrémistes, sans se douter que leur façon de parler et d'agir offrait souvent aux extrémistes une apparence de justification. Et ce sont eux, je crois, qui sont les grands responsables de ce patriotisme

de cataplasme dont nous déplorons, à l'expérience, les effets malheureux.

Ils ont complètement oublié l'élément spirituel, sans lequel le patriotisme n'est qu'une vaine apparence. En notre siècle, plus qu'en aucun autre, il faut se penser soi-même, individuellement et collectivement; il faut raisonner toutes ses croyances. Le sentiment qui n'est pas l'irradiation d'une foi intelligente et ardente n'est qu'un mirage.

Regardez ce qui se passe en certains pays d'Europe, par exemple, où le sens d'une conscience collective est devenu comme une mystique. Je crois que ce qui nous a manqué, à nous peut-être plus qu'à vous, c'est d'être imprégnés jusqu'à la moëlle de notre mystique française.

Certes, il n'entre pas dans notre tempérament commun de nous accommoder du corporalisme, de l'enthousiasme de commande, du racisme, qui sont de mode ailleurs. La France n'a jamais prétendu à la pureté du sang, laquelle d'ailleurs n'existe pas en Europe occidentale. Mais, de notre berceau celtique, gaulois, latin et germanique, est sorti une fleur très particulière qui est le tempérament français, tempérament fait d'équilibre et de mesure, de bon sens souriant et de ténacité douce. Cet esprit français, expression de l'âme collective, se transmet dans le sang; il imprègne l'atmosphère de nos vies. Si nous ne pensons, si nous ne sentons conformément aux exigences spirituelles et physiologiques de notre hérédité, nous ne sommes plus rien. Né doctrinaire, disserteur, raisonneur, équilibré, le Français a besoin de sentir que sous les apparences variables du temps ou des circonstances, il est en son être un fond solide et millénaire que rien ne peut détériorer. Malgré tant de convulsions politiques et sociales, son âme n'a jamais changé.

Et dans toutes les périodes, à toutes les époques, la France est restée, dans la ligne de son génie, l'incarnatrice de la civilisation occidentale. Son génie n'a pas attendu quinze cents ans de civilisation pour éclore, comme le génie anglo-saxon, par exemple; il n'a

pas connu des éclipses intermittentes et parfois très prolongées, comme le génie italien; il ne s'est pas laissé dévier de sa mission propre par des considérations accessoires, comme le génie allemand. Chaque siècle de l'histoire de France, de l'histoire spirituelle, traduite par l'histoire littéraire et mystique de la France a regorgé de grands noms. Au plus fort de la Révolution française, André Chénier faisait des vers et David sculptait; dans le sang des guerres de religion, Marguerite de Navarre, Clément Marot, François Villon et Ronsard faisaient évoluer notre langue de la confusion des deux siècles précédents à la clarté de Corneille.

Toutes ces données, tous ces éléments, comportent certes une large part d'impondérables, mais il n'en reste pas moins que cet ensemble d'impondérables fait comprendre mieux qu'une longue thèse le tour particulier de l'esprit français. Évidemment, nos cousins de France ont sur nous un double et formidable avantage: ils sont chez eux, sur la terre d'où leurs générations sortent depuis deux mille ans; ensuite, n'ayant pas à lutter contre des influences hétérogènes, ils respirent l'atmosphère sans mélange de la patrie commune.

Notre patriotisme à nous, au point de vue de la race, est forcément spirituel. Nous sommes sujets britanniques; vous êtes citoyens des États-Unis. Dans toutes les parties de l'Amérique, sauf dans la province de Québec, nos frères n'ont pas de droits garantis par des textes; leur langue n'est pas la langue courante; l'ambiance dans laquelle ils vivent n'est pas française. Nous nous demandons souvent si ce n'est pas vous, aujourd'hui, qui êtes le mieux en mesure de faire connaître la force de résistance qui caractérise le Français. Vous vous maintenez, vous progressez, vous vous enrichissez, vous vous imposez, uniquement par votre intrépidité même, alors que tout, autour de vous, semble contre vous. Nous, dans cette vieille province qui fut autrefois la Nouvelle-France, nous nous amollissons, au point qu'on se demande parfois si les garanties écrites qu'on nous a données

n'ont pas agi à la façon d'un émoullent. Des textes formels nous assurent notre religion, notre langue, nos droits, mais, ces textes, qui ne sont au fond qu'un minimum, ne s'interprètent-ils pas souvent au plus grand contentement des tièdes et des médiocres? Il y a là, je crois, un sujet de thèse qui peut donner à réfléchir. Pourvu qu'on ne nous attaque pas, pourvu qu'on ne nous persécute pas, nous avons tendance à juger que tout va pour le mieux, comme si une minorité pouvait s'offrir le luxe de somnoler, après s'être offert le luxe de se diviser.

Ce qu'il faut donc c'est de prêcher autour de nous la force de la foi. Notre goût des demi-mesures nous amène à la médiocrité satisfait, nous du Québec. Le péril qui vous menace, vous, dans la fidélité de vos enfants; les épreuves de nos frères de l'ouest, persécutés par le législateur ou silencieusement brimés par d'autres autorités, sont pour certains faibles des motifs de découragement. Nous tous ici, qui sommes de l'élite, devons donc nous armer d'intelligence et de force. Le patriotisme verbeux, stérile et piétinant sur place ne nous convient pas; il ne convient à aucune race fière. Car ce ne sera pas à coup de métaphores que vous empêcherez vos enfants de parler l'anglais, ou que nous acquerrons une place de premier plan dans l'ordre économique.

Nous sommes aussi aptes aux affaires que qui que ce soit, à la condition cependant de renoncer à nos routines et d'avoir quelque persévérance. Les portes de la fortune ne nous sont pas fermées; c'est seulement nous qui avons trop longtemps négligé de les ouvrir.

Souhaitons et prions qu'il surgisse parmi nous des excitateurs, des maîtres et des chefs, qui ne cherchent pas midi à quatorze heures, qui aient le courage d'abord de penser, ensuite, de diriger, et qui puissent s'appliquer à la lettre, pour en convaincre ensuite nos frères, l'axiome qui traduit si bien l'âme française par dessus les frontières et les régimes: « Vivre dans la vérité, penser comme on vit, et parler comme on pense ».

## ANALYSES

Dans le but d'uniformiser les indications bibliographiques qui accompagnent les analyses, afin de les rendre plus complètes et utilisables, on est prié de les inscrire dans l'ordre suivant adopté par le « Quartely Cumulative Index Medicus »: nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, le volume, la page, le mois (le jour du mois, si le périodique est hebdomadaire), l'année. Exemple: J. Beerens. — Tuberculose et démence précoce. Ann. Med. — psychol. 94: 1 (juin) 1938.

### MEDECINE

A. LEMIRE. J. REILLY. — **Les septicopyohémies à "bacillus funduliformis."** "Annales de Médecine"; page 165; Tome 44; (octobre) 1938.

L'histoire des septicémies à « bacillus funduliformis » commence avec les mémoires publiés en 1929 et 1931, par Pierre Tessier et ses collaborateurs. Le « bacillus funduliformis » a été décrit en 1898 par Jean Hallé. C'est un fin bacille anaérobie susceptible d'acquies en bouillon glucosé surtout un polymorphisme surprenant. Il peut alors apparaître sous forme de filament ou d'élément sphérique parfois volumineux. On a décrit ce même agent pathogène sous divers noms: « fusobactérium nucléatum » (Knorr), « bacterium pyogènes anaerobium ». Le « bacillus symbiophiles » des auteurs allemands fréquemment trouvé associé à un streptocoque anaérobie lui paraît identique.

Le point de départ des infections à « bacillus funduliformis » est le plus souvent l'amygdale. On le rencontre à la suite d'otite. Il peut provenir également de l'intestin ou des voies génito-urinaires. C'est un saprophyte normal des diverses muqueuses. Claude F. Dixon et Isel L. Rautermann ont vu apparaître des septicémies à « bacillus funduliformis » à la suite d'opérations sur des cancers du rectum (6 cas).

*Pathogénie.* Le germe pénétré dans les tissus servant de porte d'entrée provoque la formation d'un abcès, souvent d'un simple micro-abcès, puis d'une phlébite. Il pullule alors dans le thrombus de façon extraordinaire pour donner naissance à un ensemencement surabondant du sang qui met facilement en évidence la culture en milieu anaérobie. Presque toujours on peut noter l'apparition d'abcès pulmonaires et hépatiques à la suite d'embolus septiques provenant de la grande circulation ou de la circulation porte.

*Symptomatologie.* Les septicémies à « bacillus funduliformis » se voient généralement à la suite d'une amygdalite soit d'emblée, soit au cours de cette amygdalite. Parfois le malade paraît guéri. Le tableau clinique est assez caractéristique:

1°. Apparition brusque d'un accès fébrile avec fièvre à 104° ou 105° suivie d'une défervescence rapide, accompagnée de transpiration profuse. Cet accès fébrile peut se répéter une ou plusieurs fois par jour. Il est très pénible au malade. La température peut se maintenir élevée pour s'exagérer lors des poussées fébriles. Localement, apparition d'une adénite à l'angle de la mâchoire avec empatement sur le trajet du muscle sterno-cleido-mastôidien.

2°. Le poumon est généralement atteint avec ou sans pleurésie. L'épanchement n'est généralement pas fétide, à moins que la maladie ne se prolonge.

3°. Les articulations sont presque toujours touchées. Arthrites purulentes fréquentes. Fait très curieux, l'articulation sacro-iliaque est prise de façon élective.

4°. Le foie est généralement le siège d'abcès multiples. On constate fréquemment l'existence d'un ictère plus ou moins marqué. Si l'infection a un point de départ intestinal, le foie est particulièrement touché. On a aussi observé des méningites, des thyroïdites, des péritonites à bacillus funduliformis.

L'examen hématologique montre une hyperleucocytose variant généralement entre 20,000 et 30,000 globules blancs avec polynucléose.

*Evolution.* Cette affection est très grave. Elle dure de 3 jours à 2 mois. Les auteurs ont perdu 13 cas sur 98.

*Diagnostic.* Le diagnostic se fait par l'hémoculture. Cependant la notion d'une amygdalite suivie d'une infection grave avec accès fébriles particulièrement intenses et répétés accompagnés de troubles pulmonaires, hépatiques et d'arthrites, constitue un ensemble clinique susceptible de faire soupçonner l'existence d'une septicémie à « bacillus funduliformis ».

*Traitement:* Il est symptomatique. Les auteurs ont utilisé le sulfanilamide, 3 fois, et ont sauvé 2 malades. On a ligaturé la jugulaire pour s'opposer à la dissémination des embolies septiques sans grands succès apparemment.

Henri GELINAS.

W. L. PALMER, Rudolphe SCHINDLER et F. E. TEMPLETON. — **Evolution de l'ulcère gastrique. Etude clinique-radiologique et gastroscopique.** "American Journal of Digestive Diseases", octobre 1938; page 501.

Les auteurs ramènent aux deux points suivants le problème jusqu'ici insoluble de l'ulcère gastrique: pathogénie de la lésion et processus de guérison. Ils ont consacré bon nombre d'années à l'étude de ces deux aspects de la question avec l'aide des rayons-X et du gastroscopie. Ils affirment, tout de suite, que ces procédés d'exploration se complètent et ne s'opposent pas. « Nous avons décélé au gastroscopie des ulcères méconnus par la radiologie, disent-ils et inversement, le repas baryté nous a montré à maintes reprises des images typiques invisibles à l'inspection directe. »

Dans cet esprit, ils nous présentent l'histoire complète, clinique, radiologique et gastroscopique, de 14 cas d'ulcère, grâce auxquels ils croient être en mesure d'énoncer les vérités suivantes:

1°. un ulcère aigu peut apparaître et disparaître rapidement;

2°. la taille de l'ulcère peut varier assez fréquemment;

3°. après guérison complète, la perte de substance peut réapparaître au même endroit;

4°. l'évolution ulcéreuse complète peut se dérouler sans éveiller l'attention par aucun symptôme;

5°. durant les poussées ulcéreuses et entre elles, le reste de la muqueuse gastrique peut varier de la normale à la gastrite superficielle atrophique ou hypertrophique, avec ou sans hémorragies;

6°. la rapidité de guérison varie énormément d'un cas à l'autre;

7°. le régime alimentaire « ad hoc », la neutralisation de l'acidité et la prophylaxie de l'infection intercurrente jouent un grand rôle dans la guérison;

8°. Les guérisons à retardement s'accompagnent souvent de trouble d'évacuation gastrique et de diminution du calibre de l'autre.

En ce qui concerne la pathogénie, les auteurs passent en revue, par ordre chronologique, les théories chimiques, circulatoires (infarctus), traumatiques et enfin inflammatoires, à laquelle se rattachent nombre de modernes. La preuve expérimentale est faite, d'après eux, que le processus ulcéreux, parti de la muqueuse, atteint progressivement la sous-muqueuse et la musculuse. De même, la clinique confirme-t-elle souvent cette progression que la radiologie et la gastroscopie mettent hors de doute. A ce propos, les auteurs prétendent que le gastroscopiste apprécie souvent moins exactement la taille de l'ulcère que le radiologiste.

Au sujet de la « gastrite » de l'antra avec images radiologiques pseudo-lacunaires concomitantes de l'ulcère gastrique, les auteurs rapportent n'avoir trouvé au gastroscopie que dans quelques cas, une véritable boursoufflure œdémateuse de la muqueuse, mais ajoutent-ils, « nous ne pouvions témoigner ainsi que de l'état de la muqueuse et nous ne pouvions en rien préjuger de l'inflammation possible de la musculuse. »

Si nous en venons maintenant au processus de la guérison nous voyons que les auteurs insistent beaucoup sur le rôle de la diète sévère et prolongée, qui, d'après eux, a semblé améliorer d'une façon très sensible des ulcères jusque là stationnaires. Ils admettent, cependant, que certains cas de guérison retardée avaient scrupuleusement suivi le régime de Sippy modifié qu'ils prescrivent à leurs malades depuis plusieurs années. Ces cas de cicatrization lente, disent-ils, coexistent fréquemment avec un trouble d'évacuation dont le mécanisme est loin d'être éclairci. Cette communication remarquable, en plus d'exposer au détail l'histoire clinique, radiologique et gastroscopique de 14 malades bénéficie de clichés des plus probants qui en rendent la lecture très intéressante.

Roger-R. DUFRESNE.

E. G. WAKEFIELD et C. W. MAYO. — **Troubles fonctionnels du colon d'origine sociale.** "Journal of American Medical Association", 29 octobre 1938; page 1627.

Beaucoup d'individus ennuyés par leur colon, bon nombre de victimes de constipation ou de diarrhée, de douleurs ou de malaises abdominaux, n'ont aucune atteinte organique de leur intestin.

A l'origine de leurs troubles, on retracera souvent un choc émotionnel ou intellectuel, un conflit moral ou religieux. A ce moment là, l'apparition d'une constipation ou d'une diarrhée est difficile à expliquer. On met alors en œuvre une thérapeutique quelconque qui ne réussit pas toujours et risque, du fait de cet insuccès, de transformer le malade en « colitique » chronique. D'autant plus que la crise déclanchante est vite perdue de vue. D'où l'intérêt d'une intervention thérapeutique adéquate dès l'origine des troubles. Les auteurs ont fait un schéma original des causes sociales déjà invoquées. On peut réunir dans un même chapitre les facteurs hérédité, ambiance et conditions actuelles d'existence, souvent antiphysiologiques et partant, anti-hygiéniques. Vient ensuite la phobie de la maladie sciemment entretenue par l'annonce du journal ou de la radio, préconisant à répétition des mesures prophylactiques pour le moins superflues. Et puis les laxatifs, « aussi vieux que l'espèce humaine », prétendent les

auteurs... Beaucoup de médecins leur accordent la première place dans l'étiologie des troubles intestinaux dont il s'agit. Les auteurs croient qu'il faut avoir un colon susceptible pour être sérieusement incommodé par l'usage des laxatifs. D'autre part, ils n'admettent pas l'auto-intoxication par rétention fécale. A leur avis, aucun argument scientifique n'est venu prouver l'existence de ce fameux empoisonnement. Ils accordent une importance très secondaire aux malformations congénitales et trouvent qu'on a beaucoup exagéré au sujet des « intolérances alimentaires ». Avant de se rabattre sur cette étiologie à la mode, il faudrait, disent-ils, en faire dans chaque cas la preuve scientifique, et les résultats obtenus par la suppression de tel ou tel aliment n'ont aucune valeur sérieuse puisque l'amélioration a porté uniquement sur des troubles subjectifs souvent vagues et confus.

Inutile d'insister sur les signes cliniques; tous les symptômes connus peuvent enrichir l'histoire de chacun de ces malades. On reconnaîtra souvent, disent les auteurs, le trouble fonctionnel à la crise sociale qui l'a provoqué; et, d'autre part, les lésions organiques s'accompagneront généralement d'élévation thermique, perte de poids considérable, sang dans les selles, etc.

En pratique, W. et M. n'affirment le caractère fonctionnel du trouble intestinal qu'aux conditions suivantes: 1°. — pas de parasites ou d'œufs dans trois échantillons successifs de selles liquides; 2°. — à la rectoscopie et à la sigmoïdoscopie, muqueuse normale; 3°. — colons et iléon normaux à l'exploration barytée; 4°. — taux normal de HCL dans liquide gastrique après repas d'épreuve et 5°. — métabolisme basal normal.

*Traitement.* Ça n'est pas en étiquetant ces malades « colitiques » et en les traitant comme tels, qu'on améliorera leur sort. Dans ces cas là, prétendent W. et M., la psychothérapie doit jouer le premier rôle. Ici, pas de règle fixe; mais, avant tout, faut-il convaincre le malade que l'on n'a rien épargné pour découvrir une lésion organique ou une affection latente: remonter à l'origine « sociale » des troubles en présentant les malaises abdominaux comme purement réflexes. Ce qui vaudrait encore mieux ce serait d'éliminer, dans chaque cas, l'épine « sociale » qui a causé tout le mal et souvent l'entretient. En ce qui touche la thérapeutique physique, les auteurs n'ont pas de recommandations très spéciales à faire. Ils considèrent comme très hypothétique l'effet sur le colon de toute la médication « per os » à base de poudres dites absorbantes ou antiseptiques, parce que le sort réservé aux dites poudres le long de la traversée jéjunale et iléale leur semble encore bien mystérieux. Ils s'élèvent aussi contre toute rigueur diététique dans ces cas, en insistant toutefois

sur l'heureux effet d'un régime simple et surtout sans modifications brusques et fréquentes. Enfin, toute intervention chirurgicale au cours de ces troubles fonctionnels est formellement contre-indiquée et constitue d'après W. et M. une magistrale erreur de jugement, en persuadant le malade purement « fonctionnel, » du bien-fondé de ces plaintes.

Roger-R. DUFRESNE.

M. G. SAMARELLI. — **Les cacosmies buccales.** « Presse Médicale », n° 79; 1er octobre 1938.

Dans la première partie de cet article, l'auteur après avoir fait remarquer que l'halitose essentielle ne doit pas être confondue avec les odeurs produites par des processus inflammatoires tels qu'abcès pulmonaire, bronchiectasie, amygdalite, etc., nous fait l'exposé des différentes théories concernant l'origine et la nature de l'halitose.

Certains prétendent que l'halitose serait due à une digestion irrégulière ou encore à un mauvais état des dents.

Pour d'autres bactériologistes l'halitose serait due à une action fermentative fétide.

Boldyreff affirme pour sa part, que l'halitose est due à l'estomac parce que pour lui le suc pancréatique donnerait au suc gastrique une action irritative lorsque celui-ci arriverait dans l'intestin, ce qui provoquerait une contraction de la muqueuse intestinale produisant un reflux dans l'estomac. Là, le suc gastrique étant devenu alcalin, il y aurait décomposition putride des protides, donnant origine à l'halitose.

Un autre chercheur, Tamchès, émet l'opinion que l'halitose est d'origine intestinale. Pour lui l'halitose proviendrait des voies respiratoires par la voie entéro-pulmonaire.

Pour l'auteur l'halitose serait due à des troubles digestifs, mais parce que dans les troubles digestifs il y a toujours un retentissement sur la muqueuse buccale. Pour lui l'aphorisme qui dit que la langue est le miroir du tube digestif est exact car l'entéropathe est aussi un gastropathe. Si l'intestin souffre, il y a de l'insuffisance et de la modification sécrétoire et de l'intestin et de la salive en même temps. Or la salive ne joue pas seulement un rôle diastatique, mais aussi un rôle bactéricide et alors dans les troubles digestifs la salive perdrait son action antibactérienne et la flore microbienne se développerait pour couvrir la bouche de l'enduit saburral que l'on connaît, et déterminer l'halitose.

Dans la seconde partie, l'auteur laisse entendre qu'à l'action bactéricide de la salive, s'ajoute l'action acidifiante des streptococques buccaux. Normalement la flore microbienne de la bouche est constituée par des bactériacées, des micrococques, des formes vibrioniennes et spirillaires, mais surtout par

des streptococques et il est certain qu'aucune de ces espèces ne peut produire de mauvaises odeurs.

D'un autre côté, des expériences ont démontré que si nous cultivons du tartre dentaire avec de la salive dans un bouillon ordinaire, après deux jours, ce tube dégagera une forte odeur de putréfaction, la réaction du liquide sera alcaline et on trouvera une flore microbienne très marquée.

Ceci obtenu, si nous ajoutons à cette préparation des hydrates de carbone, la réaction deviendra acide, l'odeur de putréfaction disparaîtra et la flore microbienne sera en grande partie représentée par des streptococques. Pourquoi cet état de chose? Parce que les streptococques sont très acidogènes et qu'alors ils transforment le lactose en acide lactique empêchant ainsi par leurs diastases le développement des microbes de la putréfaction qui ne peuvent se développer qu'en milieu alcalin.

Après nous avoir fait voir précédemment le rôle de la salive et des streptococques comme agents combattant l'halitose l'auteur dans la 3e partie s'efforce de nous montrer que l'halitose a bien une origine bactérienne.

Pour cela, il nous montre d'abord par des expériences multiples que si les streptococques buccaux sont dans un milieu favorable, ils empêchent l'halitose et empêchent le développement des microbes de la putréfaction. Ensuite il nous affirme que s'il y a des modifications quantitatives ou qualitatives de la salive, ce qui arrive toujours dans les troubles digestifs, il se fait un développement plus abondant des microbes de la putréfaction parce que, selon le cas, l'action bactéricide de la salive est diminuée ou encore parce que l'irrigation de la muqueuse buccale par la salive est perturbée. Ce développement exagéré des microbes de la putréfaction détermine toujours l'halitose.

L'auteur termine cet article en disant que l'origine de l'haleine fétide n'est ni gastrique, ni intestinale, ni pulmonaire mais exclusivement locale et causée par des fermentations putrides banales qui, à la suite des conditions anormales du tube digestif peuvent se manifester dans la bouche.

Arthur RICHER.

L. LANGERON et R. DEHOUCK. — **Reins et hypertension artérielle.** « Presse Médicale », n° 81; 8 octobre 1938.

Les auteurs, après avoir rappelé que la question des rapports reins hypertension est très vieille et très controversée, nous apprennent qu'il semble maintenant permis d'en entrevoir l'orientation. Pour cela, les auteurs envisagent la question à quatre points de vue.

L'anatomie pathologique nous apprend que le rein est ordinairement atteint dans l'hypertension et cela

très précocement. C'est là un élément capital au point de vue pronostic et traitement.

La clinique de son côté, nous montre que les fonctions physiologiques du rein sont atteintes d'une façon très inégale au cours de l'hypertension. Il y a des hypertendus avec signes précoces d'atteintes rénales; d'autres avec signes rénaux succédant à une phase d'hypertension; enfin des hypertensions qui évoluent sans signes cliniques d'atteinte rénale. Il est donc nécessaire, chez tout hypertendu, d'établir soigneusement le bilan fonctionnel du rein, car la clinique nous indique que c'est autour du rein que doit se concentrer le problème nosologique, pronostique et thérapeutique des hypertensions.

L'expérimentation nous fait voir à son tour que si nous provoquons expérimentalement des hypertensions, à peu près dans tous les cas, elles seront suivies de lésions et de troubles fonctionnels du rein, pour peu que ces hypertensions soient suffisamment intenses et prolongées. Par ces expérimentations on apprend aussi qu'on peut créer une hypertension en agissant sur le rein, et que des interventions aboutissant à la vaso-dilatation rénale peuvent prévenir ou réduire l'hypertension. Ces notions fournissent donc un atout précieux pour l'établissement d'une thérapeutique.

Enfin, la physio-pathologie nous prouve que le rein représente un relais important de la régulation tensionnelle, dont l'hypertension constitue une des déviations pathologiques. La circulation générale doit s'adapter à la circulation rénale et si un obstacle forcé, existe dans le rein, la P.A., s'élève. C'est pour cela qu'en expérimentation on élève la P.A., si on produit de la vaso-constriction rénale, et on abaisse la P.A., si on produit de la vaso-dilatation rénale. Dans l'hypertension un cercle vicieux prend naissance au niveau du rein, car dans toute hypertension le rein réagit, augmente la résistance au passage du sang et par le fait même élève la P.A. Ce contre-effet est dû à ce que l'augmentation de la P.A., augmente la réaction du rein, et ainsi de suite. Cette réaction est due à ce que le glomérule pour se protéger contre un courant sanguin à pression dangereuse se protège par un spasme qui fait obstacle et qui devient une cause d'augmentation nouvelle de la P.A.

Le rôle du rein apparaît encore comme des plus importants dans l'hypertension.

Les auteurs terminaient ce travail en disant que cette importance rénale explique pourquoi on doit ménager le rein des hypertendus et ils préconisent comme traitements préférés, les interventions dirigées sur le rein telles que décapsulation et énévation qui fait disparaître la vaso-constriction glomérulaire et ainsi détruisait le cercle vicieux hypertensif.

Pour les auteurs les acquisitions récentes confirment et précisent l'importance du rein dans l'hy-

pertension ce qui fait que c'est essentiellement en fonction du rein que les cliniciens doivent considérer l'hypertension artérielle.

Arthur RICHER.

### PHTISIOLOGIE

MM. F. BEZANCON, F. JOLY, M. BRUNEL et C. O. GUILLAUMIN. — **Effets de l'oxygénothérapie sur la dyspnée dans les perforations pulmonaires.** « Revue de la Tuberculose », 4: (juillet), 1938.

L'oxygénothérapie continue sous la tente a été employée avec beaucoup de succès par les auteurs au cours de perforations pulmonaires. Ils en rapportent quatre observations. Les mêmes se sont servis de cette méthode dans les artérites pulmonaires et dans la tuberculose fibreuse. Les crises de polypnée avec cyanose ont été améliorées. Le déséquilibre circulatoire et la désaturation de l'oxyhémoglobine ont été rétablis. L'oxygénothérapie apporte donc une sédation fonctionnelle importante et durable, si elle n'a par ailleurs aucune action sur l'évolution de la maladie. Elle aide sûrement à passer la période difficile des premiers jours. La durée du traitement doit varier entre 4 à 8 jours.

Paul-René ARCHAMBAULT.

A. DUFOURT, B. MULLER et L. REYNAUD. — **Contribution au diagnostic de la symphise pleurale.** "Archives Medico-Chirurgicales de l'Appareil Respiratoire, 13: 58; 1938.

Il n'y a pas de signe absolu de la symphise pleurale: les adhérences les plus simples comme les plus complexes sont imprévisibles en clinique.

La radiologie, jusqu'en ces derniers temps, pouvait offrir de grandes présomptions, mais aucune certitude à ce sujet.

Les auteurs ont rencontré un signe radiographique dont ils n'ont trouvé mention que chez les auteurs allemands Braeunning et Redeker: c'est le signe de la ligne pleurale axillaire. Il a une très grande valeur. Il n'a que le défaut d'être inconstant en ce sens qu'on ne le voit que sur les très bons films radiographiques. La scopie ne le montre que très rarement. Il consiste en une ligne verticale, doublant le bord interne des côtes à la région axillaire sur toute la hauteur du thorax, ou une partie de celui-ci. Lorsque partielle, la ligne n'existe que dans la partie inférieure du thorax.

Les auteurs ont rencontré ce signe dans un peu moins de la moitié des cas où le pneumo était indiqué. Ils rapportent vingt observations démonstratives. Ils publient aussi dans le même article, quatre films bien démonstratifs. Ils ont rencontré la ligne axillaire aussi dans des cas où le pneumo a dû être abandonné à cause de symphise progressive.

L'absence de ligne axillaire serait, dans bien des

cas, explicable par la technique radiographique. Les films durs ne la montrent jamais. L'existence de cette ligne s'explique par l'épaississement des feuillets pleuraux.

C'est donc un très bon signe de symphise surtout lorsqu'il s'accompagne du comblement des sinus costo-diaphragmatiques. Les images linéaires du sommet n'ont aucune valeur.

Jean-Philippe PAQUETTE.

### NUTRITION

**Le dosage de l'acide hippurique pour apprécier le fonctionnement du foie.** "The Journal of the A. M. A.", III: 1470, 1938 (Article de rédaction.)

Des travaux récents ont démontré que l'élimination horaire de l'acide hippurique dans l'urine pouvait traduire la capacité maxima de l'organisme pour faire la synthèse de l'acide amino-acétique. Ce dernier étant fabriqué par le foie, on peut conclure que le débit de l'acide hippurique variera parallèlement au degré de la capacité fonctionnelle du foie.

A. J. Quick, dont les travaux de laboratoire ont éclairé cette question, a confirmé ces conclusions en clinique, et il a démontré que l'élimination de l'acide hippurique était grandement diminuée dans l'ictère catarrhal, la cirrhose syphilitique, l'ictère par obstruction prolongée. Il a proposé d'y avoir recours pour apprécier la valeur fonctionnelle du foie.

D'autres cliniciens ont étudié au moyen de cette épreuve, le fonctionnement hépatique dans certaines maladies chirurgicales, surtout dans le goitre toxique, dont la crise post-opératoire fatale, ressortirait d'après eux, à l'insuffisance hépatique. Pendant la période préparatoire à l'opération, ils proposent d'apprécier périodiquement la valeur de la fonction hépatique par l'épreuve de l'acide hippurique, et de n'intervenir que lorsqu'elle indique un fonctionnement satisfaisant.

D'autres cas chirurgicaux, en dehors du goitre et des affections biliaires, ont été étudiés à la lumière de la même épreuve, en vue de connaître la répercussion de l'acte chirurgical sur le foie. On a ainsi observé une diminution constante de la capacité fonctionnelle du foie, plus marquée après l'anesthésie rachidienne qu'après l'anesthésie à l'Éthylène.

Les vomissements et la rétention azotée seraient un empêchement à l'application de cette épreuve.

Quant à l'objection que l'épreuve de l'acide hippurique ne s'adresse qu'à une des fonctions du foie, on peut y répondre, que ces différents mécanismes sont solidaires, et que l'insuffisance de l'un d'eux s'accompagne de l'insuffisance des autres.

L.-Henri GARIEPY.

W. BARDY, L. BUGUARD et C. DARNAUD.

— **Les effets de la protamine zinc insuline chez les diabétiques.** « Gazette des hôpitaux », 111: 849; (29 juin), 1938.

Après quelques considérations sur l'insuline ordinaire et son action, les auteurs font l'historique de la découverte de l'insuline retard par Hagedon et de l'insuline protamine zinc par Scott et Best de Toronto. Puis ils font connaître les résultats de leurs recherches personnelles sur dix-huit cas. Ils ont traité leurs patients avec l'insuline normale jusqu'à disparition de la glycosurie, puis à ce moment ils ont pratiqué quatre dosages de la glycémie: à 9 heures du matin, avant le repas de midi, aussitôt après ce repas et avant le repas du soir. L'équilibre recherché étant atteint, ils ont essayé de le reproduire en injectant seulement une dose de protamine zinc légèrement inférieure à la dose totale d'insuline ordinaire, en augmentant progressivement jusqu'à disparition complète de la glycosurie. La glycémie était déterminée à 4 reprises selon l'horaire indiqué plus haut.

Le régime de ces malades comportait par kilo de poids: 2 gr. 50 de glucides, 1 gr. 25 de protides et 2 gr. de lipides. Quinze fois sur dix-huit les résultats obtenus ont été aussi satisfaisants et souvent plus satisfaisants qu'avec l'insuline ordinaire.

Les auteurs concluent que l'insuline protamine zinc correspond à un progrès notable dans le traitement du diabète sucré, que cette injection unique supprime les oscillations, dangereuses de la glycémie, souvent observées à la suite d'injections d'insuline ordinaire, que l'horaire des injections est beaucoup moins rigoureux qu'avec l'insuline normale, ce qui constitue un avantage très appréciable pour le malade, que le contrôle du diabète pendant la nuit et la matinée est beaucoup mieux assuré par la P.Z., et qu'enfin la dose journalière est presque toujours moindre que la dose quotidienne totale d'insuline ordinaire indispensable pour assurer un traitement correct du diabète sucré.

Gabriel LAFRESNIERE.

## GASTRO-ENTEROLOGIE

R. GOLDEN. — **Gastrite antrale et spasme.** "Jour. Am. Med. Ass.", 109: 1497 (6 nov.) 1937

La gastrite, quoique pouvant affecter toute la muqueuse de l'estomac, est généralement, bien limitée à la région antrale — (gastrite antrale — pylorique ou gastrite pylorique).

La symptomatologie i.e. douleur, hématurie; vomissement et perte de poids, peut faire croire à un ulcus.

Le diagnostic se fait par l'examen gastroscopique et la radiographie.

L'auteur fait remarquer, que cette gastrite antrale peut évoluer jusqu'à simuler un syndrome pré-pylorique. Ainsi, l'inflammation cause un rétrécissement pré-pylorique, avec spasme. L'infiltration se fait sentir par un léger cartilage et péristaltisme irrégulier, une hypertrophie ou même absence des plis de la muqueuse.

Quelquefois, l'on note des érosions superficielles allant jusqu'à des ulcères pénétrants, surtout situés dans la région de la petite courbure.

Cette condition peut faire croire à une évolution néoplasique, surtout si une gastrite atrophique est causée par un amincissement de la muqueuse de cette région.

Des examens répétés après plusieurs lavages de l'estomac, peuvent aider à préciser le diagnostic.

Au moindre doute il est préférable d'intervenir chirurgicalement.

A. CANTERO.

J. M. BARNES et D. E. STEDEN. — **Stase duodénale.** "New York State Journ. of Med.", 15 mai, 766-772, 38.

Les troubles dyspeptiques vagues, céphalées migraineuses, apparaissant au temps des règles, chez des sujets asthéniques et souffrant de ptose, devront faire penser à la stase duodénale.

L'examen radiologique démontre fréquemment un estomac ptosé et atone, étirant le genu supérieur et le ligament de Treitz. Il en résulte une stase dans les autres segments duodénaux, dilatation et phénomènes de brassage. Dans les cas plus avancés, il y a dilatation et atonicité du bulbe duodéal, relâchement du pylore et dérangement dans la motilité, allant jusqu'à absence temporaire de péristaltisme de la région jéjunale. Les auteurs rapportent les observations basées sur 80 cas de stase duodénale, se classifiant comme suit: 10 causés par obstruction, soit par adhérences duodénales — (6) — 2 — par tumeurs; — 1 — par un rein polykistique; — 38 cas, d'origine, extraduodénale ou par réflexe, ainsi — 14 cas causés par vésicule biliaire malade.

Ulcus duodéal .....	8 cas
Troubles appendiculaires .....	6 cas
Artério sclérose variée .....	6 cas
Gastro-entérite aiguë .....	2 cas
Saturnisme .....	2 cas

32 cas, causés soit par traction de l'artère mésentérique ou par traction méso-colique. Mais les auteurs sont portés à croire plutôt à une origine nerveuse, voir dérangement du système neurovégétatif.

**Résultat du traitement.** A côté des interventions chirurgicales, duodéno-jéjunostomie et jéuno-jéjunostomie, les auteurs préconisent l'emploi d'acétylcholine, à dose de 100 mgm, en injection sous-cutanée.

Ils attribuent l'efficacité de l'acétyl-choline à son action spécifique, comme stimulant du parasymphatique.

A. CANTERO.

## NEURO-PSYCHIATRIE

Michael M. SCOTT. — **Résultats définitifs du traitement de 655 cas de traumatismes crâniens.** Philadelphia Neurological Society, 25 février 1938. "Arch. Neur. Psy", 40: 605 (septembre) 1938.

Mortalité: 117, soit 17.8%, dont 26 moururent durant les 3 heures qui suivirent l'hospitalisation.

Opération que sur 50 malades, donnant une mortalité de 44%.

Cas compliqués d'hémorragie méningée et de signes de localisation lésionnelle encéphalique comportèrent une mortalité de 46.6%.

Un seul cas présentait une hémorragie extradurale; accident rare contrairement à ce qu'on écrit dans les manuels (c'est bien l'opinion qui découle de notre modeste expérience).

Répartition des blessés et du taux de mortalité respective.

1°.—Commotion cérébrale, sans fracture avec liquide limpide: 342 malades; mortalité de 5.5%.

2°.—Fracture du crâne seule avec liquide limpide: 53 malades; mortalité de 13.2%.

3°.—Liquide sanguinolent (à au moins 2 ponctions), sans fracture décelée à la radiographie: 115 malades; mortalité 26%.

4°.—Liquide sanguinolent avec fracture du crâne: 145 malades; mortalité 42%.

Voici la méthode du traitement des traumatisés du crâne adoptée par l'auteur:

1°.—Traitement du « shock »: réchauffement du malade; injection intraveineuse d'une solution à 50% de glucose et chlorure de sodium; arrêt de la déperdition des liquides par la transpiration, en administrant de l'atropine, pituitrine, ergot qui provoquent la vaso-constriction périphérique.

2°.—Ponction lombaire après la période du « shock »; répétée au moins tous les jours, si le liquide est sanguinolent, jusqu'à l'aspect xanthochromique (4e et 7e jour).

3°.—Radiographie du crâne aussitôt que l'état du malade le permet.

4°.—Restriction des liquides (660 à 950 c.c. par 24 heures). Diète pauvre en eau; proscription du sel et des hydrates de carbone.

5°.—Pas de morphine. Bromure de sodium, chloral ou barbituriques, permis.

6°.—Méthénamine à la dose de 0.65 centigrammes, 4 fois par jour, quand il y a hémorragie ou écoulement de liquide des cavités du crâne.

7°.—Intervention chirurgicale dans deux seules conditions: a) fracture avec enfoncement du ou des fragments; b) signes neurologiques de localisation, témoignant qu'il y a hématome soit intra-cérébral, sous-dural, soit extra-dural.

8°.—En général, le malade quitte l'hôpital entre le 7ième et le 10ième jour d'hospitalisation, après s'être levé vers le 6ième jour. Pendant trois mois, il s'astreint à limiter les liquides d'ingestion et à une diète pauvre en eau. Dans 80% des cas les malades qui ont persisté à n'ingérer qu'environ 950 c.c. de liquides par 24 heures furent exempts de séquelles nerveuses et purent retourner à leur travail 3 mois après leur traumatisme.

Cette étude montre, après bien d'autres antérieures, que le traitement des traumatismes du crâne à la phase aiguë est maintenant bien systématiquement établi, du moins dans les hôpitaux américains. Elle illustre également le fait que dans la grande majorité des cas le traitement reste médical.

En plus, elle nous apprend que dans des services hospitaliers de neuro-chirurgie on évacue les malades très rapidement après leur admission et qu'on conseille la reprise du travail, sans considération de la gravité du traumatisme, à une date apparemment précoce. L'auteur, qui est de l'opinion de Temple Fay, attribue une importance énorme à la restriction des liquides ingérés. Un médecin en discussion de cette communication est plus sceptique et affirme catégoriquement que les malades peuvent reprendre leur travail, sans plainte et précocement, surtout et plutôt parce qu'ils n'ont pas été dorlotés, sinon « cuisinés » par le médecin.

Roma AMYOT.

Joséphine B. NEAL. — **Le traitement des infections aiguës du système nerveux central par le sulfanilamide.** "J. A. M. A.", 111: 1353 (8 oct. 1938).

L'auteur a utilisé conjointement le prontosil qui ne contient que 0.73 centigrammes de sulfanilamide par 100 c.c. de la solution à 2.5%, et du sulfanilamide, par voie parentérale. En général, 5 c.c. chez les enfants, 10 c.c. chez les adolescents et les adultes, de la solution de prontosil à 2.5% furent administrés toutes les 4 heures. De 0.32 centigramme à 1 gramme de sulfanilamide furent donnés toutes les 4 ou 6 heures. L'auteur a obtenu des résultats aussi heureux par l'absorption entérale de ces produits. Elle croit que contre la méningite méningococcique et la méningococcémie le sulfanilamide peut être employé seul avec succès. L'expérience de l'auteur à l'égard du traitement de la méningite due au bacille de l'influenza est que l'emploi combiné de sérum spécifique et de substances sulfamidées n'a pas donné des résultats heureux. Sur 18 malades, deux seulement guérirent. Durant les dernières 27 années, tous

les cas de méningite à pneumocoques eurent une issue fatale. Depuis l'usage des sulfamidés, sur 33 cas, 6 guérirent et un était encore en observation lors de la rédaction de ce travail. Dans cette dernière méningite, l'auteur conseille d'employer le sulfanilamide concurremment au sérum spécifique par voie intra-rachidienne, quand on a pu identifier le type de pneumocoque en cause. Mais c'est contre la méningite streptocoque hémolytique que le sulfanilamide remporte ses succès les plus éclatants. Son efficacité se montre péremptoire quand on constate avec l'auteur qu'avant le sulfanilamide, la mortalité causée par cette infection méningée était de 95% environ alors qu'avec l'aide de ce nouveau produit, sur 27 cas traités par l'auteur, elle ne fut que de 20%. La plupart de ces cas de méningite streptococcique étaient secondaires à des otites et mastoïdites, soit 23. Les autres provenaient de sinusites, d'une infection des voies respiratoires supérieures, et du pharynx.

Des cinq morts, l'un avait un abcès du cerveau et ne fut traité que pendant quelques heures par le sulfanilamide, 2 moururent respectivement 12 et 24 heures après le début du traitement, un autre avait eu une méningite 7 jours après une mastoïdectomie et à l'infection méningée s'ajoutait une thrombose des sinus transverse et latéral et de la veine jugulaire gauche compliquée d'une hernie du cervelet, le cinquième enfin n'avait qu'une banale infection méningée sans suppuration.

Les observations de l'auteur concordent avec celles d'autres auteurs. Le sulfanilamide possède maintenant un dossier important qui témoigne d'une efficacité incontestable de son emploi dans certaines méningites qui étaient, soit le plus souvent, soit systématiquement mortelles.

A ce seul titre, la découverte du sulfanilamide constituerait une victoire appréciable sur la maladie et un triomphe de la médecine. Mais cette substance chimique possède d'autres lauriers et elle a probablement marqué une ère nouvelle dans le traitement des maladies infectieuses. D'autres découvertes seront effectuées, des travaux complémentaires seront poursuivis et, sans doute bientôt, nous pourrions utiliser des composés à formule semblable, mais d'activité encore plus énergique.

Roma AMYOT.

D. W. C. NORTHFIELD. — **Considérations sur la céphalée.** *Brain*, 61: 133 (juin) 1938.

Intéressant travail basé sur les propres observations cliniques de l'auteur, sur ses expériences, sur les rapports qui existent entre les causes les plus fréquentes de céphalée et les variations de la tension intra-cranienne et de la circulation sanguine méningo-encéphalique.

L'auteur étudie d'abord les relations entre la douleur de tête et les tumeurs intra-craniennes.

Certaines localisations tumorales déterminent la céphalée comme première manifestation de leur présence. Ailleurs, assez rarement cependant, une céphalée violente ne s'accompagne pas d'hypertension intra-cranienne, ou inversement, l'augmentation de cette tension n'est pas associée à une douleur crânienne.

Ces exceptions à la règle de constance entre hypertension intra-cranienne et céphalée sont troublantes et apparemment difficilement explicables.

L'auteur après avoir étudié la céphalée au cours des tumeurs encéphaliques, passe en revue certaines céphalées causées par d'autres agents; il communique les résultats de ses investigations portant sur la production expérimentale de la céphalée par excitation « in situ » au cours d'interventions chirurgicales intra-craniennes, par des modifications provoquées de tension endocranienne, par encéphalographie et ventriculographie, par l'injection d'histamine, par collapsus cérébral.

Il rapporte les effets de la sympathectomie cervicale et de la section radulaire du trijumeau sur la céphalée histaminique et de certaines procédures chirurgicales qui ont fait disparaître des céphalées tenaces. Toutes ces observations cliniques et expérimentales personnelles ou recueillies dans la littérature médicale conduisent l'auteur à admettre que la céphalée n'est pas due à une irritation des nerfs de la dure-mère, mais plutôt à un état de tension anormale des parois des vaisseaux encéphaliques.

De ce processus d'hypertension sur des parois vasculaires naîtrait pour l'auteur l'influx nerveux pathologique qui crée la douleur de tête.

Intéressante hypothèse qui pourrait expliquer la pathogénie de plusieurs types de céphalée, mais qui s'oppose à l'opinion générale des neuro-chirurgiens accréditant ce symptôme à la souffrance des nerfs dure-mériens situés à certaines zones définies de son étendue, et qui demanderait à être confirmée par d'autres travaux d'expérimentation sur le vivant.

Roma AMYOT.

## CHIRURGIE

M. FEVRE et G. DOSSIOS. — **Possibilités chirurgicales dans les tumeurs malignes du foie chez l'enfant et chez l'adulte.** « *Journal de Chirurgie* »; page 321 (mars), 1938.

Pour les A., le domaine de la chirurgie des tumeurs malignes du foie doit s'étendre jusqu'à certains cancers primitifs, voire même secondaires, et non correspondre aux seuls adénomes solitaires à tendance maligne de cet organe.

L'acte chirurgical peut consister ou bien en une intervention exploratrice précoce suivie de résec-

tion hépatique pour tumeur maligne, ou bien en une intervention exploratrice tardive pour tumeur inopérable, ou bien en une intervention d'urgence pour rupture de tumeur maligne.

Suivent trois observations des A., avec survie et bonne santé apparente dans un cas opéré pour tumeur maligne du foie, il y a trois ans.

La laparotomie exploratrice tardive est grave à cause de la facilité de rupture et la tendance hémorragique de certaines tumeurs.

Les tumeurs malignes du foie sont par ordre de gravité croissante:

1° les adénomes solitaires du foie à tendance maligne;

2° les tumeurs malignes primitives;

3° les tumeurs secondaires du foie.

Le signe majeur de ces tumeurs est, cliniquement, la tumeur hépatique elle-même. Celle-ci peut apparaître à l'inspection ou n'être décelée qu'à la palpation.

Cette tumeur est tantôt dure, tantôt molle, mobile avec les mouvements respiratoires. Plus tard, elle devient immobile, bloquée soit par son volume, soit par des adhérences.

Les douleurs manquent longtemps dans la plupart des cas. Lorsqu'elles existent, elles se traduisent par une sensation de plénitude, de pesanteur dans l'hypocondre droit.

L'ictère est exceptionnel.

Les troubles digestifs ne sont pas exceptionnels, ils se présentent sous la forme de diarrhée ou de vomissements.

L'amaigrissement s'accompagne de fatigue, de palear et d'anémie.

Le cancer primitif, à l'encontre de l'adénome à tendance maligne, évolue rapidement.

La tumeur découverte, il reste à préciser son origine, sa nature, son degré de malignité. Les deux grandes causes d'erreur de diagnostic sont la tumeur du rein chez l'enfant, le kyste hydatique du foie chez l'adulte. L'existence d'une tuméfaction dans l'hypocondre droit peut faire hésiter entre des tumeurs d'origine colique, rénale, vésiculaire ou hépatique. Les rayons X permettent de trancher la difficulté dans la plupart des cas.

Seul l'examen histologique pourra trancher entre certains dysembryomes hépatiques simples et les adénomes solitaires à tendance maligne.

Trois genres d'interventions peuvent être faites:

1° l'intervention exploratrice, complétée ou non par une biopsie;

2° l'intervention d'urgence pour tumeur rompue;

3° l'intervention terminée par résection hépatique.

Résultats rapportés: sur 48 résections, 44 guérisons opératoires.

Résultats éloignés: récidives rapides dans les tumeurs malignes primitives, récidives tardives dans les adénomes à tendances malignes. Quant aux tu-

meurs malignes secondaires, des résultats satisfaisants au bout de 18 mois, au bout de 6 ans, viennent justifier certaines tentatives d'exérèse après ablation de la tumeur initiale.

A. BELLEROSE.

## UROLOGIE

R. GAYET. — **Intérêt de l'urétéro-pyélographie rétrograde dans le cancer du rein. Au point de vue du diagnostic et de l'opérabilité**, (à propos de 13 cas). "Lyon Chirurgical", 13 fig. 35: 385 (juillet-août 1938).

L'A. débute par quelques considérations d'ordre général, sur l'apport important que les méthodes radiologiques nouvelles, basées sur l'emploi des substances de contraste, fournissent au diagnostic, dans certaines affections rénales. Il pratique l'urétéro-pyélographie rétrograde (U. P. R.) suivant la méthode de Chevassu, plus fidèle que la pyélographie par injection intraveineuse pour reproduire sur les clichés les lésions atteignant les canaux excréteurs du rein (calices, bassinets et uretère).

Il décrit, dans la première partie de ce travail, les différents types d'images anormales données par l'U. P. R. dans le cancer du rein, en regard de l'image normale des calices, des bassinets et de l'uretère. En effet, ces voies excrétrices, lorsqu'elles sont intactes présentent certaines caractéristiques qui sont les suivantes:

un contour net, sans zones floues ni aspect lacunaire;

une orientation normale de chaque élément;

des dimensions conservées.

Mais la tumeur développée à leur contact trouble cet ordre régulier.

L'A. indique, dans ce cas, les modifications des éléments de l'image normale, étudiées en particulier, et les modifications associées de plusieurs éléments de l'image normale.

La seconde partie de ce travail est un exposé de l'intérêt de l'U. P. R. pour apprécier la forme anatomique du cancer, le degré d'envahissement aux organes voisins et les difficultés opératoires probables.

Les formes anatomiques du cancer que l'U. P. R. permet de distinguer, sont: les tumeurs primitives du bassinets, les cancers du parenchyme rénal secondairement propagées au bassinets, les tumeurs de la portion moyenne du rein et les tumeurs des pôles.

L'examen pyélographique ayant permis de situer la tumeur, on peut encore reconnaître le degré d'envahissement et les difficultés opératoires. En effet, en parcourant les différentes observations, l'A. a constaté que la pyélographie avait laissé prévoir les faits suivants:

les tumeurs du bassin et juxta-hilaires se propagent exceptionnellement, tout à fait au terme de leur évolution: ce sont de bons cas, toutes réserves faites pour l'extension à l'uretère;

les tumeurs de la portion moyenne et du pôle inférieur du rein demeurent longtemps extirpables. Si on intervient tardivement et qu'il existe des adhérences, celles-ci seront attaquées sous le contrôle de la vue et ne rendront pas l'intervention périlleuse;

les tumeurs du pôle supérieur ou de la totalité du rein doivent être considérées comme très difficiles à enlever, car l'opérateur rencontrera des difficultés du côté du diaphragme, de la plèvre et des gros vaisseaux, surtout à droite.

Enfin, l'U. P. R. peut fournir des indications et des contre-indications opératoires. Par exemple, dans les tumeurs avec peu de signes cliniques, un rein de volume normal, une image pyélographique indiquant une lésion pyélique ou une tumeur du parenchyme bien localisée, l'hésitation n'est pas permise. Dans les cas plus avancés, tumeur d'un des pôles, reconnue grâce à la déformation des cavités excrétrices à ce niveau, l'U. P. R. permet de savoir où se rencontreront les difficultés. L'opérateur pourra alors modifier la voie d'abord et choisir, selon le cas, la voie para ou transpéritonéale. Si c'est en haut que le rein est atteint, il y aura à redouter des adhérences avec le diaphragme ou la plèvre. La voie thoraco-abdominale rend de grands services. En dernier lieu, lorsque les cavités excrétrices paraissent envahies dans leur totalité, que l'ombre rénale est très augmentée, que l'uretère apparaît repoussé au devant de la colonne, l'opération ne doit se pratiquer qu'à la demande formelle du malade.

L'A. confirme ces assertions par l'observation résumée de treize cas de cancer du rein, avec images typiques fournies par l'U. P. R.

En conclusion, l'A. propose la lecture répétée de cette phrase d'un maître de l'urologie: «L'idée et la conviction que tout malade présentant de l'hématurie, surtout lorsqu'elle se manifeste sans cause, sans douleur et sans dysurie, doit être immédiatement adressé à un spécialiste pour être soumis à un examen approfondi afin de trouver la cause de l'hématurie, cette idée et cette conviction doivent être ancrées dans la conscience de tout médecin». Puis l'A. ajoute: «Il ne faut pas attendre que les symptômes du cancer soient devenus trop évidents, car les images pyélographiques ne nous apporteront qu'une confirmation, hélas! trop redoutée, alors qu'au tout début de l'affection elles auraient permis dans de bonnes conditions une intervention bénigne et efficace.

Dr Rosaire LAUZER.

## CHIRURGIE INFANTILE et ORTHOPÉDIE

Pierre LOMBARD et L. GENISSEL. — **Cyphoses congénitales.** "Revue d'Orthopédie et de l'appareil locomoteur", 25: 532 (septembre 1938).

Les cyphoses congénitales pures sont rares, cependant en voici quelques exemples que nous diviserons en trois groupes suivant les lésions anatomiques:

- 1) Les cyphoses avec fusion du corps vertébral
- 2) Les cyphoses par platyspondylie
- 3) Les cyphoses par microspondylie.

### Pathogénie.

A ce point de vue, il faut considérer que ces anomalies entrent dans le cadre des aplasies et par conséquent défaut de soudure des noyaux osseux. Les travaux récents de Junghans nous montrent de plus que la persistance du tissu chordal, entravant l'ossification, expliquerait la chise du corps vertébral. Exemple du premier groupe:

Enfant âgé de 7 ans chez qui la mère découvre un beau jour une petite gibbosité dorsale haute. L'apophyse épineuse de la 2ème dorsale paraît plus saillante. La radio découvre toute une série d'anomalies et en particulier synostose de D2 et D3 avec une ébauche de disque seulement et somatochisis paramédian D2, C3 et C4.

La mère porte une scoliose lombaire par malformation de L5.

### Exemple du deuxième groupe: Platyspondylie.

Enfant de 8 ans chez qui la radio montre la division de D1. Le corps de cette vertèbre est de hauteur inférieure à la normale, mais les disques sont intacts.

Exemple du 3ème groupe. Microspondylie: forme légère.

### 1ère observation:

C'est un enfant de 2 ans qui présente une gibbosité de L1: le corps vertébral est réduit d'un tiers dans son diamètre antéro-postérieur. La vertèbre susjacent glisse et bascule la colonne lombaire en lordose. L'enfant continue de grandir et la gymnastique aidant il marche sans appareil et sa gibbosité est réductible à volonté.

Donc c'est une vertèbre plus petite, placée entre vertèbres normales, sans être toutefois écrasée par celles-ci, mais leur cédant l'espace qu'elle n'occupe pas.

### Forme moyenne.

Enfant de 5 ans. Ici la région lombaire est voussurée. Projection des apophyses épineuses des dernières dorsales et de L2. Gibbosité médiane exagérée par la position assise; les mouvements d'inclinaison latérale et rotation sont normaux.

La radio de face nous montre que L1 a des bords flous, diminuée de hauteur avec disques très larges.

D 11 et D 12 paraissent soudées. Le cliché de profil montre que la déformation correspond à des vertèbres réduites de hauteur et refoulées. Soumise au lit plâtré, la colonne semble se redresser et la gibbosité diminuer, puis l'enfant est perdu de vue.

Revenant 4 ou 5 ans plus tard on remarque une incurvation à convexité gauche dont le sommet correspond à la D 12. Les vertèbres lombaires sont séparées par des disques plus irréguliers, soit pincés, soit à peine reconnaissables. Ce n'est qu'apparence car la radio de profil montre que les corps sont distincts et séparés par des intervalles normaux, mais dont les surfaces sont irrégulières.

Les corps dorsaux ont une direction inverse en bas et en avant, et le sommet de la gibbosité se trouve à l'union de ces deux segments si différemment orientés.

#### *Forme grave.*

C'est un enfant âgé de 4 ans qui ne peut se tenir debout; malingre, chétive, front bas, paupières petites, yeux vifs. Le nez est en selle, dents d'Hutchinson et palais ogival. De plus le thorax est en carène et les membres inférieurs non symétriques. Mais la lésion principale est une gibbosité dorso-lombaire. Les apophyses épineuses font saillie de la base sacrée à D X. La radio montre une réduction de hauteur de la colonne lombaire. Le profil montre une angulation brutale au-dessus de L 3 et l'axe des derniers corps lombaires se dirigeant en arrière et en haut, tandis que l'axe dernière dorsale et L 1 se dirige en arrière et en bas.

Donc le microspondyle se trouve entre L 1 et L 3 dans l'axe même du canal.

L'enfant est au lit plâtré et on obtient une correction discrète. Mais la radio montre que la lésion s'aggrave nettement: le corps vertébral malformé a glissé davantage en arrière. L'année suivante la radio montre toujours la même lésion et l'enfant ne peut encore se tenir debout. Le lipiodol au niveau de D 11 montre une compression de la moelle. On pratique une laminectomie qui fait voir une moelle refoulée en arrière. Le corps vertébral intrarachidien est enlevé après trois interventions. Les suites sont favorables et la paralysie paraît régresser.

Une autre observation pourrait se rapprocher de cette dernière non par la clinique, mais par ses analogies radiologiques.

C'est une enfant de 7 ans amenée pour douleurs rachidiennes.

Ici la radio montre (de profil) la colonne des corps angulée à 45°; le sommet se trouve au-dessous de D 12. Entre ce corps et celui de la vertèbre sous-jacente se trouve un intervalle triangulaire dans lequel on reconnaît une petite masse arrondie: c'est L 1 pourvue de petits moignons latéraux dont le gauche plus développé que le droit. L 2 est normale, L 3

inégalement développée, L 4 très réduite, le corps de L 5 est basculé vers la gauche et mal développé.

Le pronostic des cyphoses est en fonction de la variété des lésions anatomiques et c'est la vertèbre malformée qui domine la scène. La thérapeutique sera commandée par les symptômes propres à chaque variété.

En face d'une microspondylie de taille réduite, amenant de la compression avec ses conséquences, c'est à la résection qu'il faut avoir recours.

P. P. COUSINEAU.

## GYNECOLOGIE

Claude BECLERE et Elie FRANCOIS. — **Etude de 110 cas de stérilité à l'aide de l'hystéro-salpingographie.** "Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyné. de Paris", juillet 1937.

La question de la stérilité féminine est toujours à l'ordre du jour. La stérilité présente, en effet, une importance affective, familiale et sociale si grande, que l'on ne saurait trop s'efforcer de la combattre.

De 1932 à 1935, dans le service de M. le Professeur COUVELAIRE, les deux auteurs ont poursuivi l'étude d'une série continue et homogène de cas de stérilité, et ont observé 110 femmes venues à la consultation de stérilité.

Depuis un recul de deux ans qui leur permet de juger les résultats obtenus, au point de vue du traitement de ces stérilités, les auteurs apportent:

I° Les résultats diagnostiques que donne l'hystéro-salpingographie correctement exécutée et l'étude critique de la valeur de ces résultats;

II° le nombre de grossesses qui se sont produites dans les mois qui ont suivi cet examen.

Pour ce qui est des résultats diagnostiques de l'hystéro-salpingographie, cette opération a apporté des précisions sur les 3 points suivants:

- A. Etat et fonction des trompes de Fallope,
- B. Etat de la cavité utérine,
- C. Existence d'un spasme de l'isthme, particulièrement marqué.

A. Au point de vue du fonctionnement des trompes de Fallope, les méthodes doivent être divisées en 3 groupes:

1° Obturation tubaire bi-latérale complète. — Chez 50 malades sur 110, soit dans 45% des cas, les 2 trompes de Fallope sont complètement obturées. Cette catégorie constitue chez les jeunes femmes stériles l'aspect radiologique le plus fréquemment observé. Voici maintenant les proportions des divers types d'obturation tubaire réalisés:

Hydrosalpinx ignoré: Ici, chez 21 malades sur 110, soit dans 19% des cas, il existait un hydrosalpinx latent que la clinique seule ne permet pas de diagnostiquer et que la salpingographie vient révéler.

Sur cet ensemble de 110 jeunes femmes, 12 présentent un hydrosalpinx bi-latéral. Chez 9 autres l'hydro-salpinx est uni-latéral et l'autre trompe est obturée, sept fois à la corne utérine et deux fois au pavillon tubaire.

Autres types d'obturation tubaire formant un ensemble de 29 malades sur 110. —

- a) Obturation bi-latérale au pavillon,
- b) Obturation bi-latérale de la corne utérine,
- c) Chez 5 autres malades, l'obturation tubaire s'est produite d'un côté au pavillon et de l'autre à la corne utérine.

2° Perméabilité tubaire diminuée. — Un ensemble de 32 malades sur 110, soit 29% des cas, présente une lésion tubaire incomplète. Sur ce total, 3 sont devenues enceintes par la suite:

- a) Perméabilité unilatérale,
- b) Perméabilité bi-latérale conservée, mais diminuée.

Ces faits sont donc en faveur des interventions conservatrices et des ablations unilatérales d'annexes, autant que possible.

3° Perméabilité bi-latérale semblant normale. — C'est seulement chez 28 des 110 cas, soit dans 25% des cas que les auteurs ont ainsi observé une perméabilité semblant normale. Mais par contre, de ces 28 jeunes femmes, 7, soit 25%, sont devenues enceintes.

B. Etat de la cavité utérine. — Sur 110 jeunes femmes stériles, les auteurs ont noté 12 fois, soit dans 11% des cas une anomalie utérine qu'il faut diviser en 3 groupes:

- 1° Anomalie de résorption de la cloison intermarienne,
- 2° Insuffisance du développement de l'utérus,
- 3° Malformation utérine atypique.

Il s'agit dans la majorité des cas, de lésions congénitales importantes, ayant lésé simultanément l'ovaire, l'utérus et les trompes.

C. Spasme de l'isthme. — Le spasme de l'isthme a été constaté chez 4 malades. L'une d'entre elles présentait en même temps une obturation des deux trompes de Fallope, au niveau du pavillon.

#### CONCLUSIONS

1° Le diagnostic de la valeur fonctionnelle des trompes de Fallope par la salpingographie a une valeur considérable lorsque l'examen est correct.

2° Onze grossesses se sont produites chez ces 110 jeunes femmes venues pour stérilité, soit une proportion globale de 10%;

3° Toute la question du diagnostic et du pronostic de la stérilité est donc bien dominée par la question de la valeur fonctionnelle des trompes de Fallope.

Samuel LETENDRE.

#### OBSTETRIQUE

Otto H. SCHWARY. — **Soins durant la grossesse (Antepartum Care).** "Journal of the American Medical Association"; 111: 1460 (15 octobre) 1938.

Dès le début de la grossesse, l'examen général doit viser surtout les cardiopathies, la tuberculose, le diabète et l'hyperthyroïdie. Il est important de poser, à bonne heure, le diagnostic des dystocies et des tumeurs du bassin. La rétroversion utérine peut entraîner des troubles de rétention urinaire qui ne cèderont qu'après la mise en place de l'utérus gravide. L'examen complet, répété à intervalles rapprochés, ne possède de valeur que s'il est une préparation en vue d'un accouchement dirigé avec sûreté et intelligence.

Dans le rapport Rothert sur les causes de la mortalité puerpérale, 7,380 décès étaient dus à l'infection dans un proportion de 40%, et aux toxémies de la dernière partie de la grossesse dans 26%. 725 patientes seulement avaient été suivies d'une façon satisfaisante durant leur grossesse.

Pour l'éclampsie, par exemple, l'hygiène prénatale a réduit la mortalité de 20 à 10%; la remarquable statistique compilée à Snoo d'Utrecht ne révèle aucune mortalité par éclampsie sur un total de 20,000 accouchements en 10 ans.

Donatien MARION.

#### DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Eugène F. TRAUB et Roy. Herbert HOLMES. **Dermatite et stomatite causées par le mercure des amalgames pour obturations dentaires.** "Archives of Dermatology and Syphilology", 38: 349 (sept. 1938).

Les cas de dermatite et stomatite mercurielle à la suite des obturations dentaires sont rares mais sans aucun doute plus fréquentes que la littérature semble l'indiquer.

Les auteurs ont eu l'occasion de rencontrer deux de ces cas et croient qu'ils sont les premiers à en rapporter. Les auteurs font ensuite l'historique d'une écolière de 13 ans qui fit une dermatite assez prononcée et une légère stomatite à la suite d'obturations dentaires; elle avait eu des troubles semblables cinq ans auparavant à la même occasion. Suit une description détaillée des lésions ainsi que le rapport de multiples "patch tests".

Leur deuxième cas est celui d'une femme de 27 ans qui, à deux reprises, fit une dermatite mercurielle à la suite d'obturations dentaires. Les auteurs croient que cette dermatite en est une de contact et non de résorption. En effet lors de la préparation de l'amalgame, il adhère du mercure aux doigts du den-

tiste lequel ensuite le dépose sur les lèvres de la patiente lors de la mise en place de l'obturation. Dans tous ces cas la dermatite apparaît dans les quelques heures qui suivent le traitement et est limitée aux zones qui sont en contact avec les mains du dentiste.

Les auteurs font ensuite une revue détaillée d'une controverse qui eut lieu de 1926 à 1928, sur les intoxications mercurielles par les amalgames dentaires et une revue complète de la littérature sur ce sujet jusqu'à 1934 et ils tirent les conclusions suivantes:

1) Le danger pour le patient d'un empoisonnement mercuriel par les amalgames dit d'argent est très minime.

2) Le danger d'empoisonnement chronique par les amalgames au cuivre est rare et existe seulement chez les patients sensibilisés.

3) Les dermatites et stomatites par les amalgames sont probablement plus fréquents que la littérature semble l'indiquer et démontrent simplement une hypersensibilité au mercure appliqué extérieurement.

4) La découverte du mercure dans les urines a plus d'importance que dans les selles. Cependant, comme plusieurs personnes apparemment normales et non porteurs d'obturations à l'amalgame excrètent du mercure dans leurs urines; il faut que la quantité de mercure retrouvée soit considérable avant de lui donner une importance diagnostique.

5) Le degré de sensibilité aux différentes préparations mercurielles varie avec les cas, et chaque patient ne réagit pas nécessairement à tous les composés mercuriels. Enfin la peau réagit plus rapidement et plus facilement que les muqueuses aux applications mercurielles.

F.-L. BOULAIS.

## RADIOLOGIE

M. GIRAUD et P. DUFOUR. — **Le diagnostic radiologique des diverticules du duodénum.** "Bull. Mém. Soc. Electro-Radiol." France, 251: 464 (juillet) 1938.

Le diagnostic de diverticule duodéal se fait toujours par la radiographie. Sa fréquence augmente avec le perfectionnement technique.

Selon la définition de Diez et Murtagh les diverticules duodénaux sont des formations sacculaires, développées aux dépens de la paroi intestinale, constituées par une ou plusieurs de ses tuniques et communiquant avec sa lumière par un orifice plus ou moins rétréci.

Les diverticules secondaires à une affection duodénale ou périoduodénale évidente n'ont qu'un intérêt accessoire puisque le traitement doit être dirigé surtout contre la lésion primordiale.

Les diverticules essentiels sans autre lésion concomitante soulèvent un problème thérapeutique autre-

ment difficile. Il faut apprécier leur rôle dans les troubles signalés. Le traitement chirurgical n'étant pas sans danger, il faut aussi se demander si le risque vaut les chances de guérison.

On se résignera à l'intervention si les raisons sont sérieuses (stase prolongée, réactions inflammatoires de voisinage, cellulite abdominale, soupçon de dégénérescence maligne, etc.) et après avoir éliminé toutes les causes capables de produire la symptomatologie observée (ulcus, lithiase, etc.).

Les diverticules duodénaux sont une cause fréquente de pancréatite; le radiologiste doit s'attacher à l'étude du cadre duodéal où il pourra trouver des modifications indiquant des réactions du pancréas. Le siège le plus commun des diverticules vrais est la deuxième portion. Au bulbe de même que sur les troisième et quatrième portions, on les voit beaucoup moins souvent. Plusieurs diverticules peuvent exister simultanément sur divers segments.

Le diagnostic radiologique du diverticule duodéal se fait d'après les signes suivants: tache opaque, à contours nets, apparaissant dès les premières évacuations pyloriques, au voisinage de l'anneau duodéal et relié à lui par un pédicule contenant des plis muqueux, niveau horizontal surmonté souvent d'une bulle d'air en position debout, persistance de la tache pendant des heures et même des jours.

Diagnostic différentiel — a) Il y a lieu de distinguer les gros diverticules d'une dilatation duodénale au-dessus d'une bride, d'un méga-duodénum ficelé par des brides, cet aspect peut faire croire à l'existence de plusieurs diverticules (Gutmann), d'un remplissage de la vésicule après cholécysto-duodéno-stomie, d'un duodénum mobile.

b) Il faudra distinguer les petits diverticules des calculs vésiculaires, rénaux ou pancréatiques, des images ganglionnaires calcifiées, d'une niche du bulbe, des pseudo-diverticules, d'une dilatation de l'ampoule de Vater, d'un cancer du pancréas avec perforation duodénale, etc.

En présence d'un malade ayant des troubles digestifs et de la diverticulose duodénale, il faut d'abord chercher une autre explication, puis répéter les examens afin de saisir soit une évolution, soit des preuves plus précises.

Albert JUTRAS.

## LABORATOIRE

E. AGASSE-LAFONT, A. GRIMBERG et S. MUTERMILCH. — **Les hémocultures. Techniques et interprétations.** "Monde Médical, octobre 1938; page 769.

Les auteurs font sur la question des hémocultures une mise au point qui offre pour guider le diagnostic et la thérapeutique un intérêt primordial. Ils en-

visagent: — 1 — les conditions générales d'hémocultures; — 2 — les hémocultures en vue de la recherche d'un agent pathogène déterminé; — 3 — les hémocultures en vue de la recherche d'un agent pathogène dont la nature ne peut être cliniquement précisée; — 4 — l'interprétation des résultats d'hémocultures négatives, ou positives.

#### *Conditions générales d'hémocultures.*

En plus des précautions d'usage d'antisepsie de la région à ponctionner et de la stérilisation parfaite du matériel de récolte, il faut prévenir la coagulation du sang qui emprisonnerait une partie ou la totalité des germes, et tenir compte de la quantité de sangensemencé.

Sur ce dernier point les opinions sont très partagées. Règle générale, plus grande est la quantité de sang, plus on a de chance d'avoir une hémoculture positive. La présence dans le sang d'anticorps normaux ou nouvellement formés et le petit nombre de microbes circulants exigent souvent l'ensemencement d'au moins 10 c.c. de sang. Pour obtenir des dilutions convenables il faudrait utiliser des litres de bouillon. Ceci rend la technique de l'hémoculture par dilution du sang onéreuse et peu pratique.

Avant de proposer d'autres techniques les auteurs étudient le mécanisme de la bactériolyse au cours des hémocultures.

Leurs expériences sur le colibacille ont montré que dans les premières heures qui suivent l'ensemencement, il y a d'abord bactériolyse puis multiplication des germes survivants. Ce réveil des bactéries serait dû non à leur résistance aux anticorps présents, mais à un épuisement du complément contenu dans le sérum.

Le citrate de soude ajouté au bouillon, au taux de 30 à 40 pour 1000, inhibe l'action alexique du plasma pour les bactéries du groupe coli-typhique. A cette concentration, toutefois, le citrate de soude est contraire au développement du streptocoque. Le staphylocoque, le méningocoque, le gonocoque sont arrêtés ou favorisés dans leur développement par des taux de citrate variant de 40 à 3 pour 1000.

L'action favorable de la bile sur le développement du bacille typhique et des para-typhiques, s'explique également par son action inhibitrice du complément. La bile cependant est défavorable au développement de nombreuses bactéries.

Le polyanétholsulfonate de sodium (liquide Roche), au contraire se prête bien à la culture de nombreuses bactéries grâce à sa double action anticoagulante et anticomplémentaire.

#### *Recherche d'un agent pathogène déterminé.*

Dans la recherche d'un agent pathogène déterminé il faut considérer l'histoire naturelle du microorga-

nisme à déceler, c'est-à-dire sa facilité à se développer sur les milieux ordinaires ou ses exigences particulières pour certains milieux spéciaux, son affinité pour l'oxygène (aérobie ou anaérobie), sa sensibilité aux changements brusques de température. De plus il faut envisager, soit le moment d'apparition, d'atténuation ou de disparition de la bactérie, soit la question des bactériémies intermittentes. Enfin il est souvent insuffisant, en se basant uniquement sur les données cliniques, de ne faire porter la recherche que sur un seul agent pathogène, une même infection, v.g. l'infection puerpérale, pouvant être causée par des bactéries diverses: streptocoques, staphylocoques, pneumocoques, colibacilles.

#### *Recherche d'un agent indéterminé.*

Beaucoup plus complexe est le problème quand l'hémoculture est destinée à rechercher si le sang renferme un ou simultanément, ce qui arrive parfois, plusieurs organismes sur la nature desquels la clinique ne permet pas d'émettre une hypothèse. Dans ce cas il faut appliquer toutes les conditions nécessaires à la culture et à l'identification de microorganismes indéterminés, isolés ou associés. L'emploi du tube de Hall permet souvent d'obtenir de bons résultats.

#### *Interprétation des résultats.*

Négative, l'hémoculture doit être interprétée avec prudence, en tenant compte de tous les facteurs empêchants déjà signalés. Plus les conditions favorables auront été multipliées plus le résultat sera valable.

L'hémoculture positive doit également être interprétée avec discernement. Il faut se demander si le microorganisme ou les microorganismes mis en évidence étaient vraiment en circulation dans le sang examiné. En effet il faut toujours penser aux contaminations possibles surtout lorsque le microbe trouvé est un hôte normal du revêtement cutané ou des couches profondes de la peau. On doit se demander encore s'il s'agit d'une bactériémie, d'une septicémie ou d'une pyohémie. A ce sujet les auteurs envisagent. — 1 — les bactériémies normales qu'on a pu constater chez certains animaux et qui sont dues au passage intermittent dans le sang de simples saprophytes; — 2 — les bactériémies dues à la présence de microbes secondaires ou de sortie; — 3 — les bactériémies par présence de l'agent même de la maladie.

#### *Conclusions.*

La question des hémocultures, techniques et interprétation des résultats est un des problèmes les plus délicats de la bactériologie.

A. BERTRAND.

## OPOTHÉRAPIE SÉRIQUE

DÉCHÉANCES ORGANIQUES,  
CONVALESCENCES,  
ANÉMIES.



SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS de CHEVAL  
(Sirop)

Agent de Régénération Hématique, de Leucopoïèse et de Phagocytose,

Représentants: Rougier Frères, Montréal.

## EFFICACE . . .

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



Dépot général pour le Canada:  
**ROUGIER FRÈRES, Montréal.**

## CONGRÈS ET SOCIÉTÉS

L' "Union Médicale du Canada" publie les comptes rendus scientifiques de toute société savante de langue française de l'Amérique du Nord. Ces comptes rendus doivent cependant être rédigés succinctement en dactylographie par les secrétaires respectifs et être adressés, sans retard, à la Rédaction.

### TROISIÈME CONGRÈS DE L'ASSOCIATION MÉDICALE FRANCO-AMÉRICAINNE

Tenu à Worcester, Mass., le 5 octobre 1938

La séance scientifique s'ouvre à 2 heures.

Le Dr. J. D. Milot de Fall River, Mass., souhaite la bienvenue aux congressistes. Il fait en peu de mots l'histoire de l'Association. Il annonce que Messieurs les Docteurs J. E. Dubé, Valin, Jarry, Marion, Vital ont été nommés membres honoraires, parce qu'ils ont assisté à notre première réunion de Providence, R. I., en octobre, 1936.

Le Dr Milot souhaite la bienvenue à chaque délégation en particulier; de Montréal nous viennent Monsieur le Doyen Albert Lesage, les Drs J. Edmond Dubé, Donatien Marion, Oscar Mercier et Jean Saucier. Ottawa, Ont., nous honore en envoyant les Drs Lapointe et Laframboise. Enfin, d'outre-mer nous vient le docteur Léopold Nègre, de l'Institut Pasteur.

Une invitation spéciale est renouvelée à tous les médecins du Canada qui voudront bien se joindre à nous l'année prochaine à Boston, Mass.

#### Fièvre des Foins (allergie)<sup>1</sup>

R. J. SAVIGNAC, (Worcester, Mass.)

C'est un travail très intéressant où sont décrites ses diverses expériences sur le ganglion sphéno-palatin, dans les maladies allergiques: asthme et fièvre des foins. Divers anesthésiques locaux sont d'abord employés par la voie d'approche la plus accessible et qui se trouve en arrière et en haut du cornet

1. Cette communication paraîtra comme article original dans un prochain numéro de *l'Union Médicale*.

nasal moyen. Ces anesthésies locales amènent des soulagements très durables dans certains cas. Après la cocaïne et la novocaïne, les expériences sont renouvelées avec une solution physiologique, qui donne des résultats analogues. Dans d'autres expériences, on emploie un courant électrique spécial avec de très bons résultats. Il est donc conclu que le soulagement est obtenu plutôt par contre-irritation que par anesthésie locale. Le traitement électrique sera surtout d'une grande valeur dans le temps des crises, ou les antigènes sont peu efficaces. Ce travail sera publié dans l'Union Médicale sous peu: voyez-le. Il est impossible de donner une idée juste du travail, il faut le lire au complet pour en comprendre tous les détails et toute l'importance.

#### Epilepsie infantile

M. JEAN SAUCIER (Montréal)

Après une introduction d'ensemble sur la maladie, le conférencier borne son sujet à l'épilepsie chez les enfants. Il faut bien différencier la crise épileptique qui survient chez l'enfant à l'occasion d'une cause irritante passagère, telle que l'irruption dentaire, gastro-entérite, etc., de l'épilepsie franche. La première n'est que passagère, la deuxième s'installe définitivement et donnera des crises répétées dont les intervalles varieront, mais elle fera du malade un taré. Les causes à base de ce syndrome sont les affections congénitales, la syphilis héréditaire surtout.

**NOUVEAU MÉDICAMENT**  
de la  
**CELLULE HÉPATIQUE**

# DYCHOLIUM

Déhydrocholate de Sodium

- DÉSENSIBILISANT
- CHOLÉRÉTIQUE
- DIURÉTIQUE

HÉPATITES

CHOLÉCYSTITES

ANGIO-CHOLITES

AFFECTIONS DIGESTIVES

INSUFFISANCES HÉPATIQUES

*Présenté en tube de 20 comprimés et en boîtes de 6 ampoules.*

Produit de marque « Théraplix »  
offert par les

LABORATOIRES

**POULENC FRÈRES**

DU CANADA, LTÉE

204, Place Youville

Montréal

Il faut la rechercher inlassablement dans tous les cas. Une autre cause importante vient des traumatismes crâniens causés par les applications de forceps ou les dystocies pelviennes chez la mère. Enfin, les tumeurs et les abcès du cerveau.

#### Discussion.

MM. BALLADION (Portland, Me.), GARNEAU (Fall River, Mass.) et SAVIGNAC (Worcester, Mass.). Comment expliquer le petit nombre d'épileptiques chez les enfants, quand on considère le nombre considérable d'applications de forceps pouvant amener des traumatismes crâniens à la naissance?

M. DONATIEN MARION (Montréal). Une cause des plus fréquentes des traumatismes crâniens à la naissance se rencontre chez les primipares âgées. Le col est dur et très résistant; de plus, il y a une certaine dénutrition de ces enfants qui nous présentent un crâne à parois osseuses très minces.

M. JEAN SAUCIER. En effet, c'est bien étonnant de voir tout ce que peut endurer le crâne d'un enfant normal.

#### Le traitement chirurgical des rétrécissements traumatiques de l'urètre

M. Oscar MERCIER (Montréal)

Deux classes de malades se présentent:

- 1) les traumatisés récents;
- 2) les vieux rétrécis.

Si le malade a une urétrorragie et peut uriner, on temporise et donne des antiseptiques vésicaux. Si le malade a une urétrorragie et ne peut uriner, ou dans le cas d'un vieux rétrécissement, le malade est en état de rétention vésicale, il faut pratiquer d'emblée la cystostomie sus-pubienne. L'urétro-radiographie est très importante dans ces cas, afin de pouvoir mesurer exactement la longueur du rétrécissement. Deux semaines après la cystostomie, on pratique la résection du rétrécissement et la réparation de l'urètre. L'urètre sectionnée est réunie par 4 points de suture avec du catgut O, pris en dehors de la muqueuse. Les deux points de

soutènement et le capitonnage de l'urètre sont très importants. Ils préviennent les complications si le malade venait à avoir une érection durant la période post-opératoire. Le plus important de tout, c'est de ne pas laisser la sonde à demeure. Ensuite, le Dr Mercier nous fait voir un film en primeur qui nous permet de suivre tous les détails de sa technique. Une courte discussion fut faite par le Dr Généreux de Webster, Mass., et le Dr Boivin de Fall River, Mass.

#### La vaccination anti-tuberculeuse

M. Léopold NEGRE  
(Institut Pasteur de Paris)

« Je suis surpris de voir une si belle réunion de médecins canadiens dans les Etats-Unis. J'en suis profondément ému et je voudrais qu'il fût donné aux médecins français de vous voir. »

La vaccination anti-tuberculeuse a été fort discutée. Ce n'est qu'après un travail long et des expériences répétées, qu'il soit possible d'en démontrer la valeur. Si on injecte au cobaye déjà infecté par la tuberculose un microbe virulent, on observe que sa résistance est plus grande que lors de son infection première. La disparition des bacilles est beaucoup plus lente et les microbes demeurent au point d'innoculation beaucoup plus longtemps. Ceci s'accorde avec la loi de Marfan: les sujets qui sont exposés à l'infection tuberculeuse quand ils sont jeunes, présentent une résistance spéciale pour la maladie quand ils sont adultes. « Des expériences faites en Norvège sur un groupe d'infirmières et d'étudiants, ont démontré que ceux dont la cuti-réaction était positive ont mieux résisté à l'infection tuberculeuse que ceux dont la cuti-réaction était négative. Calmette et Guérin ont travaillé pendant 13 ans et sont parvenus à extraire une souche de bacilles avirulents, d'une souche virulente primitive. Quand on a essayé de prouver que le B. C. G. est virulent, on a toujours trouvé des causes d'erreur: soit qu'on a contaminé une souche de bacilles avirulents ou qu'on a travaillé sur des animaux déjà infectés. Les résultats obtenus

# Deux nouveaux produits Ayerst

## No 937 TRICÉPIOL

## No 938 TRICÉPIOL COMPOSÉ

Préparations de trisilicate de magnésium hydraté standardisées selon la méthode de Mutch.



Le Tricépiol et le Tricépiol Composé sont efficaces dans le traitement des ulcères peptiques, de l'hyperacidité gastrique et de la dyspepsie fonctionnelle. Ils possèdent un pouvoir adsorbant et antiacide considérable et sont d'une innocuité parfaite.

- **ACIDITÉ GASTRIQUE**  
Effet immédiat  
Effet prolongé  
Effet localisé
- **ACTION ISOLANTE SUR L'ULCÈRE**  
Très grande
- **SPASME GASTRO-INTESTINAL**  
Soulagement
- **FONCTION GASTRO-INTESTINALE**  
Aucun dérangement
- **ALCALOSE TOXIQUE**  
Absence complète
- **RÉSULTATS CLINIQUES**  
Excellents

**No 937 TRICÉPIOL** — chaque cuillerée à thé moyenne contient 35 grains de trisilicate de magnésium hydraté, dans un véhicule composé de pectine, de glucose médicinal et de sucre.

**No 938 TRICÉPIOL COMPOSÉ** — chaque cuillerée à thé moyenne contient: Trisilicate de magnésium hydraté, 35 grains; sulfate d'atropine, 1/500 grain; phénobarbital, 1/8 grain, dans un véhicule composé de pectine, de glucose médicinal et de sucre.

*Bouteilles de 5½ onces.*

### AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITÉE

Biologistes et Pharmaciens

MONTREAL

CANADA

dans les jardins zoologiques chez les singes, sont très probants, quant à la valeur du B. C. G. Chez les bovidés, comme chez les singes on a l'avantage d'empêcher tout contact des petits avec la mère infectée. A Paris, nous avons l'œuvre des « Placements des tout petits », mais naturellement, beaucoup de mères ne veulent pas se séparer de leurs enfants. William Park, aux Etats-Unis, présente des statistiques intéressantes. La première année, sur 269 enfants vaccinés par le B. C. G., il en a eu une mortalité de 1.6% et sur 345 témoins, la mortalité a été de 6.1%. Durant la deuxième année, la mortalité a été nulle pour le premier groupe et a été de 2.4% pour le deuxième groupe. La vaccination par voie buccale a été la plus employée. Elle consiste dans l'ingestion de 1 centigramme de B. C. G. dans les premiers jours qui suivent la naissance. La voie sous-cutanée donne des résultats plus démonstratifs et une plus grande sécurité. On injecte de 1/100 à 1/25 de milligramme. Chez certains sujets, elle peut avoir l'inconvénient de produire de petits nodules au point d'injection. Tout de même, la vaccination sous-cutanée ne doit pas supplanter l'autre. Il faut diffuser la vaccination anti-tuberculeuse par tous les moyens, mais il faut aussi mener la lutte sociale anti-tuberculeuse avec la plus grande opiniâtreté. C'est la seule garantie de succès.

### Discussion.

M. LANDRY (Everett, Mass.) Quelle est la durée de l'immunité par le B. C. G? C'est un point difficile à préciser. Surtout chez les enfants issus de parents tuberculeux, il faut faire de nouvelles vaccinations et conduire la lutte sociale anti-tuberculeuse.

M. LAPOINTE (Ottawa, Ont.) En Ontario, on fait à grands frais les cuti-réactions chez les instituteurs pour compléter les examens cliniques. On recherche surtout les sujets à cuti-réaction positive pour les éliminer. Si les sujets à cuti-réaction positive sont tuberculinisés, il sera plus difficile pour eux de contracter la maladie pour la répandre que ceux dont la cuti-réaction est négative. C'est une question compliquée. Les individus allergiques peuvent être des porteurs de petites lésions, ou porteurs non infectés crachant des bacilles et partant dangereux pour les enfants. Les sujets non allergiques peuvent être un terrain propice à la tuberculose. Ils ne sont pas dangereux pour les enfants, mais sont plus exposés eux-mêmes.

Je m'excuse auprès des conférenciers pour ce compte rendu si imparfait. Les erreurs qui ont pu s'y glisser sont tout à fait involontaires.

Ulysse FORGET,  
secrétaire adjoint.  
(Worcester, Mass.).

## LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 4 octobre 1938

Tenue à l'Université de Montréal

Présidence de M. Léon GERIN-LAJOIE

### Le diagnostic des ictères

M. J.-A. MOUSSEAU

Le rapporteur distingue 3 grands types d'ictères: hémolytique; par hépatite toxique ou infectieuse; par obstruction de la voie biliaire principale.

L'ictère hémolytique présente les caractéristiques suivantes: le début est précoce et pro-

gressif, sans signes d'intoxication biliaire; les matières fécales ne sont jamais décolorées; les urines ne contiennent pas de pigments biliaires; le foie s'hypertrophie légèrement, mais la rate est très nettement augmentée de volume; l'état général peu atteint; enfin l'examen du sang, révèle d'importantes lésions sanguines, et une auto-agglutination des hématies.

Des deux autres types d'ictères, il en est qui sont de diagnostic facile, ce sont les ictères catarrhaux, infectieux et par obstruction mécanique. L'ictère catarrhal se reconnaît facilement, surtout si l'on tient compte d'un si-



## QUATRE POINTS

à considérer dans

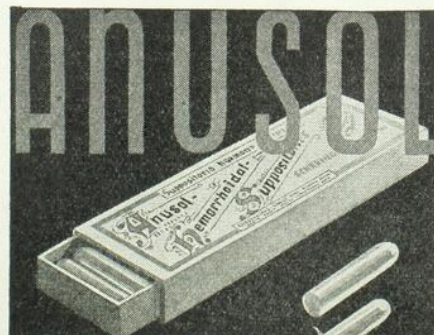
# LA THÉRAPIE HÉMORROÏDALE

Efficacité thérapeutique, sécurité, absence de tout effet accessoire ou organique, commodité — voilà les quatre points qui caractérisent les SUPPOSITOIRES ANUSOL.

La douleur et le malaise sont soulagés par le décongestionnement et non par des narcotiques, des analgésiques ou des substances anesthésiques. Les Suppositoires Anusol ont des qualités protectrices et calmantes, parce que les ingrédients qu'ils renferment sont incorporés dans un corps émoullent. Les Suppositoires Anusol ne contiennent pas de belladone, pas d'adrénaline, pas d'éphédrine — rien qui puisse causer une réaction organique. Et leur forme permet leur introduction sans qu'il y ait possibilité de traumatisme. À tous points de vue, l'emploi des Suppositoires Anusol est tout indiqué pour le traitement médical des hémorroïdes. Ce genre de thérapie a définitivement fait ses preuves.

WM. R. WARNER CO., Ltd.  
727 King St. W. - Toronto, Ontario

• Les Suppositoires Anusol sont vendus en boîtes de 6 et de 12. Un échantillon d'essai sera envoyé à titre gracieux. Faites-en la demande sur votre papier à en-tête.



gne important: la réduction de la quantité des urines. La guérison de cet ictère se reconnaît par la crise polyurique et la récoloration des matières. L'ictère infectieux s'en diffère par son début brusque, la température très élevée et une atteinte profonde de l'état général. L'ictère par obstruction mécanique se distingue des précédents par l'absence de fièvre au début, les antécédents de crise hépatique et l'hépatomégalie progressive.

De diagnostic plus difficile est la forme prolongée de l'ictère catarrhal, ainsi que l'ictère par obstruction de cause médicale (cholédocolithes); cependant il peut être grandement facilité dans ces cas par des examens de laboratoire tels que le tubage duodénal, l'épreuve de la galactosurie et celle de la diurèse provoquée. Dans un type d'ictère à diagnostic difficile enfin, il faut noter les hépatites ictéri-gènes au cours desquels ces épreuves d'insuffisance hépatiques sont très troublées.

Conclusion. Le diagnostic et les indications thérapeutiques, au cours d'un ictère, sont très intimement liés. Un bon diagnostic peut guérir l'ictère, un faux diagnostic entraîne la mort. Les épreuves de laboratoire jouent un rôle très important dans la classification des ictères; elles permettent de préciser le diagnostic et doivent toujours se joindre à la clinique.

#### Le traitement médical des ictères

M. Jean LeSAGE

En matière de diététique, le point capital est d'éliminer de l'alimentation les graisses, les œufs et les crèmes. L'administration des hydrates de carbone est à recommander, surtout au cours des rétentions biliaires, ainsi que les cures d'eau lactosée dans les ictères infectieux.

Médication désinfectante. On doit convenir maintenant que le salicylate de soude et l'urotropine n'ont pas l'efficacité qui leur ont été attribuée. On obtient de meilleurs résultats en alcalinisant la bile, soit par l'atophan et les sels biliaires, soit par des injections intraveineuses de bicarbonate de soude.

Opothérapie hépatique. Surtout dans les cirrhoses avec ictères.

Médication cholalogue. L'huile d'olive, à la dose de 50 à 60 grammes, ne doit pas perdre ses droits, car elle est assez constante dans ses effets. Mais si l'on veut écourter l'évolution d'un ictère et surtout empêcher la résorption d'une bile infectée, on aura recours au tubage duodénal, en se servant, pour amorcer le drainage, d'une solution soit de sulfate de magnésie, soit de peptone, soit d'huile d'olive.

Les cholérétiques. A part les sels biliaires et l'atophan, il est des cholérétiques à action directe, tels que les phénols et l'oléate de soude, et enfin les végétaux: la camomille, la laitue, la chicorée, le pissenlit et surtout l'artichaut; le romarin, le thym, la mélisse, la menthe, etc... Parmi les cholérétiques à action indirecte, on note la sécrétine, le sulfate ou le chlorure de magnésium, et surtout les eaux minérales, bicarbonatées sodiques tels les divers types d'eau de Vichy.

En conclusion, c'est au médecin de choisir tel ou tel médicament selon l'intensité de l'excrétion biliaire qu'il veut obtenir: les cholalogues, lorsqu'il s'agit surtout des voies biliaires extra-hépatiques, de la vésicule; les cholérétiques pour ictère avec congestion hépatique sans atteinte des voies biliaires. Il faut se rappeler que le drainage ne s'adresse pas seulement au foie et aux voies biliaires, mais à tout le système lymphatique et lacunaire. Aussi faut-il prolonger le drainage médical et varier les différentes médications durant l'évolution d'un ictère, afin d'atteindre aussi bien le foie et la voie intestinale que l'organisme en action derrière le foie, derrière la barrière hépatique.

#### Discussion:

M. St-Jean DESROSIERS rappelle le danger des altérations du parenchyme hépatique, dans un organe chargé d'épurer l'organisme des microbes: hépatites d'élimination. Les ictères apyrétiques et paraissant peu graves doivent être surveillés étroitement, à cause de la possibilité de complications et de l'atteinte de l'état général. Il dit les bons résultats du sérum glucosé, et parfois aussi de l'insuline, dans les cas d'ictères chez lesquels on doit in-



## MODERNE DANS SON CONCEPT ...éprouvé quant à sa valeur thérapeutique

Le Glycolixir a reçu, comme agent thérapeutique, l'approbation de nombre de médecins. Ce produit se distingue nettement de toutes les autres substances soi-disant "toniques". Son effet est strictement physiologique et ses deux actions principales — désintoxication et épargne des muscles — sont démontrables physiologiquement et biochimiquement.

Le Glycolixir est un composé, agréable au goût, de Glycocoll de Squibb.

On l'a perfectionné à la suite d'expériences de clinique et de laboratoire poussées à fond et qui ont établi la valeur du glycocoll au point de vue de "l'épargne des protéines". Il est indiqué dans le traitement des affections de longue date, opiniâtres, réfractaires: asthénie non spécifique, amaigrissement, tendance à la fatigue, anorexie, nervosité, enfin, pour le patient "fatigué".

### En vente sous deux formes de dosage très agréables à prendre

**Elixir** — Une cuillerée à soupe présente 1.85 Gm. de glycocoll dans un mélange spécial de vin fin. Dose moyenne pour adultes: trois cuillerées à soupe tous les jours.

**Comprimés** — Les comprimés présentent 1.0 Gm. de glycocoll chacun. Ils sont agréablement aromatisés et de couleurs distinctives. Utiles, également, dans les cas où l'alcool, dans l'élixir, pourrait ne pas être désirable. Dose moyenne pour adultes: deux comprimés, trois fois par jour.

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

**E·R·SQUIBB & SONS OF CANADA, Ltd.**

Fabricants de Produits Chimiques pour le Corps Médical depuis 1858.

tervenir chirurgicalement. Quant aux médications, il est à souhaiter de ne donner rien qui soit trop énergique, dans la crainte de déséquilibrer la fonction hépatique déjà si impressionnable.

### Traitement chirurgical des ictères

M. J.-U. GARIÉPY

M. J.-U. Gariépy est invité à donner ses vues sur le traitement chirurgical des ictères. Il insiste sur la nécessité d'une coopération médico-chirurgicale étroite dans les cas d'ictères. L'indication opératoire se pose chez tous ces malades accusant les uns des douleurs répétées ou prolongées, les autres des troubles digestifs sérieux et une atteinte grave de l'état général, et cela à plus forte raison lorsqu'il existe des signes radiographiques nets. M. Gariépy dit les heureux effets que donne la dérivation de la bile dans le duodénum, ainsi que les bons résultats des transfusions sanguines dans l'ictère hémolytique.

Le Secrétaire,  
G.-A. SEGUIN.

### Séance du 8 novembre 1938

#### Tenue à l'Université de Montréal

Présidence de M. Léon Gérin-Lajoie

#### Le bacille de Koch et l'infection tuberculeuse chez l'homme

LE DOCTEUR LEOPOLD NEGRE,  
(Chef de Laboratoire à l'Institut Pasteur de Paris)

Il est avéré que certains faits peuvent rendre les individus plus ou moins sensibles à l'infection tuberculeuse ou imprimer à l'allure clinique de cette dernière des caractères spéciaux.

Les sujets déjà parasités par le bacille de Koch sous forme d'une infection latente décelable par les réactions tuberculiques sont beaucoup plus résistants à la tuberculose que les sujets indemnes de cette infection latente. C'est ce qui a pu faire croire que

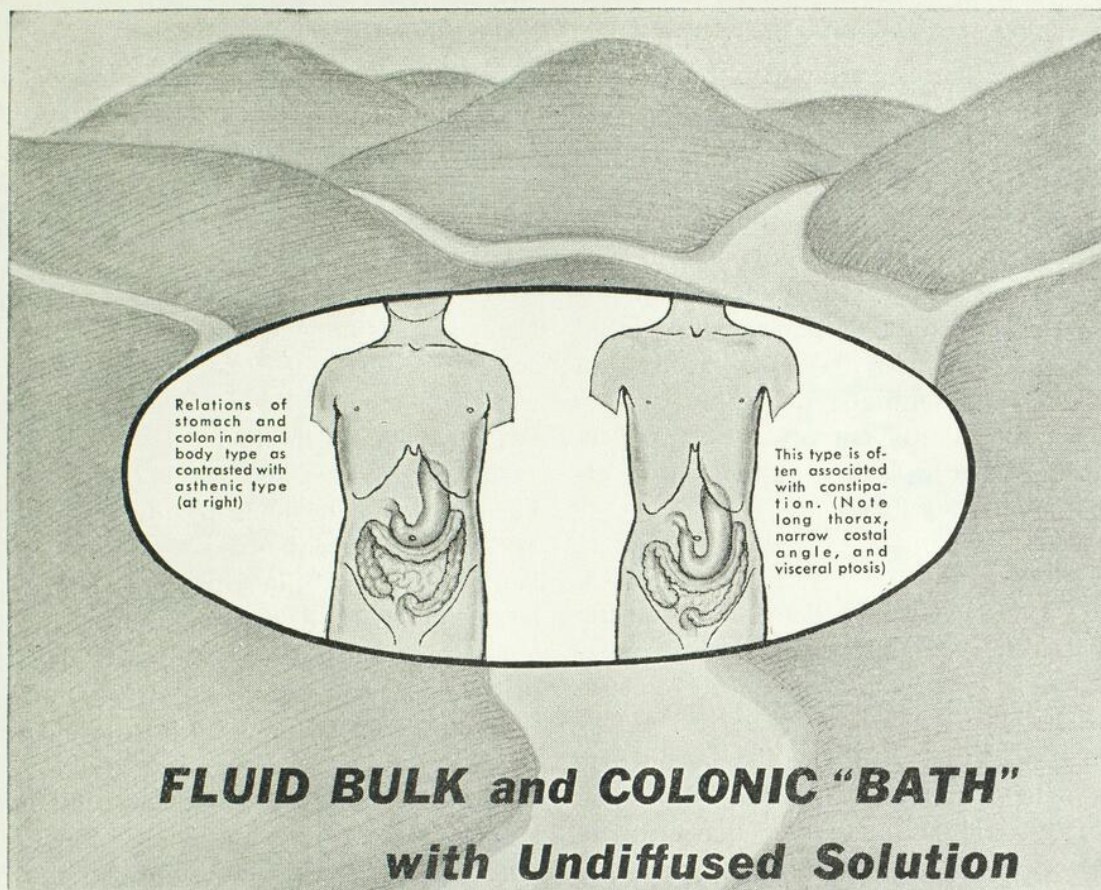
la tuberculose est héréditaire. En effet, les tout jeunes enfants sont particulièrement exposés à se contaminer au contact des malades parce qu'en général ils naissent vierges de toute infection. Au contraire, les adolescents et les adultes qui ont plus de chances de s'infecter légèrement et ainsi de s'immuniser sont beaucoup plus résistants que les enfants.

Pour ce qui est des variations de virulence du virus tuberculeux et l'influence du terrain, il est facile de se rendre compte expérimentalement que les conditions de milieu, aussi bien *in vivo* qu'*in vitro*, peuvent influencer le développement d'une souche bacillaire et même, dans certains cas, son pouvoir pathogène. Les bacilles tuberculeux cultivés en milieux pauvres perdent leur acido-résistance et leur virulence. Celle-ci reparaît lorsque ces germes seront réensemencés sur les milieux habituels. Les liquides spécifiques et non spécifiques activent le développement des lésions tuberculeuses. La vitamine C paraît augmenter la résistance de l'organisme à l'infection tuberculeuse.

Ces faits sont corroborés par les observations cliniques, en particulier pour ce qui concerne la cure hygiéno-diététique. Il semble aussi que certains régimes alimentaires peuvent dans certains cas améliorer les lésions externes. Par contre, les populations soumises à des restrictions alimentaires semblent plus sensibles à l'infection tuberculeuse. Tous les cliniciens sont d'accord sur le fait que le diabète, les grossesses rapprochées, les causes d'épuisement, certaines maladies aiguës peuvent provoquer le réveil de lésions anciennes ou aggraver une tuberculose en cours d'évolution.

Aux différentes phases de son évolution, le bacille, cette fois, peut avoir aussi des propriétés pathogènes différentes, et certaines affections à allure torpide, qui paraissent d'après leurs lésions histologiques et leur allure de nature tuberculeuse, seraient déterminées par des caractères spéciaux de leur virus, ou de certaines conditions du milieu interne.

Comme application pratique au point de vue de la prophylaxie et du traitement de la



## *Masse de liquide et 'Lavage' du côlon avec une solution non diffusée*



Le liquide pris avec Sal Hepatica n'est que partiellement absorbé. Sal Hepatica fournit ainsi une masse liquide qui provoque le péristaltisme intestinal et assure un lavage complet de l'intestin.

Sal Hepatica assure le bon fonctionnement du tube digestif sur toute sa longueur. Les alcalins minéraux neutralisent l'excès d'acidité gastrique sans nuire au bon fonctionnement de l'estomac. L'écoulement de la bile dans le duodénum est augmenté par son action cholagogue et laxative.

Sal Hepatica produit les mêmes effets que les eaux minérales réputées. Il constitue une savoureuse boisson effervescente.

*Échantillons et littérature envoyés sur demande.*

## **SAL HEPATICA**

*Nettoie le tube digestif et aide la nature à combattre l'acidité gastrique.*

**BRISTOL MYERS CO., - 1241-F, rue Benoît Montréal, Canada**

tuberculose, de tous les faits passés en revue, il faut insister sur les principaux points suivants:

la surveillance de l'hygiène et de l'alimentation des enfants a une importance encore plus grande que celle qu'on soupçonne;

la lutte contre le microbe doit surtout être réalisée par la séparation des enfants du milieu contaminé (œuvre de placement familial des tout-petits), par la vaccination au moyen du BCG (clinique du BCG), par le dépistage et le traitement précoces, qui permettent d'agir sur les lésions au moment qu'elles sont le plus curables.

#### Discussion.

M. G. MIGNAULT se demande pourquoi une péritonite avec ascite guérit par l'exposition à l'air, alors qu'une plaie tuberculeuse dans les mêmes conditions ne guérit pas.

M. NEGRE y voit là un phénomène d'adaptation, le microbe de la peau accoutumé à l'air ne réagit pas aussi bien que celui de l'abdomen, lequel ne se trouve pas dans les mêmes conditions.

M. J.-E. DUBE. La baisse notable dans la mortalité par la tuberculose, telle qu'observée aux Etats-Unis depuis 50 ans, ne serait-elle pas due, d'une part à des conditions économiques meilleures, et d'autre part, à l'isolement dans de très nombreux sanatoria?

M. NEGRE. Les sanatoria certes sont indispensables, quoique leur indication ne se pose que dans des cas bien déterminés et que le pourcentage des guérisons y soit infime. De l'avis de M. Nègre, la lutte contre la tuberculose est avant tout affaire de prophylaxie et de vaccination.

M. P. LETONDAL demande des précisions sur le mode d'administration du BCG et ses résultats, ainsi que l'opinion de M. Nègre sur l'opportunité de la généralisation et l'extension de la méthode.

M. NEGRE. Chez les animaux, la voie buccale donne de bons résultats si le vaccin est donné en quantités suffisantes. Chez l'enfant, il ne faut pas se fier à l'allergie pour confirmer ou infirmer l'excellence des résultats; on n'a qu'à répéter les prises de vaccin pour obtenir une immunisation plus solide. La voie parentérale semble être la plus sûre.

M. Nègre se dit absolument convaincu de l'innocuité de la vaccination par le BCG, car après des milliers d'innoculations il n'a jamais observé de reprise de virulence. De plus, il n'y a pas de raison de limiter la vaccination aux enfants que l'on sait exposés, car nombreux sont ceux qui se contaminent à des sources de contagion inconnues.

Le secrétaire,

G. A. SEGUIN.

# **POUR PLUS DE SURETÉ**

**Dans le traitement arsenical de la syphilis**

**5 0 0 , 0 0 0**

**1 , 0 0 0 , 0 0 0**

**2 , 0 0 0 , 0 0 0**

**3 , 0 0 0 , 0 0 0**

**5 , 0 0 0 , 0 0 0**

**INJECTIONS DE MAPHARSEN**

**ADMINISTRÉES**

**SANS AUCUN ACCIDENT**

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

Le Mapharsen (oxyde de méta-amino-para-hydroxy-phénylarsine) est présenté en ampoules individuelles de 0 gr. 04 et 0 gr. 06 avec ou sans eau distillée — et en ampoules de 10 doses contenant 0 gr. 4 ou 0 gr. 6 — pour usage dans les hôpitaux ou les cliniques.

**PARKE, DAVIS & CIE - MONTREAL, QUÉ.**

Les plus grands manufacturiers de Produits Pharmaceutiques et Biologiques au Monde.

## REVUE DES LIVRES

---

**Les Annales Médico-Chirurgicales de l'Hôpital Sainte-Justine**, tome 3, n° 1, mai 1938.

Continuant la tradition maintenant solidement établie, l'hôpital Ste-Justine offrait en mai dernier au public médical, le recueil des principaux travaux poursuivis par ses médecins durant l'année.

Les Annales de mai '38 comportent 13 articles de médecins de la Maison, et 4 sont dus à des médecins-internes.

Les sujets traités ressortissent à des aspects très variés de la pédiatrie: médical, chirurgical, anatomo-pathologique, bactériologique, radiologique et social. Ces travaux comprennent des études sur la poliomyélite, la réaction leucocytaire au cours des infections, certaines affections chirurgicales abdominales, l'ostéomyélite du nouveau-né et du nourrisson, le radiodiagnostic précoce, la cataracte congénitale, la réaction à la tuberculine, la leucémie myéloïde, le syndrome abdominal dû au diverticule de Mackel, le B. C. G., la jeunesse délinquante et la sclérose en plaques. Les 4 observations des médecins-internes ont trait à un cas de diarrhée prandiale du nourrisson, d'ostéo-arthrite coxo-fémorale tuberculeuse, d'une méningite séreuse compliquant une pneumonie, et de saturnisme infantile.

Ces diverses contributions sont clairement exposées, bien documentées, et pourvues d'une abondante icinographie. Plusieurs travaux constituent des aperçus originaux.

Il convient de féliciter le bureau médical de Ste-Justine et son Directeur de continuer la belle initiative de la publication des Annales. Ceux qui ont l'expérience des publications médicales savent les difficultés insoupçonnées qu'il faut vaincre pour réaliser un journal dont la rédaction est confiée à une collaboration. Nous souhaitons qu'à Ste-Justine on ne se lasse pas de ces disciplines, et nous espérons revoir en mai prochain une livraison aussi intéressante et aussi bien présentée.

J. S.

**Le souffle systolique.** Par J. WALSER. Leçons de Cardiologie sous la direction de Charles Laubry. Doin, édit., 1938.

Le chapitre des souffles systoliques est l'un des plus importants de la sémiologie cardiaque. Leur fréquence, leur apparition dans des conditions très différentes, leur importance souvent primordiale dans le tableau stéthoscopique, les difficultés que peut soulever leur interprétation, en font dans bien des cas l'élément essentiel du diagnostic et du pronostic. C'est dire qu'on ne saurait leur accorder trop de valeur et partant trop s'attacher à leur étude.

Comment *naît un souffle systolique?* Pour Weber, à la vibration des parois au niveau d'un changement brusque de calibre, vibration due à une accélération du courant ainsi qu'à une action propre au rétrécissement; pour Chauveau, à la vibration d'une veine liquide formée par le sang passé avec une certaine force d'une partie étroite dans une partie plus large; pour Marey, à la vibration de la paroi sous l'influence des oscillations périodiques de pression.

Les souffles *systoliques* relèvent, ainsi que MM. Laubry et Pezzi l'ont montré, des vibrations de la paroi sous le heurt d'une veine liquide formée par le passage du sang, sous une certaine pression, d'un segment étroit dans une partie plus large. Les souffles *organiques* relèvent d'altérations valvulaires, cicatricielles ou inflammatoires, ainsi que des pertuis anormaux entre les ventricules ou entre les gros vaisseaux de la base. Les souffles *systoliques fonctionnels* reconnaissent le même mécanisme. La veine liquide se forme au niveau des valves auriculo-ventriculaires incomplètement fermées lors de la systole et va se briser contre la paroi auriculaire. Mais la béance valvulaire relève d'une hypotonie myocardique qui fait que la contraction ventriculaire manque à son rôle de serrage sur le joint valvulaire. Enfin, les souffles systo-

N

I

M

E

H

C

A

U

C

H

E

M

I

N

S

E

D

I

T

I

O

N

S

E

D

Docteur,

Savez-vous que la Librairie Beauchemin a été fondée en 1842? Que depuis près de cent ans elle a participé à la conservation de notre patrimoine français? Qu'elle a collaboré au développement de la langue française au Canada par la publication annuelle de nombreux livres scolaires, livres médicaux, romans, traités scientifiques?

Elle est la seule maison canadienne-française possédant des ateliers parfaitement organisés pour l'impression de volumes et publications de toutes sortes.

Dans toutes nos éditions nous nous efforçons de donner un travail irréprochable. Si vous avez un livre à publier, qu'il soit médical ou autre, n'hésitez pas à nous consulter. Notre personnel compétent est à votre entière disposition pour vous offrir tous les renseignements dont vous pourriez avoir besoin.

Nous imprimons votre revue « L'UNION MÉDICALE » depuis de nombreuses années, et nous visons à l'améliorer par la bonne présentation des annonces et des articles.

Envoyez-nous vos suggestions et nous essaierons de les mettre en pratique.

A vous lire, veuillez agréer, Docteur, nos remerciements pour l'attention que vous avez portée à ces quelques lignes, et croyez-nous,

Vos tout dévoués,

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

Nos catalogues vous seront envoyés sur demande.



liques *anorganiques*, intra-cardiaques, relèvent des remous et des tourbillons normalement créés dans les cavités ventriculaires mais amplifiés par des conditions d'accélération circulatoire, par des modifications physiques du sang au point de donner naissance à des vibrations de la paroi ou des cordages, audibles sous la forme d'un souffle.

Ce mécanisme de production des souffles systoliques n'a pas qu'un intérêt théorique. Il nous renseigne, nous allons le voir, sur les caractères propres à ces souffles et en particulier sur leur force, leur siège et leur propagation.

### I. FORCE.

La force d'un souffle systolique organique dépend étroitement des conditions qui donnent naissance à la veine liquide et des qualités de la paroi mise en vibration par le choc de cette veine.

a) Conditions en rapport avec la veine liquide.

L'importance de la veine liquide dépend de l'énergie ventriculaire. Lorsque celle-ci vient à faiblir, les souffles s'affaiblissent ou disparaissent. En second lieu interviennent les caractères de l'obstacle réalisant un changement brusque de calibre. L'expérience montre que l'intensité d'un souffle donné n'est nullement proportionnelle à l'importance de la lésion responsable. En troisième lieu se place l'importance de la diminution de pression en aval de la stricture. Plus la différence entre les pressions d'amont et d'aval sera considérable, plus facilement se formera et se propagera la veine liquide.

b) Conditions en rapport avec la paroi.

Les conditions anatomiques qui rapprochent de l'oreille ou l'en éloignent la paroi frappée par la veine liquide, interviennent elles aussi; mais surtout les qualités de cette paroi jouent un rôle important. Puisque c'est la paroi, frappée par la veine liquide, qui entre en vibration pour donner naissance au souffle, il est évident qu'une paroi scléreuse, dont le coefficient d'élasticité est augmenté, vibrera plus facilement qu'une paroi souple,

au même titre qu'il est plus aisé de faire vibrer un tube d'acier qu'un tube de caoutchouc.

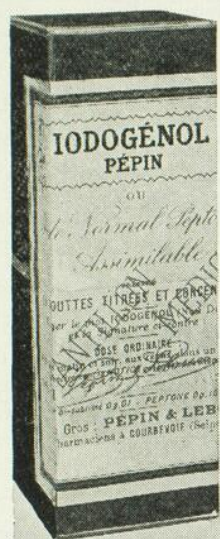
### II. SIÈGE.

Le mécanisme de production du souffle éclaire aussi les conditions qui président à son siège et à sa propagation maxima. Puisque le souffle naît des vibrations de la paroi cardio-vasculaire au point où la veine liquide vient la percuter, c'est en ce point que le souffle doit avoir son maximum. En réalité, de multiples conditions peuvent éloigner de l'oreille la paroi vibrante au point où celle-ci se projette sur le thorax. Pour prévoir le siège de perception maxima du souffle, il faut s'en référer aux conditions de sa propagation et déceler la région du thorax où cette propagation rapprochera au maximum la paroi qui vibre et l'oreille qui ausculte.

### III. PROPAGATION.

De même que le souffle est dû à la vibration de la paroi frappée par la veine liquide, de même c'est par la paroi que se fera sa propagation à distance, et ce, non seulement dans le sens du courant, mais encore dans la direction opposée. Dès lors, tout s'éclaire. Le souffle d'insuffisance mitrale s'entend à la pointe parce que les vibrations de la paroi auriculaire, au point où elles se produisent, restent inaccessibles à l'oreille, tandis que, transmises à tout le cœur par continuité de tissu, elles arrivent à la pointe où il est aisé de les percevoir. Si l'aire de perception du souffle mitral s'élargit, englobe la région endo-apexienne, c'est qu'une augmentation du volume ventriculaire permet un rapport plus étendu du ventricule gauche avec la paroi thoracique. Si le souffle se propage dans l'aisselle, c'est que les vibrations de la pointe sont recueillies et transmises par les côtes, le tissu osseux étant excellent conducteur des sons. Si le souffle s'étend dans le dos, dans l'espace inter-scapulo-vertébral gauche, c'est que l'oreillette gauche, augmentée de volume, se rapproche de la paroi et de la colonne vertébrale. L'épaisseur du tissu pulmonaire in-

Toutes les Indications de  
l'IODE et des IODURES



**IODOGÉNOL**  
**PÉPIN**

Pas d'Iodisme

AGENT GÉNÉRAL : J. EDDÉ L<sup>td</sup> - MONTRÉAL

**TONIQUE DE L'ORGANISME**

REMINÉRALISANT

■ RECALCIFIANT



**GAUROL**

AMPOULES

COMPRIMÉS

GRANULÉ

AGENT GÉNÉRAL : J. EDDÉ L<sup>td</sup> - MONTRÉAL

terposé diminue et ne met plus obstacle à la perception des vibrations de l'oreille.

Le souffle systolique pulmonaire se propage suivant l'axe de l'infundibulum, c'est-à-dire vers la clavicule gauche, mais l'artère pulmonaire s'enfonce immédiatement dans le thorax et c'est dans le dos, en éventail centré par le rachis, que le souffle a sa propagation la plus nette.

Paul MORIN.

**La syphilis du système nerveux.** Par A. SEZARY. Masson et Cie, Paris, 1938. 288 p.

Il y a deux formes bien différentes de la syphilis nerveuse; l'une, primitivement artérielle ou méningée, où les lésions des centres nerveux sont secondaires; l'autre, primitivement parenchymateuse, où les lésions vasculaires et méningées nous paraissent secondaires; cette distinction est capitale.

Le liquide céphalo-rachidien est ou peut être normal si la syphilis est due à une lésion artérielle: hémiplegie spécifique par artérite de la sylvienne, c'est-à-dire due à une lésion inflammatoire ou gommeuse des parois artérielles amenant une oblitération de cette artère par thrombose, d'où ramollissement cérébral.

Dans le tabès évolutif ou la P. G., il y a une leucocytose de 10 à 80 éléments figurés et l'on trouve parmi les leucocytes des plasmocytes. Dans les lésions superficielles, à pronostic bénin, il n'y a que les lymphocytes et des mononucléaires. L'hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien varie entre 0.40 à 0.50 etg. Le B. W., est toujours positif dans la paralysie générale. Dans le tabès invétéré (20 ans), le liquide céphalo-rachidien et le B. W., sont normaux. Dans le tabès évolutif peu ancien, le B. W. est positif le plus souvent.

La paralysie générale est une maladie spontanément incurable et vouée à la mort en 2 ou 3 ans, si non traitée, tandis que le processus évolutif du tabès peut spontanément s'éteindre.

La ponction lombaire faite, c'est dans le plus bref délai possible qu'il faut faire les a-

nalyses de laboratoire pour rechercher la leucocytose: voici une chose importante qui demanderait à être mise en pratique plus couramment.

Au début de la syphilis secondaire le B. W., du L. C. R., est toujours négatif sauf si le malade présente des signes cliniques d'une méningite diffuse ou circonscrite, ou d'une lésion nerveuse intéressant à la fois le parenchyme et les méninges (névrite bulbaire, névrite radiculaire, méningo-myélite).

Il vaut mieux, si l'on veut retarder, chez un syphilitique, l'échéance des complications nerveuses, ne pas le traiter du tout que de lui faire un traitement insuffisant. L'existence de signes tabétiques discrets chez un P. G. est fréquente, mais il est rare qu'un tabès avéré survienne chez un P. G., d'autre part, la réaction B. W. n'est pas constante dans le tabès, tandis qu'elle ne fait jamais défaut dans la P. G.

Les traitements mixtes conjugués sont les plus puissants que nous possédions aujourd'hui pour lutter contre l'infection syphilitique et contre certaines de ses déterminations nerveuses; l'auteur est un fort partisan de l'arsénic pentavalent qui serait le seul produit chimique actif dans la P. G.; il s'agit de savoir le donner aux doses efficaces et de connaître les contre-indications: l'insuffisance rénale et hépatique, la cachexie, la sénilité, l'alcoolisme et une lésion antérieure du nerf optique. La névrite optique de l'arsénic trivalent ne relève pas d'une névrite toxique, mais d'une réactivation d'une lésion syphilitique latente du nerf optique. L'arsenic pentavalent est au contraire un poison dangereux pour le nerf optique et il faut un contrôle judicieux et fréquent du fond de l'œil lorsqu'on emploie le stovarsol sodique ou le tryparsamide.

Voilà donc une foule de choses intéressantes qui nous sont dites dans ce volume où l'auteur, s'appuyant sur une longue expérience et sur des méthodes de contrôle très étroitement appliquées, nous fait connaître ce qu'il faut et ne faut pas faire pour traiter et prévenir la syphilis nerveuse.

Dr Alcide PILON.

# TRÉPHONYL

Sérum hémopoiétique - Foie fœtal - Tréphones embryonnaires

## FLACONS - AMPOULES

## SIROP

Anémies intenses  
Convalescences  
Déficiences organiques  
Troubles de la croissance  
Allaitement

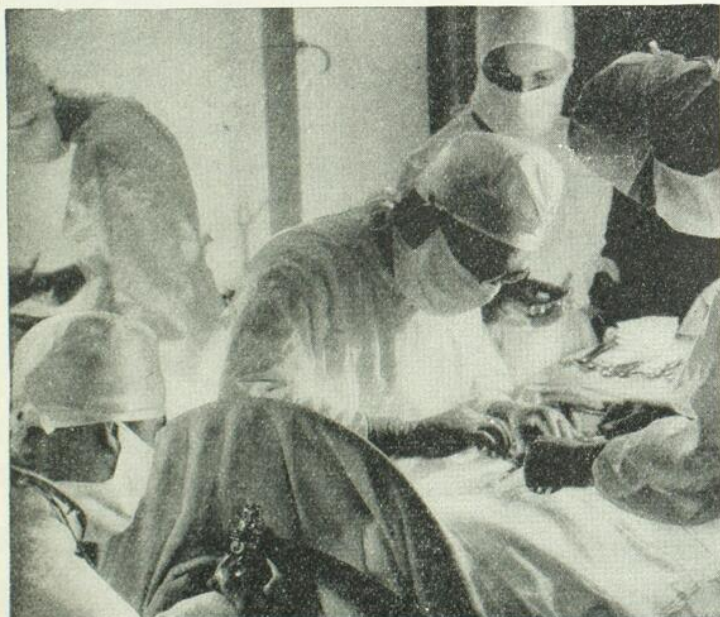
1 à 2 ampoules par jour dans 1/4 de verre  
d'eau, par voie buccale loin des repas.

1 cuillerée à potage (enfants une cuillerée  
à café) avant les trois principaux repas.

Laboratoires du D<sup>r</sup> ROUSSEL, 97, rue de Vaugirard, PARIS

Agents pour le Canada : J. EDDÉ L<sup>ée</sup>, New Birks Bldg., MONTRÉAL

## LES SUTURES ETHICON



Le choix des catguts requiert le même soin minutieux qu'apporte le chirurgien aux ligatures et aux sutures durant l'intervention.

Il est clair que dans la technique opératoire, c'est la plaie qui importe d'abord, mais les catguts ont aussi leur importance, car le praticien doit pouvoir s'y fier entièrement.

La science chirurgicale et l'art de faire les sutures se complètent par l'emploi de catguts appropriés à la fin à laquelle on les destine. Si la technique de leur emploi est un art, leur fabrication constitue une science véritable. Les sutures doivent répondre à l'habileté du chirurgien.

*Johnson & Johnson*  
LIMITED MONTREAL

LES PLUS GRANDS FABRICANTS AU MONDE D'ARTICLES DE PANSEMENTS CHIRURGICAUX

**La pratique de la collapsothérapie en Phtisiologie.** Par M. PIÉRY et B. M. BOURDALLES. G. Doin, éditeurs, Paris.

Les Auteurs présentent dans cette deuxième édition l'étude de la collapsothérapie sous toutes ses formes. Encadrés par un sommaire et une bibliographie précieuse, les différents chapitres de la mécanique pulmonaire, des indications et contre-indications de la collapsothérapie, de la pratique de pneumothorax artificiel intra et extra pleural, de la thoracotomie et de la phrénicectomie passent sous nos yeux dans une clarté lumineuse.

La moitié de ce vade-mecum du phtisiologue, environ 150 pages, est consacrée aux com-

plications de la cure de Forlanini, de la collapsothérapie chirurgicale et à la revision des formes cliniques, des résultats, du pronostic et de l'organisation de la collapsothérapie.

En somme, pour être juste envers les Auteurs, il faut témoigner de la valeur de ce symposium thérapeutique, qui offre une source de renseignements, les plus exacts et les plus impartiaux, à l'étudiant, au praticien et au phtisiologue toujours anxieux de rencontrer l'occasion de meubler son esprit et sa bibliothèque.

J.-A. MILLET.

---

Messieurs les médecins sont invités à consulter les nombreux journaux, monographies et traités de médecine qui sont à leur disposition tous les jours de 9 a.m. à 5 p.m., le samedi de 9 à 11 a.m., au Secrétariat:  
326 est, boulevard Saint-Joseph.

PEPTO-KOLA ROBIN  
 PEPTONATE DE FER ROBIN  
 GLYCÉROPHOSPHATE ROBIN

**NUCLÉARSITOL ROBIN**  
 GRANULÉ - COMPRIMÉS - INJECTABLE  
 MALADIES DÉGÉNÉRATIVES ♦ ASTHÉNIE  
 TUBERCULOSE ♦ LYMPHATISME  
 LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

J. EDDÉ Limitée  
 Agent

**Leur excellence est reconnue  
 comme régime alimentaire  
 sucré.**

Ces sirops de maïs purs remplissent admirablement les fonctions d'hydrates de carbone dans l'alimentation des enfants et des femmes enceintes. Mélangés au régime lacté et de digestion facile, les sirops de maïs "CROWN BRAND" et "LILY WHITE" peuvent être employés en plus grande quantité que tout autre sucre, sans crainte de provoquer des troubles gastro-intestinaux. Vous pouvez avoir entière confiance dans la pureté de ces deux sirops de maïs renommés, parce qu'ils sont préparés dans des conditions les plus hygiéniques par les plus anciens fabricants de sirops de maïs au Canada.



**SIROPS de MAÏS**  
**EDWARDSBURG "CROWN BRAND"**  
**et "LILY WHITE"**

Manufacturés par THE CANADA STARCH COMPANY, Limited

Une étude de l'emploi et des avantages de ces fameux produits vous récompensera amplement. Nous avons à votre disposition, sans aucun frais:

1. Un petit calculateur de poche contenant les différents régimes d'enfants.
2. Un traité scientifique, sous forme de livret, sur l'alimentation des enfants.
3. Des tablettes de prescriptions.
4. Un intéressant petit livre sur les soins pré-nataux.
5. Un livret sur le produit "Dextrosol".

Veillez nous adresser le coupon ci-dessous et ces choses utiles vous seront adressées immédiatement.

The CANADA STARCH CO., Ltd.  
 Montréal

Veillez m'envoyer

- CALCULATEUR
- Livret: "LES SIROPS DE MAÏS DANS L'ALIMENTATION DES ENFANTS"
- TABLETTES DE PRESCRIPTIONS
- La brochure: "LA FEMME ENCEINTE"  
 La brochure: "DEXTROSOL"

Nom.....

Adresse.....

## NOUVELLES

---

### SYMPATHIES AU Dr ALBERT JUTRAS

Notre distingué collaborateur, M. Albert Jutras, médecin radiologiste à l'Hôtel-Dieu, vient de perdre son père, M. J.-A. Jutras, chirurgien dentiste, pratiquant à Montréal. Nous offrons à notre collègue nos sympathies les plus sincères.

---

### SOUTENANCE DE THESE

Le docteur **Armand Frappier**, directeur de l'Institut Microbiologique de Montréal, a soutenu une thèse d'agrégation à la chaire de bactériologie de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, le 2 novembre 1938. Le jury était composé de M. le docteur Pierre Masson, président; Roméo Boucher, J. A. Leduc, Albert de Guise, P. P. Gauthier.

Le sujet de la thèse du docteur Frappier était: « Evaluation quantitative, chez le cobaye vacciné avec le B. C. G., de l'hypersensibilité dermique à la tuberculose, avant et après l'épreuve virulente; et degré de résistance de cet animal à cette infection expérimentale ».

---

### LA CHIRURGIE DU CŒUR

La série des causeries sur la biologie, à l'Université de Montréal, a été inaugurée le 27 octobre par le docteur **Mercier-Fauteux**.

Ce dernier, au cours de son intéressante communication, a donné les résultats d'expérience qu'il poursuit depuis bientôt deux ans au département de physiologie expérimentale de l'Université McGill.

Les travaux de M. Fauteux ont surtout pour fin le traitement chirurgical de l'angine de poitrine par thrombose coronarienne.

---

### SECTION DE LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE AU SERVICE DE LA SANTE DE MONTREAL

On vient de créer cette nouvelle section au Service de la Santé de Montréal. Le docteur **Léo Ladouceur** en a été nommé directeur. Son but sera d'intensifier la lutte anti-tuberculeuse à Montréal et aussi de collaborer étroitement avec le Comité Provincial qui a entrepris récemment la même lutte dans toute la province de Québec.

---

### NOMINATIONS

Nous sommes heureux d'annoncer la nomination récente du docteur **Arthur Magnan** comme professeur agrégé à la chaire de gynécologie de l'Université de Montréal, et celle du docteur **Armand Frappier** comme professeur agrégé à la chaire de bactériologie.

Les docteurs **J.-P. Legeault**, **J.-E. Cartier**, **Léon Longtin** viennent d'être nommés assistants à titre hospitalier à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Nos sincères félicitations.

---

### COLLEGE ROYAL DES MEDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA

Réunion d'octobre à Ottawa

Les membres de cet important organisme médical canadien se sont réunis à Ottawa à la fin d'octobre, sous la présidence du docteur **Georges L. Young**, de Toronto.

Le docteur **Albert LeSage**, doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, a été nommé membre du Conseil en remplacement de feu le docteur **G. L. de Bellefeuille**. Parmi les nouveaux membres du Collège, il nous fait grand plaisir de relever les noms des docteurs **Paul Bourgeois** et **Jean Tremblay**, tous deux chirurgiens à l'hôpital Notre-Dame, de Montréal.

# WILSON et LAFLEUR (limitée)

## LIBRAIRES



Savy: Thérapeutique, 3 vol.

Lenormant: Diagnostic chirurgical, 4 vol.



Précis de diabète



Diagnostics Biologiques



Sergent: Exploration Radiologique



Barbellion: Blennorragie



May: Maladies de l'oeil



Iselin: Chirurgie de la main



Cabanès: Médecins amateurs



Larousse: Dictionnaire, 6 vol.



Ouvrages de littérature



**Paiements différés**



**10 ouest, rue St-Jacques (édifice Thémis)**

Pour renseignements: Tél.: HA. 1960

Nous offrons nos félicitations au docteur Albert LeSage et à ses deux jeunes collègues.

D'autre part, l'importance du Collège Royal s'impose de plus en plus à l'attention de la profession médicale du Canada. Il est actuellement en très grande partie constitué par des médecins de langue anglaise. Les nôtres s'y trouvent en minorité regrettable. Il serait d'intérêt commun que, dans un avenir prochain, nous y possédions une représentation numériquement satisfaisante. De cette seule façon les problèmes d'organisation et d'intérêts professionnels relevant de toute la médecine canadienne pourront y être étudiés non seulement par des délégués de langue anglaise, mais aussi envisagés par un groupe suffisant de représentants de langue française. Nos conceptions, nos opinions pourront ainsi être exposées et défendues avec solidité. A cet effet, on encourage des jeunes étudiants à subir dès maintenant et au cours de leurs études les épreuves préliminaires d'admission.

Quelques étudiants de nos facultés françaises, en nombre encore insuffisant, ont passé, cette année, ces examens avec succès.

Ils ont droit à nos félicitations et à notre appui moral.

Nous nous empressons de mentionner leurs noms: Joseph Brissette, Québec; J. M. Grandbois, Québec; André Jacques, Saint-Emery de Beauce; Laurent Pesant, Sainte-Dorothée; Joseph J. Cholet, Montréal.

Cinq Canadiens français seulement sur vingt-huit! Proportion insuffisante.

Espérons qu'elle s'amplifiera aux prochaines épreuves.

Il est du devoir de nos facultés de médecine d'instruire leurs étudiants sur l'existence du Collège Royal, sur l'importance, dans l'intérêt de tous les médecins de langue française du Canada, d'en faire partie, et sur la plus grande facilité de subir les épreuves d'admission en les passant graduellement au cours de leurs études.

La participation active des nôtres, dans quelque domaine que ce soit, est et sera tou-

jours le facteur primordial du respect de nos droits et de l'appréciation exacte de notre valeur réelle. Autrement, les revendications tardives, les plaintes rétrospectives seront inutiles et non avenues.

Il intéressera sans doute nos lecteurs de connaître les questions auxquelles ont eu à répondre les candidats aux épreuves d'octobre 1938, du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada.

### 1<sup>o</sup> Examen Primaire

#### ANATOMIE

3 octobre 1938 — Temps alloué: trois heures.  
(L'on doit répondre aux six questions).

1. Région latéro-pharyngienne:
  - (a) Limites générales de la région.
  - (b) Limites des différentes loges.
  - (c) Enumérez le contenu des différentes loges.
2. Médiastin Postérieur:
  - (a) Limites.
  - (b) Rapports de l'œsophage thoracique.
3. Nerf Moteur Oculaire commun:
  - (a) Origines (réelle et apparente).
  - (b) Trajet et rapports intra-craniens.
  - (c) Distribution extra-cranienne.
4. Muscles postérieurs de la jambe:
  - (a) Enumération.
  - (b) Insertions des muscles de la couche superficielle.
5. L'os tympanal:
  - (a) Définition.
  - (b) Situation.
  - (c) Description.
6. Périnée antérieur de l'homme:
  - (a) Définition.
  - (b) Enumération seulement des plans musculaires et aponévrotiques.
  - (c) Autres organes.

#### PHYSIOLOGIE ET BIOCHIMIE

4 octobre 1938 — Temps alloué: trois heures.  
(L'on doit répondre aux six questions)

1. Métabolisme des graisses.

D'ÉMINENTES AUTORITÉS  
font l'éloge des propriétés des  
**BREUVAGES  
AU MALT**

- Ainsi, par exemple, le Dr Winfield S. Hubbard, autrefois membre de l'Administration des Produits pharmaceutiques et alimentaires des Etats-Unis, déclare: "La bière est un aliment... contenant les deux éléments qui fournissent l'énergie et réparent l'usure des tissus organiques... les hydrates de carbone et les protéines". Et il ajoute que la bière, à cause de sa teneur élevée en calcium, est souvent recommandée aux femmes enceintes.

Le Dr Hubbard dit encore que la bière étant faite de 85 à 92 pour cent d'eau, constitue un excellent breuvage durant les chaleurs. Elle est même préférable à l'eau, car les sels qu'elle renferme ont tendance à empêcher les crampes. Et il conclut: "Je ne connais pas d'aliment qui soit plus facile à assimiler que la bière... elle est pratiquement prête à être absorbée par la paroi intestinale dès qu'elle a quitté la bouche".

De nombreux observateurs et médecins reconnaissent que la bière, prise avant de se coucher, le soir, produit un effet calmant.

---

**MOLSON**

BRASSERIE FONDÉE À MONTREAL EN 1786

---

2. Le sang:
  - (a) Composition morphologique et chimique.
  - (b) Ses fonctions.
3. Sécrétion pancréatique:
  - (a) Mécanisme de la sécrétion.
  - (b) Rôle de la sécrétion.
4. Propriétés générales des hormones.
5. Les fonctions du cervelet.
6. Le système nerveux autonome.
 

Origine; distribution et fonctions.

## 2° Examen final

### CHIRURGIE

3 octobre 1938 — Temps alloué: trois heures.

1. Décrivez les symptômes occasionnés par une arthrite déformante de la hanche (coxarthrie).

Quel sera le diagnostic différentiel avec la coxalgie?

Donnez le pronostic et le traitement de cette affection.

2. Donnez l'étiologie d'un pseudo-kyste du pancréas; le pronostic et le traitement de cette lésion.

3. Décrivez la maladie de Buergher et son traitement.

4. Décrivez les symptômes qui peuvent être causés par les petites hydronéphroses.

Donnez l'étiologie, le diagnostic, pronostic et traitement de ces dernières.

### ANATOMIE-PATHOLOGIQUE

#### Section de chirurgie

4 octobre 1938 — Temps alloué: trois heures.

1. Les ulcérations de l'estomac: formes, pathogénies, évolution.

2. Quelles sont les manifestations cliniques du cancer du sein; donnez-en l'explication par l'histologie.

3. Décrivez les lésions macroscopiques et microscopiques de la maladie de Hodgkin.

4. Dites ce que vous savez sur la pancréatite aiguë hémorragique.

### L'ANATOMIE ET LA PHYSIOLOGIE APPLIQUÉES

#### À LA CHIRURGIE

5 octobre 1938 — Temps alloué: trois heures.

1. Décrivez brièvement l'action physiolo-

gique de la Thyroïde (ses relations avec les autres glandes), et l'anatomie générale que vous rencontrerez lors de l'ablation du goitre parenchymateux.

2. Décrivez l'évolution physiologique de la formation d'un cal.

Quel rôle joue le greffon dans les pseudarthroses et que devient-il au point de vue anatomique?

3. Développez la question anatomo-physiologique de l'orchite primitive de l'enfant. Donnez son traitement.

4. Quels sont les rapports anatomiques d'une hernie crurale étranglée?

## CAMPAGNE CONTRE LE CANCER

Sous les auspices de la Société Canadienne pour la prévention du cancer, fondée il y a 8 mois, on établira bientôt un programme d'éducation populaire, et des cercles d'études dans tous les grands hôpitaux.

Une campagne de publicité et d'éducation sera entreprise dans le but de renseigner le public sur les premiers symptômes de la maladie et sur les possibilités de sa guérison.

Le comité du cancer de la « Canadian Medical Association » a proposé la formation de ces cercles d'études dans les hôpitaux de 100 lits ou plus, afin de se rendre compte d'une manière plus exacte des cas de cancer traités dans tout le Canada.

## STATUS DES INTERNES DANS LES HOPITAUX DE NEW-YORK

Un comité formé spécialement pour s'enquérir sur les avantages de l'internat dans les hôpitaux de New-York, vient après 4 années d'observation et d'études, de déposer un volumineux rapport.

Certaines remarques, certaines suggestions qu'il contient ne manquent pas d'intérêt pour nous et surtout pour ceux qui, parmi les nôtres, ont à veiller sur les services et l'instruction des internes dans nos hôpitaux.

Ainsi, la ville de New-York possède un sixième des situations d'interne et de médecin résidents des Etats-Unis.

**SPÉCIALITÉ**  
**• PHARMACEUTIQUE •**

**ELIXIR POLYBROMURE**  
 (Sans sucre)

(Une cuillerée à bouche de 20 grammes renferme 3 grammes de Bromure de Potassium, Sodium et Ammonium, associés à des Teintures amères et toniques.)

**Mode d'emploi:** 1 à 2 cuillerées à thé dans un peu d'eau toutes les trois heures.

Présentation: 240 c.c.

La Pharmacie d'Ordonnances

**ARTHUR HIRBOUR**  
 ci-devant Bisailon-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**

**Messieurs les Médecins**

sont invités à consulter

*l'Encyclopédie*  
**Médico-Chirurgicale**

au Secrétariat

326 est, boulevard Saint-Joseph  
 MONTRÉAL

dans l'après-midi, de 2 à 5 heures

**LA VITAMINE B<sub>1</sub>**  
**POUR**  
**TONIFIER LES VOIES INTESTINALES**

Depuis que de récentes études ont révélé le bien-faisant effet de la vitamine B<sub>1</sub> sur les fonctions intestinales, son emploi devient de plus en plus fréquent dans le traitement auxiliaire de la constipation atonique.

All-Bran de Kellogg est une bonne source de vitamine B<sub>1</sub>. Remarquez le montant de vitamine B<sub>1</sub> contenu dans All-Bran par comparaison à d'autres aliments.

La présence de cette vitamine en si abondantes quantités, dans un aliment riche en même temps en « volume » naturel, est une raison de plus pour recommander l'emploi de cette céréale laxative.

**IL FAUT**

**2 OZ.**  
**D'ÉPINARD**  
**OU**



**2 <sup>15</sup>/<sub>16</sub> OZ.**  
**D'ŒUF**  
**OU**

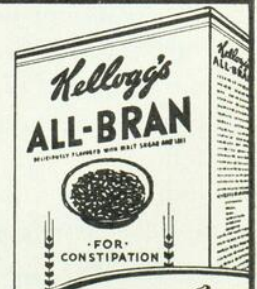


**2 <sup>1</sup>/<sub>8</sub> OZ.**  
**D'ORANGE,**



**POUR ÉGALER LE**  
**MONTANT DE B<sub>1</sub>**  
**CONTENU DANS**  
**1 OZ. DE**

**Kellogg's**  
**ALL-BRAN**



La période désirable d'internat est de 2 années et le but final doit être de former des médecins compétents et dignes de confiance.

L'interne devrait faire six mois de médecine, six mois de chirurgie, 3 mois de pédiatrie, deux mois de gynécologie, de 3 à 6 mois d'obstétrique.

Le comité condamne des stages plus courts, mais plus nombreux par addition de séjour dans des services de spécialités nouvellement créés. Il y aurait un rapport étroit entre le laps de temps qu'un interne consacre à un service et la qualité de l'enseignement et du service médical.

Trop d'hôpitaux négligent de préparer les nouveaux internes à leurs fonctions hospitalières.

L'interne en chirurgie se laisse éblouir trop généralement par l'éclat de certaines interventions au détriment d'autres opérations plus obscures, mais non moins importantes.

L'interne en obstétrique est bien préparé sur l'accouchement lui-même, mais semble négliger les soins de l'« ante-partum » et du « post-partum ».

Par-dessus tout on se désintéresse d'enseigner à l'interne comment procéder aux injections intraveineuses, à la ponction lombaire, à la paracentèse et à l'examen des cavités et des orifices.

Le comité rappelle que 90% de la pratique future de l'interne se réalisera à son bureau et au domicile du malade et que l'internat, fait dans certaines conditions, ne le prépare essentiellement qu'à une médecine ne constituant que le 10% restant.

En conséquence, l'entraînement que l'on donne aux internes devrait s'appliquer à se faire pratique en ne négligeant pas les fonctions et les activités du futur médecin de clientèle de ville et campagne.

Soixante-dix-neuf pour cent des internes environ passent une heure ou plus à la bibliothèque de l'hôpital. Autrement les internes lisent peu.

On suggère, avec raison, de s'occuper attentivement de la propre santé des internes qui pourraient être examinés périodiquement.

On insiste sur le grand avantage d'avoir des médecins résidents au point de vue de l'enseignement aux internes et aux étudiants et de la valeur des services hospitaliers. Ils devraient cependant avoir au moins deux années d'expérience.

Très intéressant rapport, dont nous n'avons, encore une fois, donné que de courts aperçus.

---

### SIR ANDREW MacPHAIL

Né le 24 novembre 1864, mort le 23 septembre 1938, Sir Andrew MacPhail appartenait autant à la littérature, au journalisme, en un mot aux activités intéressantes de l'esprit, qu'à la médecine.

Entre autres expériences entreprises, il avait été professeur de pathologie au Collège Bishop, anatomo-pathologiste à l'hôpital Western et à l'hôpital pour maladies mentales de Montréal, professeur d'Histoire de la Médecine à McGill, rédacteur en chef du « Canadian Medical Association Journal » pour une longue période. Il fut l'auteur de plusieurs ouvrages littéraires: d'histoire, de critique, des essais; il traduisit en anglais le beau roman de Louis Hémon.

Il servit dans l'armée canadienne durant la grande guerre.

Nos collègues de langue anglaise ont perdu en Sir Arthur MacPhail une personnalité de premier plan, dont la valeur et la culture intellectuelles, dont les œuvres et les productions, de même que la noblesse de pensée et du caractère, leur font grand honneur.

Nous offrons à l'Université McGill et à nos collègues de langue anglaise, au « Canadian Medical Association Journal », nos sincères sympathies.

---

### SEMAINE INTERNATIONALE CONTRE LE CANCER

L'UNION INTERNATIONALE CONTRE LE CANCER a obtenu le haut patronage des Chefs d'Etats respectifs de la plupart des 37 Pays représentés à la « SEMAI-

LA MÉDICATION  
OPOTHÉRAPIQUE

# CHOAY

Opothérapie simple: EXTRAITS TOTAUX  
Opothérapie dissociée: FOLLICULINE  
Opothérapie associée: SYNCRINES

OVAIRE  
THYROÏDE  
SURRENALE  
HYPOPHYSE  
Autres glandes...

Formes pharmaceutiques: Comprimés  
Ampoules injectables (solution aqueuse)

Laboratoires E. Choay,  
48, rue Théophile-Gautier, PARIS, France.

Représentants exclusifs:

MM. HERDT & CHARTON, INC.,  
2027, avenue McGill College

Montréal

# 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 coqueluches et des toux Coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance, ni complication.

Littérature sur demande.

AGENTS CANADA DRUG.CO.MONTREAL

AMherst 8900-3733

## MONTY, GAGNON & MONTY

Ambulances de luxe, chauffées

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

Pompes funèbres  
Salons mortuaires

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

Ambulanciers de l'Hôpital Notre-Dame

## NE INTERNATIONALE CONTRE LE CANCER ».

37 Nations ont été représentées à Paris par leurs Savants les plus illustres.

Les Universités de: Boston, Columbia, Islande, Melbourne, San-Paulo, Montréal, Irlande, Buffalo, Bruxelles, Mexico, Zurich, Californie, Genève, Liège, Otago, Athènes, Chicago, Gent, Lettonie, Ottawa, Sheffield, Edimbourg, Illinois, Leude, Reading, New-Haven, ont envoyé leurs délégués, recrutés parmi les plus grands scientifiques vivants, sous la Coupole du Palais de la Découverte, temple permanent de la Science.



La « Semaine Internationale contre le Cancer » fixée par les Pouvoirs Publics, du 23 au 30 novembre 1938, a coïncidé avec la commémoration du 40e anniversaire de la prodigieuse découverte d'un corps magique par MARIE ET PIERRE CURIE, celle du RADIUM.

La « Journée Curie » fut décrétée spontanément dans presque tous les pays adhérant à la « Semaine », notamment en France, au Mexique, en Lithuanie, en Lettonie, etc., etc.

Ainsi le 23 novembre a été célébré plus particulièrement de par le monde comme journée commémorative dédiée aux deux incomparables génies de la Science, MARIE et PIERRE CURIE.

La « Semaine Internationale contre le Cancer », a commémoré également la découverte

des Rayons X par Röntgen, et celle des ondes Hertziennes par Hertz.

Pour faire de ces commémorations un acte digne des grands pionniers de la Science, l'Union Internationale contre le Cancer a organisé une série de conférences, ayant eu lieu, d'une part, à la Sorbonne, au cours de la Séance inaugurale du 23 novembre:

- 1° « Vue d'ensemble sur les Electrons »
- 2° « Vue d'ensemble sur les Rayons X »
- 3° « L'Oeuvre de Marie et Pierre Curie ».

D'autre part sous la Coupole du Palais de la Découverte où se trouva réunie, déjà l'année dernière, presque à la même date, l'élite du monde universel de la Science, lors du Congrès du Palais de la Découverte:

Partie Physique:

1° Aperçu général sur le développement de l'étude physique des ondes hertziennes.

2° L'œuvre de Hertz dans le domaine des ondes électromagnétiques.

Applications biologiques des Radiations, des Ondes Hertziennes et des Electrons:

1° Utilisation des tests biologiques pour un dosage des Rayons X.

2° Mécanismes d'action biologique des radiations.

Applications techniques des Radiations, des Ondes Hertziennes et des Electrons:

1° Historique de l'industrie radioélectrique, etc., etc.

## ASSOCIATION INTERNATIONALE DE COSMOBIOLOGIE

Première assemblée (10-11 septembre 1938)

Conformément à la décision prise au Premier Congrès International de Cosmobiologie (Nice 2-7 juin 1938), une première Assemblée a été réunie à La Malou, pour la constitution d'une Association Internationale de Cosmobiologie, qui continuera les travaux de l'Association pour l'Etude des Radiations Solaires, Terrestres et Cosmiques, créée en 1932, par la Société Médicale du Littoral Méditerranéen, et recherchera les manifestations de l'action des forces de l'Univers sur la Vie terrestre. La nouvelle Association ne se bornera



**L'Huile de foie de morue médicinale norvégienne est soumise au contrôle de l'Etat norvégien.**

La Norvège est le seul pays au monde où l'Etat contrôle toute l'huile de foie de morue exportée.

Si l'Huile de foie de morue norvégienne que vous avez achetée, est accompagnée du certificat de contrôle gouvernemental, vous pouvez être entièrement sûr de son authenticité et de ses qualités thérapeutiques. Mais, faites attention aux falsifications!

L'Huile de foie de morue médicinale norvégienne conserve en permanence ses excellentes propriétés; elle contient en justes proportions les importantes vitamines A et D.



**L'HUILE DE FOIE DE MORUE  
MÉDICINALE NORVÉGIENNE,**

le propre remède de la nature

Pour plus amples renseignements, s'adresser à:  
**Reklamefondet for Norsk Medicinram,  
Boîte Postale 226, Bergen, Norvège.**

## L'Huile de foie de Morue de Norvège,

seul produit du genre à être rigoureusement contrôlé par l'État, a été considérablement vendue au Canada pendant des années par l'entremise des pharmaciens. Elle est maintenant annoncée d'un océan à l'autre dans les quotidiens, les Journaux médicaux et la presse commerciale.

Recueillie dans les régions froides des côtes norvégiennes et extraite de foies de morues choisis et strictement frais, l'Huile de Foie de Morue de Norvège conserve en permanence ses propriétés exceptionnelles sans procédés artificiels.

Des imprimés seront adressés sur demande à Reklamefondet for Norsk Medicintran, Case Postale 226, Bergen, Norvège.

pas à l'étude de ces actions sur les individus: elle se préoccupera aussi de leurs effets sur les collectivités, car les graves événements politiques et sociaux, survenus depuis le début de la période de recrudescence de l'activité solaire (1934) et particulièrement pendant son maximum (1936-38), ont fait apparaître à tous la nécessité de cette étude.

L'Assemblée suivante aura lieu dans les premiers mois de 1939, en Italie, et sera présidée par le Prof. Sabatini. — Les adhésions et les demandes de renseignements sont reçues au Secrétariat de l'Association, 24 Rue Verdi à Nice.

---

### VACANCES DE NOEL SUR LA COTE D'AZUR

Nous avons déjà annoncé le XVI<sup>me</sup> VOYAGE INTERNATIONAL DE NOEL SUR LA COTE D'AZUR, organisé par la SOCIÉTÉ MÉDICALE DU LITTORAL MEDITERRANEEN, qui aura lieu, comme de coutume, durant 6 journées (du 26 décembre 1938 au 1er janvier 1939).

Ce voyage, qui se réunira à CANNES, visitera SUPER-CANNES, LE CANNET, JUAN-LES-PINS (Réception au Poste radiophonique), ANTIBES, LE GOLFE-JUAN, GRASSE, VENCE, CAGNES, et arrivera à NICE dans la soirée du 28 décembre.

Puis, les voyageurs parcourront l'ancienne Voie Romaine de NICE à MENTON et verront le Monument érigé par Auguste à LA TURBIE, le Château Médiéval de ROQUE-

BRUNE, LE CAP-MARTIN et la gracieuse station climatique de MENTON.

Ils seront, à la fin de l'année, les hôtes de la PRINCIPAUTE DE MONACO, où ils visiteront le Musée Océanographique, le Musée d'Anthropologie préhistorique, le Casino de MONTE-CARLO et les magnifiques jardins exotiques avec leur flore tropicale.

Le Voyage reviendra ensuite à NICE, en s'arrêtant à BEAULIEU et à VILLEFRANCHE, puis au MONT-BORON, et le 1er janvier, une excursion facultative aura lieu dans les Alpes, à BEUIL et à VALBERG (sports d'hiver), par les Gorges de roches rouges de CIANS et de DALUIS. — Des Excursions en CORSE seront aussi organisées à la suite du Voyage, pour ceux qui en feront la demande.

Tous les parcours sur le Littoral seront effectués dans d'excellents autocars Pullmann. et le voyage en Corse dans les meilleurs paquebots de la Compagnie Fraissinet. Les séjours seront assurés partout avec le large confort qui est traditionnel pour les Voyages de la Société Médicale. Toutes les visites et promenades seront accompagnées de démonstrations scientifiques et de causeries historiques. Des permis de parcours à tarif réduit seront mis à la disposition des Adhérents, avec arrêts autorisés en cours de route. Les Membres de la famille des Médecins et les Etudiants en Médecine seront admis. — Pour tous renseignements complémentaires (conditions du Voyage et inscription) s'adresser dès à présent, au SECRETARIAT DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE, 24 RUE VERDI A NICE.

---

2 bagues trouvées durant le Congrès de l'A.M.L.F.A.N. à Ottawa, en septembre dernier. Donner description détaillée à l'"Union Médicale du Canada", 326 est, boulevard Saint-Joseph, Montréal. (M. C.)



“C'est l'arbre le plus riche en couleurs que nous ayons jamais dressé”  
“Grâce à ces fastueuses Sweet Caps”

**CIGARETTES SWEET CAPORAL**

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



# Aimez-vous le BON BEURRE?



Goûtez au beurre Joubert  
Fait et livré en 24 heures

**J. Joubert**  
LIMITÉE

## NÉCROLOGIE

---

**Le docteur F.-Henri Gatién** pratiquant la médecine à Lachine, est décédé le 14 novembre 1938, à l'âge de 55 ans. Le défunt était né à Marieville, il avait fait ses études secondaires au séminaire de Sainte-Marie-de-Monnoir et ses études médicales à l'Université Laval de Montréal. Admis à la pratique de la médecine en 1907. Le docteur Gatién avait été échevin de Lachine, marguillier et commissaire d'école. Il habitait Lachine depuis 30 ans et était un des citoyens éminents de cette municipalité. Un des fils du défunt est médecin à Ville Saint-Pierre, un de ses frères est également médecin à Viauville.

---

**Le docteur L. G. Piuze**, de Sainte-Malachie, est décédé à l'âge de 53 ans le 18 septembre dernier.

---

**Le docteur Edmond Saint-Jacques**, de Montréal, est décédé le 18 septembre 1938, à l'âge de 49 ans; il était né à St-Augustin,

comté des Deux-Montagnes. Il avait fait ses études au Collège de Ste-Thérèse et fut reçu docteur en médecine en 1913. Outre son épouse née Maria Collette, il laisse cinq enfants, trois filles et deux garçons.

---

**Le docteur George E. Clerk**, de Montréal est décédé le 15 novembre 1938 à l'âge de 61 ans, après une longue maladie. Il était né à Béloeil en 1877, avait étudié au Collège des Jésuites puis, après avoir pratiqué la Pharmacie pendant plusieurs années, il étudia à l'Université Laval de Montréal où il obtint son diplôme en 1911. Il avait fait du service comme médecin pour la Cie Elder Dempster, puis il s'établit en Saskatchewan à son retour de nombreux voyages. Il s'enrola comme médecin du 69<sup>e</sup> bataillon et fut attaché à l'hôpital Général Canadien.

Il était le petit-fils de Sir George-Edward Clerk et était l'héritier du baron de Penicuk, dont le château est situé à 6 milles d'Edimbourg.

Le docteur Clerk laisse sa femme née Annie Manny et trois fils.

---

## TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

### A

<p><b>Abcès du poumon à flore microbienne mixte. Guérison spontanée.</b> (J.-E. Dubé) . . . . . 238</p> <p><b>Abcès osseux central. Diagnostic de l'abcès osseux central et du sarcome central de la région du genou.</b> (L.-C. Favreau) . . . . . 138</p> <p><b>Abdomen. Le problème du traumatisme fermé de l'</b> (A. Bellerose) . . . . . 940</p> <p><b>Accidenté. — Le psychisme de l'</b> (I. Côté) 1070</p> <p><b>Agranulocytose, anémie et purpura. Myelose globale aplastique post-arsenobenzolique. — Valeur pronostique de certains éléments basés sur des notions récentes d'hématologie.</b> (A. Léger et A. Bernier) . . . . . 463</p> <p><b>Antituberculeux. Le programme antituberculeux dans la province de Québec.</b> (J.-A. Couillard) . . . . . 176</p> <p><b>Appareil respiratoire devant la clinique. L'exploration radiologique de l'</b> (Emile Sergent) . . . . . 902</p> <p><b>Argentaffines. Sur la présence de cellules A. dans les kystes pseudo-mucineux de l'ovaire.</b> (Pierre Masson) . . . . . 2</p> <p><b>Arthrite gonococcique. L'</b> (Lucien Sylvestre) 1285</p> <p><b>Assurance-maladie. Etatisation de la médecine ou</b> (Honorable Power) . . . . . 1207</p> <p><b>Auscultation. Défaillances de l'auscultation en tuberculose pulmonaire.</b> (Jean-Philippe Paquette) . . . . . 825</p> <p><b>Auto-transfusion. Un cas d'</b> (Léon Gérin-Lajoie) . . . . . 586</p>	<p>Chirurgie du pancréas. (P. Brock) . . . . . 530</p> <p>De la seméiologie à la thérapeutique. (Prof. M. Loeper) . . . . . 874</p> <p>Guide pratique de psychothérapie. (Dr Med. K. Graeter) . . . . . 644</p> <p>Histoire de la chirurgie française. (J. de Fourmestraux) . . . . . 534</p> <p>Hygiène du cardiaque. (B. Theodoresco) . . 1002</p> <p>Index médico-pharmaceutique (MM. N. T. Deleanu en collaboration) . . . . . 1004</p> <p>Intoxications et carences alimentaires. (Maurice Loeper, E. Bioy, J. Cottet, M. Debray, R. Degos, L. Duchon, R. Garcin, E. Gilbrin, A. Lemaire, A. Lesure, G. Marchal, J.-L. Parrot, M. Perrault, P. Soulié, R. Turpin, A. Varay) . . . . . 878</p> <p>La médecine à travers le temps et l'espace. (Dr. Stephen-Chauvet) . . . . . 776</p> <p>La médecine chez les peuples primitifs. (Dr. Stephen-Chauvet) . . . . . 778</p> <p>La médecine en Assyrie et en Babylonie. (Dr. Georges Contenau) . . . . . 778</p> <p>L'angine de poitrine. (Paul Vital Lassance) 868</p> <p>L'année thérapeutique. (A. Ravina) . . . . 876</p> <p>La phlébite et les varices. (Dr. E.-A. Maury) . . . . . 870</p> <p>La phrénicectomie. (L. Bédard) . . . . . 532</p> <p>La réaction de fixation dans les tuberculoses humaines et animales. (Achille Urbain) 540</p> <p>La syphilis du système nerveux. (A. Sezary) 872</p> <p>La tuberculose ostéo-articulaire. Evolution—Diagnostic de début et traitement. (Jacques Calvé) . . . . . 420</p> <p>Leçons du jeudi soir à la clinique Tarnier. (A. Brindeau) . . . . . 644</p> <p>Le diagnostic radiologique des tumeurs malignes du pharynx et du larynx. (F. Baclesse) . . . . . 542</p> <p>Le phénomène de la guérison dans les maladies infectieuses. (F. D'Hérelle) . . . . 544</p> <p>Le système nerveux végétatif. (J. Tinel) . . 218</p> <p>Le thorax. Anatomie médico-chirurgicale. (A. Hovelacque, Olivier Monod, Henri Evrard) . . . . . 536</p> <p>Les acquisitions nouvelles de l'endocrinologie. (R. Rivoire) . . . . . 220</p> <p>Les cholecystites chroniques. (A. Daneso) 870</p> <p>Les diagnostics chirurgicaux au lit du malade. (M. Barthelemy) . . . . . 766</p>
<h3 style="margin: 0;">B</h3>	
<p><b>B.C.G. Buccal. La question du</b> (P. Desfosses) 492</p> <p><b>B.C.G. La vaccination antituberculeuse par le</b> (Léopold Nègre) . . . . . 1147</p> <p><b>Biopsie. Les indications de la biopsie dans le diagnostic des tumeurs.</b> (G. Pinsonneault) 597</p> <p><b>Bibliographie:</b></p> <p>Apoplexies viscérales sereuses et hémorragiques (infarctus viscéraux). (Raymond Grégoire) . . . . . 320</p> <p>Archives des maladies professionnelles . . . 867</p> <p>Bec-de-lièvre. Formes cliniques — Chirurgie. (Victor Veau) . . . . . 418</p>	

Les éléments du pronostic dans les maladies aiguës. (A.-B. Marfan) . . . . .	542
Les embolies artérielles des membres. (H. Haimovici) . . . . .	108
Les explorations fonctionnelles. (Noël Fiesinger) . . . . .	218
Les fiches de pratique médicale. (Fichier Desfour) . . . . .	764
Les hépatites. (Maurice Loeper) . . . . .	110
Les maladies exotiques dans la pratique médicale des pays tempérés. (F. Blanc et L.-A. Bordes) . . . . .	874
Les réactions d'équilibre chez l'homme. (Jules Zador) . . . . .	868
Les traitements des troubles affectifs et l'art de vivre. Suggestion et hypnose. Psychanalyse. Biosophie. (Traduit de l'allemand par A. Kastler) . . . . .	774
Les traitements orthopédiques et chirurgicaux des rhumatismes chroniques. (René Simon) . . . . .	876
Les ultravirus des maladies humaines. (C. Levaditi et P. Lépine) . . . . .	770
Lettres à un jeune praticien sur les maladies de l'anus et du rectum. (Roger Savignac) . . . . .	330
Précis de diagnostic chirurgical. (Publié sous la direction de Ch. Lenormant) . . . . .	106
Publicité pharmaceutique . . . . .	867
Questions cliniques d'actualité. (Leçons professées à la Charité. Servie du Prof. Sergent) . . . . .	546
Santé? Maladies? Toxines. (Dr. O. Castueil) . . . . .	872
Traité de pharmacie chimique. (P. Lebeau & G. Courtois) . . . . .	768
Traité d'électroradiothérapie. (L. Delherm & A. Laquerrière) . . . . .	764
Traumatisme de l'oreille. Fracture du rocher — Coups de feu de l'oreille — Commotion labyrinthique — Expertise et otologie. (A. Ramadier) . . . . .	320
Traumatisme du pied et rayons X. Astragale, calcanéum, avant-pied. (Etienne Destot) . . . . .	420
Treize coupes horizontales du thorax. (Professeur A. Hovelacque, Olivier Monod, Henri Evrard) . . . . .	538
Tuberculose pulmonaire (La) chez les sujets apparemment sains et la vaccination antituberculeuse. (L. Saye) . . . . .	1002
Tumeurs intracrâniennes. (Harvey Cushing) . . . . .	550
Urticaire et histamine. (Noël Fiesinger) . . . . .	216
Broncho-pneumonies. Diagnostic et traitement biologique des pneumonies et des, (Armand Frappier) . . . . .	371

**Bulletins:**

Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord — Congrès d'Ottawa-Hull, septembre 1938. (Albert LeSage) . . . . .	559
Congrès de l'Association médicale franco-américaine. Le troisième. (Jean Saucier et Albert LeSage) . . . . .	1141
Congrès de médecine Ottawa-Hull. — A. M. L. F. A. N. (LeSage) . . . . .	675
Congrès Ottawa-Hull. (Albert LeSage) . . . . .	1023
Congrès Ottawa-Hull. (J.-H. Lapointe) . . . . .	796, 899
En marge du XV <sup>e</sup> congrès de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord. (Roma Amyot) . . . . .	1031
En marge du premier banquet annuel de la Société médicale de Montréal. (Paul Letondal) . . . . .	443
Fusion du "Bulletin de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord" avec l'"Union médicale du Canada". (Albert LeSage — R.-E. Valin) . . . . .	1
Rapport du secrétaire-trésorier général (Donatien Marion) (XV <sup>e</sup> congrès A. M. L. F. A. N.) . . . . .	1040
Retraite, la. — Simple hommage. (LeSage) . . . . .	791
Réflexions. (Léon Gérin-Lajoie) . . . . .	1255

**C**

<b>Cancer de la glande thyroïde.</b> (Réal Doré) . . . . .	821
<b>Cancer du poumon. Deux observations personnelles.</b> (J.-E. Dubé) . . . . .	12
<b>Cancer du sein chez la femme, dans la Province de Québec, de 1927 à 1936. Sur la fréquence du,</b> (L.-C. Simard) . . . . .	565
<b>Carbone intraveineux. Du traitement des infections aiguës par le</b> (E. Saint-Jacques) . . . . .	22
<b>Cardiospasme. Gastrostomie continente et,</b> (François de Martigny) . . . . .	354
<b>Césarienne basse ou segmentaire. Aperçu historique de la</b> (L.-Arthur Magnan) . . . . .	967
<b>Chaire d'urologie de la Faculté de Médecine. Université de Montréal. — Leçon inaugurale.</b> (Oscar Mercier) . . . . .	1257
<b>Chiray. Le professeur Maurice Chiray inaugure son enseignement à la chaire d'hydrologie thérapeutique.</b> (Jean LeSage) . . . . .	279
<b>Chirurgie en province. La</b> (Guy D'Argencourt) . . . . .	146
<b>Chirurgie en province. La — Traumatismes abdominaux.</b> (Guy d'Argencourt) . . . . .	1288
<b>Cholecystectomie. Colique hépatique après</b> (Georges Hébert) . . . . .	591
<b>Cholecystite et lithiase biliaire, douleur signal.</b> (Albert LeSage) . . . . .	150

<b>Cholecystendèse ou cholecystotomie — A propos de 16 cas personnels.</b> (Pierre Smith) . . . . .	691
<b>Chorée. Note préliminaire sur l'électropyrexie dans le traitement de la</b> (Jean Saucier) . . . . .	1273
<b>Cirrhose hypertrophique biliaire de Hanot. Une observation clinique.</b> (Jean LeSage) . . . . .	44
<b>Colibacillose ou Paludisme chez une brightique.</b> (M. Roch) . . . . .	1292
<b>Colique hépatique après cholecystectomie.</b> (Georges Hébert) . . . . .	591
<b>Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec. Une page d'histoire.</b> (Joseph Gauvreau) . . . . .	53
<b>Côlon. Technique simplifiée pour l'examen radiologique du côlon par voie basse selon les exigences modernes.</b> (Albert Jutras) . . . . .	933
<b>Coma diabétique. Réaction paradoxale à l'insuline.</b> (C.-E. Grignon) . . . . .	264
<b>Complication rare d'entorse tibio-tarsienne. Une</b> (J.-C. Favreau) . . . . .	335
<b>Conditions d'apparition du Mongolisme. Les</b> (R. Turpin) . . . . .	1263
<b>Congrès Ottawa-Hull.</b> (R. Turpin) . . . . .	1216
<b>Consultation de nourrissons. Son objet et ses activités. La</b> (Adélarde Groulx) . . . . .	475
<b>Contagieuses. Maladies</b> (J.-H. Charbonneau) . . . . .	1278
<b>Cornée. Le tatouage de la</b> (J.-N. Roy) . . . . .	937
<b>Cou. Considérations sur certains phlegmons du cou d'origine dentaire.</b> (Jean Tremblay) . . . . .	593
<b>Cours de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal. Ouverture officielle des</b> (Albert LeSage et E.-P. Benoit) . . . . .	1209

## D

<b>Déchets de cuisine. Disposition des déchets de cuisine par pulvérisation et dilution dans la canalisation publique.</b> (Léo-Paul Cabana) . . . . .	1203
<b>Défectuosités physiques. Recherche et correction des défauts physiques au cours de l'examen médical des enfants des écoles.</b> (Jules Brien) . . . . .	853
<b>Diabète. L'insuline-protamine-zinc et le traitement du</b> (Armand Gratton) . . . . .	471
<b>Dolichocolon douloureux chez une jeune fille de 21 ans.</b> (Pierre Smith et Gérard Aumont) . . . . .	823
<b>Dolichocolon et interventions chirurgicales multiples.</b> (Pierre Smith et Gérard Aumont) . . . . .	588
<b>Douleur. Chirurgie de la. — La névralgie du nerf glosso-pharyngien — Résection nerveuse exo-cranienne — Guérison.</b> (Urgel Gariépy) . . . . .	455

## E

<b>Eclampsie. Conception actuelle du traitement de</b> (Donatien Marion) . . . . .	1085
<b>Electrocution. Troubles neuro-psychiatriques consécutifs à l'</b> (Emile Legrand) . . . . .	571
<b>Electropyrexie. Note préliminaire sur l'... dans le traitement de la chorée.</b> (Jean Saucier) . . . . .	1273
<b>Encéphalographies gazeuses dans les services de neurologie médicale.</b> (Jean Saucier) . . . . .	946
<b>Enseignement de la clinique médicale à l'Université de Montréal. L'</b> (Albert LeSage) . . . . .	380
<b>Entorse tibio-tarsienne. Complication rare d'</b> (J.-C. Favreau) . . . . .	335
<b>Epithélioma du sein. Tuberculose vs...</b> (A. Bellerose et G.-E. Peloquin) . . . . .	253
<b>Epithélioma spinocellulaire. Ulcérations syphiloïdes à structure histologique d'épithélioma spino-cellulaire, guérissant par le traitement antisiphilitique.</b> (Albéric Marin et A. Bernier) . . . . .	810
<b>Esprit français. Pour que survive notre</b> (Louis Francœur) . . . . .	1297
<b>Etatisation de la médecine.</b> (Gustave Lacasse) . . . . .	1076
<b>Etatisation de la médecine ou assurance-maladie.</b> (Honorable Power) . . . . .	1207
<b>Eventration diaphragmatique. Hernie diaphragmatique et</b> (A. Laquerrière et D. Léonard) . . . . .	6
<b>Exploration radiologique de l'appareil respiratoire devant la clinique. L'</b> (Emile Sergent) . . . . .	902

## F

<b>Femme. Innervation génitale de la</b> (Raymond Simard) . . . . .	971
<b>Ferme éclair dans le rapprochement du bord des lèvres de certaines plaies. L'utilisation du L. Gérin-Lajoie</b> . . . . .	19
<b>Floculation. Nouvelle réaction de F. pour le diagnostic de la syphilis.</b> (A. Bertrand) . . . . .	1080
<b>Foie et système nerveux.</b> (Noël Fiessinger) . . . . .	679
<b>Formulaire (voir Médecine Pratique)</b>	
<b>Français. Pour que survive notre esprit</b> (Louis Francœur) . . . . .	1297
<b>Fuso-spirilles. Stomatites A.,</b> (Jean-Philippe Paquette) . . . . .	357

## G

<b>Gangrène gazeuse. La</b> (Eugène Saint-Jacques et Réal Lanthier) . . . . .	155
<b>Gastrostomie continente et cardiospasme.</b> (François de Martigny) . . . . .	354

**Globes oculaires. Paralyse des mouvements volontaires des globes oculaires dans toutes les directions. Paralyse dissociée de la motilité oculaire réflexe. Hémiplégie gauche. Syndrome d'origine vasculaire.** (Jean Saucier) . . . . . 229

**"Glucokinin". Etude de quelques agents hypoglycémisants.** (G. Masson) . . . . . 1187

**Glycémies-frontières et hyperglycémies provoquées.** (Armand Gratton) . . . . . 48

## H

**Hémoptysie tuberculeuse et le pneumothorax artificiel. Quelques considérations sur l'** (Herman Gauthier) . . . . . 838

**Hémorragies utérines fonctionnelles préménopausiques. Les** (Claude Béclère et Raymond Simard) . . . . . 1150

**Hémorragies utérines. Les** (Edmond Piette) 1182

**Hémorroïdes et leur traitement par les injections sclérosantes. Les** (J.-A. Denoncourt) 1175

**Hernie diaphragmatique. A propos d'une.** (A. Bernier et A. Guilbeault) . . . . . 125

**Hernie diaphragmatique et éventration diaphragmatique (La)** (A. Laquerrière et D. Léonard) . . . . . 6

**Hommage au Professeur Léopold Nègre.** (A. Bertrand) . . . . . 1296

**Hyperglycémies provoquées. Glycémies-frontières et** (Armand Gratton) . . . . . 48

**Hypersympathicotomie-thyroïdectomie.** (Réal Doré) . . . . . 260

**Hypertension artérielle. L'** (J.-E. Dubé) . . . . . 1042

**Hypertension artérielle. Traitement chirurgical de l'** (Wilder Penfield et William Cone) . . . . . 1154

**Hypoglycémisants; "Glucokinin". Etude de quelques** (G. Masson) . . . . . 1187

## I

**Ictère chez les syphilitiques. L'** (Albéric Marin) . . . . . 562

**Idroadénite. L'** (Adrien Lambert) . . . . . 268

**Impressions d'un médecin français en mission aux Etats-Unis.** (René Cruchet) . . . . . 1090

**Injections sclérosantes. Les hémorroïdes et leur traitement par les** (J.-A. Denoncourt) 1175

**Innervation génitale de la femme.** (Raymond Simard) . . . . . 971

**Insuline. Coma diabétique. Réaction paradoxale à l'** (C.-E. Grignon) . . . . . 264

**Insuline-protamine-zinc et le traitement du diabète. L'** (Armand Gratton) . . . . . 471

**Insuliniques. Contributions au problème des lipodystrophies.** (A. Léger) . . . . . 17

**Intérêts professionnels. L'alliance médicale de la Province de Québec.** (L. Lamoureux) . . . . . 283

**Intestin. Considérations sur deux cas de plaies par balle du gros** (Charles Lefrançois) . . . . . 698

## K

**Kystes pseudomucineux de l'ovaire. Sur la présence de cellules argentaffines dans les** (P. Masson) . . . . . 2

## L

**Lait. Contrôle sanitaire du lait à Montréal.** (A. Bolduc) . . . . . 724

**Leontiasis ossea et maladie de Paget.** (G. Pinsonneault et Albert Jutras) . . . . . 444

**Lèpre. Heureux résultats thérapeutiques dans les tuberculoses cutanées et dans la lèpre avec certains extraits pancréatiques.** (Marcel Pinard) . . . . . 715

**Leriche. Cours du professeur R., au Collège de France.** (P. Desfossés) . . . . . 490

**Leucémie aiguë chez un ouvrier manipulant du naphthol.** (René Rolland) . . . . . 262

**Lipiodolage de la trachée et des bronches à l'aide de la sonde opaque, en caoutchouc, flexible ou semi-rigide. Etude sur le.** (Maurice Bonnier) . . . . . 338

**Lipodystrophies insuliniques. Contribution au problème des** (A. Léger) . . . . . 17

**Lithiase biliaire et cholecystite, douleur signal.** (Albert LeSage) . . . . . 150

**Livres reçus: (comprenant en plus ceux qui apparaissent dans la Bibliographie et la Revue de Livres).**

Année médicale pratique, 1938. (C. Lian) 666

Annuaire statistique de Québec 1937 . . . . . 786

Bronchoscopie (La) (Chevalier Jackson, Chevalier L. Jackson et Jacques Vialle) . . . . . 555

Chirurgie de la tuberculose pulmonaire. (A. Bernou et H. Fruchaud) . . . . . 440

Conférences cliniques de médecine infantile. (H. Grenet) . . . . . 220

Diagnostique chirurgicaux au lit du malade. Les (M. Barthelemy) . . . . . 666

Diagnostique urgents. (H. Mondor) . . . . . 220

Eczéma L' (Leçons faites à la Clinique de l'Hôpital Gougerot, en 1934, 1935, 1936, par MM. J. Darier, Civatte, A.

Tzanck, R. Sabouraud, G. Basch, J. Gaté, L. Babonneix, L. Spilmann, C. Flandin, A.

Touraine, P. Chevalier, A. Sézary, U. Fernet, H. Jansion, G. Milian, H. Gougerot.) 440

Embolies artérielles des membres. Les (H. Haimovici) . . . . .	110	Blennorragie et les sulfamides. (Lucien Sylvestre) . . . . .	978
Eye-strain and convergence. (N.-A. Stutterheim, M.D.) . . . . .	110	Brûlures . . . . .	616
Homéopathie. (Joseph Tetau) . . . . .	440	Dentifrices . . . . .	616
Ipertrofia delle prostata. L' (Prof. Dott. N. Carraro) . . . . .	1242	Dents (anti-odontalgique) . . . . .	617
La puberté. Par Guy Laroche et collaborateurs . . . . .	1242	Dyspepsies. (L.,) . . . . .	64
Le docteur Récamier. Par le docteur Louis Sauvé . . . . .	1242	Goitre. A propos de (Eugène St-Jacques) . . . . .	285
Médecine en Assyrie et en Babylonie. (La Georges Contenau) . . . . .	666	Laboratoire. Ce que vaut le (Georges Pearson) . . . . .	183
Nuovi orientamenti in neuro-psichiatria. (Prof. Pier Francesco Arullani) . . . . .	1242	Néphrite mercurielle. Traitement de la (C. Lian et G. Siguret) . . . . .	730
Pratique de la cure insulinaire et les diabétiques. (La) (Francis Rathery) . . . . .	440	Pathologie rénale — Néphrose et néphrite. (Eugène Saint-Jacques) . . . . .	392
Rapports congrès international de l'insuffisance hépatique, (Vichy 16-18 sept. 1937) . . . . .	110	Syphilis. Difficultés des traitements préventifs de la (P. Fernet et R. Girard) . . . . .	731
Rapports et discussions du deuxième congrès international de gastro-entérologie, Paris 1937 . . . . .	440	Tuberculose pulmonaire. Diagnostic différentiel de la (Comité Provincial contre la Tuberculose) . . . . .	979
Stroboscopie du larynx. (Jean Tarneaud) . . . . .	110	<b>Mérites cervicales. Les</b> (Raymond Simard) . . . . .	703
Traité de pharmacie chimique. (P. Lebeau et G. Courtois) . . . . .	666	<b>Mole hydatiforme.</b> (Donatien Marion) . . . . .	605
Traité d'électroradiothérapie. (L. Delherm et A. Laquerrière) . . . . .	666	<b>Mongolisme. Les conditions d'apparition du</b> (R. Turpin) . . . . .	1263
Traitement de la tuberculose pulmonaire par la tuberculine. (Par Jacquod, Leysin) . . . . .	324	<b>Mouvement scientifique existe-t-il chez nous. Le</b> (Léon Gérin-Lajoie) . . . . .	173
Traitement des troubles affectifs et l'art de vivre. (Le) (K. Graeter) . . . . .	440	<b>Mucocèle appendiculaire. Les signes radiologiques du</b> (Albert Jutras) . . . . .	251
Traitement des suppurations pulmonaires. (Victor Cordier) . . . . .	1242	<b>Myelose globale aplastique post-arsenobenzolique, Agranulocytose, anémie et purpura. — Valeur pronostique de certains éléments basés sur des notions récentes d'hématologie.</b> (A. Léger et A. Bernier) . . . . .	463
Tuberculose et médecine sociale. (Etienne Bernard) . . . . .	1242		
Ultravirus des maladies humaines. (Les) (C. Levaditi et P. Lépine) . . . . .	666	<b>N</b>	
<b>Lobe préfrontal. Les fonctions du</b> (A. Rouquier) . . . . .	800	<b>Nègre. Hommage au Professeur Léopold</b> (A. Bertrand) . . . . .	1296
<b>Lombo-sacré. Syndrome douloureux</b> (J.-Ed. Samson) . . . . .	1267	<b>Naphtol. Leucémie aiguë chez un ouvrier manipulateur du</b> (René Rolland) . . . . .	262
		<b>Nécrologie:</b>	
<b>M</b>		Beauchamp, le Dr J.-Albert . . . . .	316
<b>Maladies contagieuses. — Conception moderne.</b> (J.-H. Charbonneau) . . . . .	1278	Boucher, le Dr L.-G.-E. . . . .	316
<b>Malariathérapie versus pyrethothérapie dans le traitement de la syphilis nerveuse.</b> (Albéric Marin) . . . . .	161	Bouillé, le Dr Lauréat . . . . .	316
<b>Médecin praticien et la lutte contre la tuberculose.</b> (J.-A. Jarry) . . . . .	181	Boulanger, le docteur Frédéric . . . . .	894
<b>Médecine pratique et formulaire:</b>		Bouvier, le docteur Joseph-Georges-Albert . . . . .	786
Acné, son traitement moderne. (Paul Poirier) . . . . .	393	Bruneau, le professeur Théodule. (J.-E. Dubé) . . . . .	113
Asthme cardiaque . . . . .	616	Bruneau, le professeur Théodule. (H.-M. Lebel) . . . . .	314
		Champagne, le Dr J.-E. . . . .	226
		Clerk, le docteur George E. . . . .	1348
		Dagenais, le docteur Achille . . . . .	1134
		Dalbis, le professeur L.-J. (Albert LeSage) . . . . .	97
		DeBellefeuille, le docteur Gaston-L. . . . .	1130
		DeBellefeuille, Gaston Lefebure. (E.-P. Benoit) . . . . .	1139

DeBellefeuille, le Dr Hertel Lefebure. (Paul Larivière) . . . . .	97	Assistance publique à Québec. Le coût de l' . . . . .	430
Demers, le Dr J.-A. . . . .	442	Assistance publique. Une loi de l' . . . . .	432
Fournier, Dr Noé. (L. Sylvestre) . . . . .	638	Association de la presse médicale française. Assemblée générale 12 octobre 1938 . . . . .	334
Gaspard, le Dr Dominique-F. . . . .	226	Association des médecins de Saint-Jean . . . . .	1246
Gatien, le docteur F.-Henri . . . . .	1348	Association internationale de cosmobiologie . . . . .	1344
Girouard, le Dr J.-A. . . . .	316	Association médicale fondée à Sherbrooke . . . . .	1246
Jodoin, le docteur Uldéric . . . . .	316	Association médicale franco-américaine . . . . .	1014, 1128
Lambert, le docteur Napoléon . . . . .	1134	Autorités municipales de Québec. Initiative des . . . . .	430
Lamontagne, le docteur Jean. (Albert Le-Sage) . . . . .	97	Bill d'anatomie en Saskatchewan . . . . .	334
Malo, le Dr Zénon . . . . .	316	Boucher, le docteur Roméo. Nommé directeur scientifique de l'hôpital St-Luc . . . . .	326
Martin, le docteur Valmont . . . . .	316	Brisebois, Maxime. Elu Grand Chevalier du Conseil Lafontaine des Chevaliers de Colomb . . . . .	890
Montpetit, Dr Elzéar . . . . .	555	Campagne contre le cancer . . . . .	1340
Pelletier, le docteur Charles-Eugène . . . . .	1134	Cartier, docteur Léo. Nomination à l'Hôtel-Dieu . . . . .	1336
Piuze, le docteur L.-G. . . . .	1348	Casgrain & Charbonneau. Concours . . . . .	330, 656
Plante, Dr C.-H. . . . .	555	Cerveau. Chirurgie du cerveau à la Faculté de Paris . . . . .	284
Robillard, le Dr Paul . . . . .	442	Chirurgie du cœur . . . . .	1336
Rochette, Dr J.-Alfred . . . . .	555	Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec. Nouvel exécutif du . . . . .	1126
Sabouraud, le docteur R. (Adrien Lambert) . . . . .	222	Collège des médecins et chirurgiens du Canada . . . . .	104
Saint-Jacques, le docteur Edmond . . . . .	1348	Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Le . . . . .	100
Sirois, le Dr L.-P. . . . .	226	Collège royal des Médecins et Chirurgiens du Canada. Réunion d'octobre à Ottawa . . . . .	1336
Taupier, le docteur Jean-Solomon . . . . .	786	Examens . . . . .	1338
Tremblay, Dr Patrick . . . . .	555	Concours d'agrégation . . . . .	552
Vallée, le Dr Roméo-H. . . . .	226	Concours pour la nomination d'assistants aux cours théoriques . . . . .	884
Verge, le docteur Edmond . . . . .	1134	Congrès américain d'obstétrique et de gynécologie . . . . .	1130
Verner, le Dr Ludovic . . . . .	442	Congrès annuel des médecins électro-radiologiques de langue française (Quatrième) . . . . .	785
<b>Neisseriennes. Sur la valeur du sulfanilamide dans le traitement des infections neisseriennes. (N. Fournier) . . . . .</b>	<b>134</b>	Congrès de l'insuffisance rénale. Deuxième . . . . .	892
<b>Néphrite hématurique. Un cas de (Rosaire Lauzer) . . . . .</b>	<b>944</b>	Congrès des pédiatres de langue française. Au Xe . . . . .	1130
<b>Névralgie du nerf glosso-pharyngien — Résection nerveuse exo-cranienne — Guérison. Chirurgie de la douleur. (La) (Urgel Garrépy) . . . . .</b>	<b>455</b>	Congrès des sociétés d'endocrinologie de la Petite Entente. 1er . . . . .	1132
<b>Nez. Les maladies du nez en pratique générale. (Ulysse Forget) . . . . .</b>	<b>35</b>	Congrès français de médecine XXVe . . . . .	890, 1250
<b>Nourrissons. La consultation de, son objet et ses activités. (Adélarde Groulx) . . . . .</b>	<b>475</b>	Conseil médical du Canada. Candidats heureux aux examens du . . . . .	890
<b>Nourrisson. La transfusion de sang chez le (Horace Viau) . . . . .</b>	<b>170</b>	Conseil national de recherches. Sous-comité de recherches médicales du . . . . .	426
<b>Nouvelles:</b>		Cours de perfectionnement en pédiatrie . . . . .	662, 782, 888
Agrégés en médecine. Election chez les professeurs, . . . . .	326	Cours de perfectionnement de l'Association pour le développement des relations médicales . . . . .	554
American College of Surgeons. Réunion à Toronto du 22 au 24 mars 1938 . . . . .	332		
Amyot, docteur Roma. Nomination à la chaire de neurologie . . . . .	1248		
Archibald, le professeur Edward . . . . .	102		
Asselin (Prix 100 dollars) . . . . .	1014		

Cours médico-chirurgicaux de perfectionnement sur la tuberculose pulmonaire, les suppurations bronchiques, pulmonaires et pleurales, du professeur Emile Sergent. Musée Letulle — Hôpital Boucicaut, rue de la Convention.	
Cours. Ouverture officielle des cours de 1938-1939 à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal . . . . .	<b>1126</b>
Dentistes. Association des . . . . .	<b>430</b>
Desrochers. Banquet au docteur J.-E. . . . .	<b>1244</b>
Dubé. Bel hommage au professeur J.-E. . . . .	<b>888</b>
Dubé, le professeur J.-E. Membre correspondant étranger de la "Société Française de Cardiologie" . . . . .	<b>426</b>
Ecoles. Inspection médicales des . . . . .	<b>552</b>
Etudes médicales. Révision des . . . . .	<b>558</b>
Faculté de médecine diplômes le 27 mai 1938 . . . . .	<b>780</b>
Faculté de Médecine. Elections . . . . .	<b>784</b>
Fédération d'hygiène infantile . . . . .	<b>784</b>
Frappier, docteur Armand. Nomination à la chaire de bactériologie . . . . .	<b>1336</b>
Frappier, docteur Armand. Soutenance de thèse . . . . .	<b>1336</b>
Fusion de l'"Union" et du "Bulletin". La presse médicale commente la . . . . .	<b>462</b>
Gendreau. Mission du professeur Gendreau à la Semaine Internationale contre le cancer. . . . .	<b>1250</b>
Gérin-Lajoie, le docteur Léon. Nomination à la chaire de Gynécologie . . . . .	<b>1248</b>
Gérin-Lajoie, le docteur Léon. Président de la Société Médicale de Montréal . . . . .	<b>102</b>
Grégoire, le docteur Jean. (Félicitations) . . . . .	<b>100</b>
Groulx, le docteur Adélar. (Félicitations) . . . . .	<b>100, 784</b>
Hôpitaux de la Province de Québec approuvés par l'American College of Surgeons . . . . .	<b>1244</b>
Hôpital du Sacré-Coeur (Séances cliniques) . . . . .	<b>1128</b>
Initiative municipale. Belle . . . . .	<b>552</b>
Institut de microbiologie. Fondation d'un, par le Gouvernement de la Province de Québec . . . . .	<b>552</b>
Institut microbiologique de Montréal. Inauguration de l' . . . . .	<b>1244</b>
Institut Scientifique Franco-Canadien . . . . .	<b>886</b>
Internes. Status des internes dans les hôpitaux de New York . . . . .	<b>1340</b>
Joubert, le docteur L. de G., professeur agrégé . . . . .	<b>552</b>
Intras. Sympathies au docteur Albert . . . . .	<b>1336</b>
Laboratoire. Nécessaires pour examens de . . . . .	<b>1014</b>
Langevin, Dr Stephen. Sympathies au . . . . .	<b>784</b>
Leblond, le docteur W., de Québec. Honneur au . . . . .	<b>558</b>
Legeault, docteur J.-P. Nomination à l'Hôtel-Dieu . . . . .	<b>1336</b>
LeSage, le professeur Albert. Membre correspondant étranger de la "Société Française de Cardiologie" . . . . .	<b>426</b>
Loi de l'opium et des drogues narcotiques . . . . .	<b>1016</b>
Longtin, docteur J.-E. Nomination à l'Hôtel-Dieu . . . . .	<b>1336</b>
MacPhail, sir Andrew . . . . .	<b>1342</b>
Magnan, docteur Arthur. Nomination à la chaire de gynécologie . . . . .	<b>1336</b>
Marin. Le docteur Albéric, nommé Président du Conseil Médical de l'Hôpital Notre-Dame . . . . .	<b>1248</b>
Martin, le professeur Louis, de l'Institut Pasteur de Paris, invité de la Faculté de Médecine de Montréal . . . . .	<b>880</b>
Masson, le professeur Pierre. Nomination . . . . .	<b>426</b>
Médecine étatisée de nouveau rejetée par le Gouvernement. La . . . . .	<b>432</b>
Médecine Française. La . . . . .	<b>383</b>
Médecins hygiénistes. Congrès des . . . . .	<b>430</b>
Morin, le docteur Paul. Sympathies au . . . . .	<b>784</b>
Narcotiques au pays. Commerce illicite des . . . . .	<b>430</b>
Nègre, docteur Léopold. Mission scientifique . . . . .	<b>1008</b>
Oeil humain. Radiations de l' . . . . .	<b>328</b>
Pautrier. Médaille du prof. L.-M. . . . .	<b>1130</b>
Poirier, le docteur Paul. Nomination . . . . .	<b>426</b>
Poliomyélite. Déclaration de la . . . . .	<b>552</b>
Rayons X ont un nouvel usage. Les . . . . .	<b>102</b>
Recherches médicales au Canada. Conférences sur l'organisation des . . . . .	<b>326</b>
Saint-Germain, le docteur J. Prud'homme, élu surintendant de l'Hôpital Ste-Jeanne-d'Arc . . . . .	<b>890</b>
Saint-Jacques, le professeur Eugène. Académie des Sciences au . . . . .	<b>102</b>
Saucier, le docteur Jean. Nomination à la chaire de neurologie . . . . .	<b>1248</b>
Section de la lutte contre la tuberculose au Service de la Santé de Montréal . . . . .	<b>1336</b>
Semaine Internationale contre le cancer à Paris . . . . .	<b>1248</b>
Semaine internationale contre le cancer . . . . .	<b>1342</b>
Sergent, le professeur Emile. Hommage . . . . .	<b>224</b>
Statistiques. Belles statistiques pour Montréal . . . . .	<b>888</b>
Thèses. Soutenances de (MM. Roma Amyot, Jean Saucier et Arthur Magnan) . . . . .	<b>656</b>
Tiffeneau, le professeur Marc. Doyen de la Faculté de Médecine de Paris . . . . .	<b>102</b>
Tooke, le docteur F.-T. Nomination . . . . .	<b>426</b>
Tuberculose. Comité de défense contre la . . . . .	<b>99</b>
Tuberculose en diminution à Montréal. La . . . . .	<b>432</b>
Turpin, docteur Raymond . . . . .	<b>1012</b>

Union thérapeutique . . . . .	785	<b>Plaies par balle du gros intestin. Considérations sur deux cas</b> (Charles Lefrançois) . . . . .	698
Unités sanitaires de la Province de Québec à l'honneur . . . . .	558	<b>Pleurésie purulente enkystée de la plèvre droite. Péricardite suppurée et</b> (J.-E. Dubé) . . . . .	131
Université de Montréal (épreuves d'agrégation) . . . . .	884	<b>Plexus solaire. Réactions douloureuses du plexus solaire vis-à-vis l'infection et l'intoxication</b> (Alfred Mousseau) . . . . .	242
Université Laval. Inscriptions hâtive à la Faculté de Médecine de . . . . .	104	<b>Pneumonies et broncho-pneumonies. Diagnostic et traitement biologique des</b> (Armand Frappier) . . . . .	371
Vacances de Noël sur la Côte d'Azur . . . . .	1346	<b>Pneumonies. Sur l'interprétation des images radiologiques dans les</b> (Albert Jutras) . . . . .	363
Vaccination antidiptérique obligatoire en France . . . . .	784	<b>Pneumonies. Valeur de la sérothérapie dans les</b> (Jules Prévost) . . . . .	376
Vaccination antituberculeuse . . . . .	784	<b>Pneumothorax artificiel. Quelques considérations sur l'hémoptysie tuberculeuse et le</b> (Herman Gauthier) . . . . .	838
Valin, le docteur R.-E. (Félicitations) . . . . .	99	<b>Poliomyélite. Prophylaxie de la</b> (Jean Saucier) . . . . .	717
Variole. Vaccination obligatoire contre la . . . . .	886	<b>Poliomyélite. Traitement précoce de la</b> (J.-Henri Charbonneau) . . . . .	719
<b>O</b>			
<b>Ondes courtes. L'effet thérapeutique des ondes courtes est-il autre chose qu'un effet de la chaleur.</b> (G. Pinsonneault) . . . . .	166	<b>Polyatheromatose. Les poussées aiguës de</b> (C. Lian et F. Siguier) . . . . .	266
<b>Osthéochondrite fémorale juvénile et troubles endocriniens.</b> (C.-E. Grignon) . . . . .	144	<b>Poumon. Absès du poumon à flore microbienne mixte. Guérison spontanée.</b> (J.-E. Dubé) . . . . .	238
<b>P</b>			
<b>Paget. Leontiasis ossea et maladie de</b> (G. Pinsonneault et Albert Jutras) . . . . .	444	<b>Poumon. Cancer du. Deux observations personnelles.</b> (J.-E. Dubé) . . . . .	12
<b>Paludisme. Colibacillose ou paludisme chez une brightique.</b> (M. Roch) . . . . .	1292	<b>Pour que survive notre esprit français.</b> (Louis Franceour) . . . . .	1297
<b>Pancréatite aiguë. Un cas de</b> (Albert LeSage et Gaétan Barry) . . . . .	235	<b>Programme antituberculeux dans la Province de Québec. Le</b> (J.-A. Couillard) . . . . .	176
<b>Paralysie des mouvements volontaires des globes oculaires dans toutes les directions. Paralysie dissociée de la motilité oculaire réflexe. Hémiplégié gauche. Syndrome d'origine vasculaire.</b> (Jean Saucier) . . . . .	229	<b>Poussées aiguës de polyatheromatose. Les</b> (C. Lian et F. Siguier) . . . . .	266
<b>Paralysie du membre supérieur par traumatisme de l'épaule.</b> (Roma Amyot et Roland Décarie) . . . . .	270	<b>Psychisme de l'accidenté. Le</b> (I. Côté) . . . . .	1170
<b>Perforations gastro-duodénales aiguës en péritoine libre.</b> (Paul-A. Poliquin) . . . . .	813	<b>Pylore. La sténose ulcéreuse du pylore et ses complications.</b> (J. E. Dubé) . . . . .	350
<b>Perforation. Ulcères gastro-duodénaux et P. itératives.</b> (P. Smith) . . . . .	942	<b>Pyrétoènes. Etude comparative de trois agents</b> (Albéric Marin et Georges Leclerc) . . . . .	688
<b>Péricardite adhésive (Syndrome de Pick) La</b> (Henri Gélinas) . . . . .	360	<b>Pyrétothérapie. Malariathérapie versus pyrétothérapie dans le traitement de la syphilis nerveuse.</b> (Albéric Marin) . . . . .	161
<b>Péricardite suppurée et pleurésie purulente enkystée de la plèvre droite.</b> (J.-E. Dubé) . . . . .	131	<b>Pyrétothérapie versus malariathérapie dans le traitement de la syphilis nerveuse.</b> (Albéric Marin) . . . . .	161
<b>Péritoine libre. Perforations gastro-duodénales aiguës en</b> (Paul-A. Poliquin) . . . . .	813	<b>Pyrétothérapie physique. L'arthrite gonococcique. Son traitement par la</b> (Lucien Sylvestre) . . . . .	1285
<b>Phlegmons du cou d'origine dentaire. Considération sur certains</b> (Jean Tremblay) . . . . .	593	<b>R</b>	
<b>Physiothérapie et du radiodiagnostic. L'enseignements de la</b> (A. Laquerrière) . . . . .	275	<b>Radiodiagnostic. L'enseignement de la physiothérapie et du</b> (A. Laquerrière) . . . . .	275
<b>Pick. Syndrome de. Péricardite adhésive syndrome de</b> (Henri Gélinas) . . . . .	360	<b>Radiologie. (Exploration de l'œsophage, de l'estomac et du petit intestin avec substance opaque en sac de caoutchouc.)</b> (J. E. Gendreau et Albert Jutras) . . . . .	119

<b>Radiologiques. Interprétation des images radiologiques dans les pneumonies.</b> (Albert Jutras) . . . . .	363
<b>Radiologiques. Les signes R. du mucocèle appendiculaire.</b> (Albert Jutras) . . . . .	251
<b>Radiologique. L'exploration radiologique de l'appareil respiratoire devant la clinique.</b> (Emile Sergent) . . . . .	902
<b>Recherche et correction des déficiences physiques au cours de l'examen médical des enfants des écoles.</b> (Jules Brien) . . . . .	853
<b>Reins en « L ». Symphyse rénale par bords libres. Deux observations.</b> (Paul Bourgeois) . . . . .	466
<b>Rhino-bronchites descendantes. Les</b> (Hervé Legrand) . . . . .	141
<b>Revue des livres:</b>	
Application de la méthode de centrage en deux temps ou anatomo-géométrique et du centreur radio-stéréoradiographique à l'examen radiographique de l'os temporal. (Docteur Chaussé) . . . . .	994
Chirurgie et radiations dans le traitement des cancers. (Henri Fruchaud) . . . . .	418
Cours d'hygiène professés à l'université de Montréal. (J.-A. Baudouin) . . . . .	214
Diagnostic bactériologique de la tuberculose. (A. Saenz et L. Costil) . . . . .	640
Etude radiologique des rhumatismes chroniques vertébraux. (Charles Proulx) . . . . .	642
Exploration radiologique post-opératoire de la voie biliaire principale. (B. Desplas, P. Moulouguet et P. Malgras) . . . . .	758
Introduction à la chirurgie digestive. (E.-E. Lauwers) . . . . .	760
La race française. (René Martial) . . . . .	639
Le cycle de l'infection T. B. Humaine. (Jacques Brun) . . . . .	318
La pratique de la collapsothérapie en Phtisiologie. (M. Piery et B. M. Bourdalles) . . . . .	1334
La syphilis du système nerveux (A. Sezary) . . . . .	1332
Le souffle systolique. (J. Walser) . . . . .	1328
Les Annales médico-chirurgicales de l'hôpital Sainte-Justine. (J. S.) . . . . .	1328
Les états anxieux. (Henri Claude et J. Levy-Valensi) . . . . .	1240
Les hémorragies utérines avant et après la ménopause. (Claude Bécclère) . . . . .	216
Les ondes électriques courtes en biologie. (E. Schliephake) . . . . .	1240
Les régulations hormonales en biologie, en clinique et en thérapeutique. Rapports présentés aux journées médicales de Paris internationales 1937 . . . . .	106
Manuel de bactériologie (Albert Bertrand) . . . . .	1120

Manuel d'instructions pour l'inspection médicale des écoles. (Dr Adélard Groulx) . . . . .	996
Névrose cardiaque. (Dr José Proenca de Moura) . . . . .	998
Race, hérédité, folie. (René Martial) . . . . .	757
Radiothérapie gynécologique — Curie et Röntgentherapie. (Mathey-Cornat) . . . . .	317
Sénescence et rajeunissement. (Docteur Paul Niehans) . . . . .	317
Traitement des constipations fonctionnelles. (Gabriel et Roland Leven) . . . . .	546
Tuberculose du tube digestif. (A. Cade, P. Santy et J. Heitz) . . . . .	1124

## S

<b>Sarcome central de la région du genou. Diagnostic de l'abcès osseux central et du</b> (L.-C. Favreau) . . . . .	136
<b>Sclérose en plaques. Contribution à l'étude de la</b> (Roma Amyot) . . . . .	907
<b>Sclérose en plaques. La</b> (Roma Amyot) . . . . .	829
<b>Sein. Sur la fréquence du cancer du S. chez la femme dans la province de Québec, de 1927 à 1936.</b> (L.-C. Simard) . . . . .	565
<b>Sein. Tuberculose vs épithélioma du.</b> (A. Bel-lerose et G.-E. Peloquin) . . . . .	253
<b>Septicémie post-abortum à straphylocoques blancs.</b> (A. Pettigrew) . . . . .	256
<b>Sergent. Le professeur Emile... Hommage au.</b> (Albert LeSage et J.-E. Dubé, P. Desfosses, J.-A. Vidal, J.-A. Jarry, Gaëtan Jarry, Eugène St-Jacques) . . . . .	386 à 390
<b>Sérothérapie. Valeur de la sérothérapie dans les pneumonies.</b> (Jules Prévost) . . . . .	376
<b>Sociétés et congrès:</b>	
Assemblée scientifiques du bureau médical de l'hôpital Notre-Dame:	
Séance du 9 novembre 1937 . . . . .	85
Séance du 9 décembre 1937 . . . . .	205
Séance du 10 février 1938 . . . . .	302
Séance du 17 mars 1938 . . . . .	519
Séance du 21 avril 1938 . . . . .	628
Séance du 19 mai 1938 . . . . .	748
Assemblée scientifiques du bureau médical de l'hôpital Saint-Luc:	
Séance du 14 octobre 1937 . . . . .	92
Séance du 16 décembre 1937 . . . . .	213
Séance du 27 janvier 1938 . . . . .	311
Séance du 17 mars 1938 . . . . .	527
Séance du 29 mai 1938 . . . . .	1112
Association médicale Franco-Américaine . . . . .	93
Chicago Tumor Institut . . . . .	432
IVe. Congrès annuel des médecins électro-radiologistes de langue française . . . . .	438
XVIIe. Congrès d'anesthésie. . . . .	438



<b>Traumatisme de l'épaule. Paralyse du membre supérieur par</b> (Roma Amyot et Roland Décarie) . . . . .	270
<b>Traumatismes abdominaux. La Chirurgie en Province.</b> (Guy d'Argencourt) . . . . .	1288
<b>Traumatisme. Le problème du traumatisme fermé de l'abdomen.</b> (A. Bellerose) . . . . .	940
<b>Tremblements. Les</b> (Roma Amyot) . . . . .	1159
<b>Tuberculose à Montréal. Situation de la</b> (Ad. Groulx) . . . . .	1196
<b>Tuberculoses cutanées. Heureux résultats thérapeutiques dans les tuberculoses cutanées et dans la lèpre avec certains extraits pancréatiques.</b> (Marcel Pinard) . . . . .	715
<b>Tuberculose. Médecin praticien et la lutte contre la</b> (J.-A. Jarry) . . . . .	181
<b>Tuberculose pulmonaire. Défaillance de l'auscultation en</b> (Jean-Philippe Paquette) . . . . .	825
<b>Tuberculose vs Epithélioma du sein.</b> (A. Bellerose et G.-E. Peloquin) . . . . .	253
<b>Tuméfactions du flanc et de la fosse iliaque droits. Les</b> (Edouard Desjardins) . . . . .	158
<b>Tumeurs. Les indications de la biopsie dans le diagnostic des</b> (G. Pinsonneault) . . . . .	597

## U

<b>Ulcères gastro-duodénaux. Perforations itératives.</b> (Pierre Smith) . . . . .	942
<b>Ulcérations syphiloïdes à structure histologique d'épithélioma spino-cellulaire, guérissant par le traitement antisyphilitique.</b> (Albéric Marin et A. Bernier) . . . . .	810
<b>Université de Montréal. Chaire d'Urologie. — Leçon inaugurale.</b> (Oscar Mercier) . . . . .	1257
<b>Urétrite aiguë. Sur l'emploi du sulfanilamide dans le traitement de l'</b> (Lucien Sylvestre) . . . . .	136
<b>Utérines. Les hémorragies</b> (Edmond Piette) . . . . .	1182
<b>Utérines. Les hémorragies fonctionnelles pré-ménopausiques.</b> (Claude Bécclère et Raymond Simard) . . . . .	1150

## V

<b>Vaccination antituberculeuse par le B.C.G. La</b> (Léopold Nègre) . . . . .	1147
<b>Vaccino-chimio-pyrétothérapie. Amélioration ultra-rapide d'un cas de syphilis nerveuse par la</b> (Albéric Marin) . . . . .	1283
<b>Vaccino-chimio-pyrétothérapie de la syphilis nerveuse. La</b> (Albéric Marin) . . . . .	249

## TABLE ALPHABÉTIQUE DES ANALYSES

<b>A</b>			
Abdominale. Le drainage de la cavité . . . . .	195	Blennorragie. Evaluation de la technique de fixation du complément dans la, . . . . .	297
Acide hippurique pour apprécier le fonctionnement du foie. Le dosage de l' . . . . .	1305	Blennorragie. La Para-amino-phényl-sulfamide dans 44 cas de, . . . . .	296
Addison (maladie d') traitée: guérison clinique	288	Bronchite capillaire et son traitement par la saignée et la transfusion de sang . . . . .	1228
Adhérences. Considérations sur la section d', .	497	Bruit. Le problème du, . . . . .	291
Aliments. Les modifications physiques et chimiques subies par les aliments au cours des manipulations culinaires . . . . .	494	<b>C</b>	
Allergie tuberculinique chez l'enfant. Contribution à l'étude de l', . . . . .	738	Cacosmies buccales . . . . .	1303
Alopécie marginale traumatique . . . . .	985	Cancer du rein. Intérêt de l'urétéro-pyelographie rétrograde dans le . . . . .	1309
Amygdale. Les méthodes d'irradiation des tumeurs malignes de... (sarcomes et cancers) et leurs résultats . . . . .	624	Cancer gastrique à forme chorio-épithéliomateuse. Sur le, . . . . .	741
Anastomoses artério-veineuses congénitales .	1101	Cancer. Rapport sur la profession et le, . . . .	1107
Angine de poitrine. Le traitement chirurgical de l'angine de poitrine par les méthodes de revascularisation du myocarde . . . . .	396	Cancer utérin. Diagnostic précoce du, . . . . .	736
Angine de poitrine. Valeur de l'électrocardiographie dans l', . . . . .	733	Cardiaques décompensés. Les images scissurales chez les..., leur fréquence et leur signification . . . . .	290
Angiomes artériels du cerveau. Les hémorragies méningées récidivantes dans les, . . . .	861	Cardio-rénal azotémique. Aspects radiologiques simulant la tuberculose pulmonaire chez un, . . . . .	290
Angiomes. Le traitement des, . . . . .	624	Céphalée. Considérations sur la . . . . .	1308
Annexites gonococciques. Le syndrome abdominal supérieur et pleuro-diaphragmatique aigu au cours des, . . . . .	399	Césarienne basse. Analyse de 166 opérations de, . . . . .	197
Aortique. Coaptation aortique adulte et infantile combinée avec occlusion concomitante de la veine cave supérieure . . . . .	189	Césarienne. Injection intraveineuse d'hypophysine au cours de la, . . . . .	295
Anus patulus . . . . .	734	Césarienne par incision du segment inférieur	198
Appendicite pseudo-néoplasique. De l', . . . .	734	Césarienne segmentaire. Protection de la cavité péritonéale au cours de la césarienne segmentaire au moyen de compresses imperméabilisées fixées au péritoine viscéral	400
Asthme. Pneumothorax spontané dans l', . . .	735	Chirurgie pulmonaire en sanatorium public. Etude critique des résultats de deux ans de,	982
Avortement récidivant et la stérilité. Influence des facteurs hormonaux sexuels sur l', . .	737	Chorée de Sydenham et son traitement par la liqueur de Boudin. Etudes étiopathogéniques sur la, . . . . .	985
<b>B</b>		Collapsothérapie. Manifestations rhumatismales déclanchées chez un tuberculeux par la,	299
« Bacillus funduliformis ». Les septico-pyohémies à . . . . .	1301	Collapsothérapie extra-pleurale. Essai de, . . .	859
Bacilles tuberculeux dans les sécrétions gastriques obtenues par lavage d'estomac chez les nourrissons et chez les enfants . . . . .	195	Côlon d'origine sociale. Troubles fonctionnels du . . . . .	1302
Basedow. Indications du traitement chirurgical de la maladie de, . . . . .	1100	Cure déclive. Efficacité de la, . . . . .	735
Benzothérapie dans les suppurations et gangrènes pulmonaires . . . . .	1226	Cyphoses congénitales . . . . .	1310
Biopsie en dermatologie. De la valeur et des indications de la, . . . . .	1234	<b>D</b>	
		Dépilatoire. Action dépilatoire de l'essence éthyl . . . . .	297
		Dermatite et stomatite dues aux obturations en amalgame . . . . .	1105
		Dermatite et stomatite causées par le mercure des amalgames pour obturations dentaires	1312
		Dermatite par tryparsamide . . . . .	740

Dermite vénééuse. Prévention de la dermite vénééuse due à "l'herbe à la puce" . . .	402	Grossesse. Diagnostic de la grossesse par la réaction de Brouha-Hinglais-Simonnet . . .	71
Diabète. Différents degrés d'efficacité du traitement du, . . . . .	1099	Grossesse ectopique. Cent cas de, . . . . .	1105
Diabète. Les problèmes du traitement du, . . .	858	Grossesse. L'insuffisance surrénale de la grossesse et son traitement . . . . .	401
Diabète et grossesse . . . . .	295	Grossesse. Soins durant la . . . . .	1312
Diabétiques. Résultats chirurgicaux chez des diabétiques suivis et non suivis . . . . .	398	Grossesses tubaires. Certaines modifications des trompes de Fallope comme cause pathologique des, . . . . .	1105
Diphthérie. La vaccination au moyen de l'anatoxine diphrigue et la prophylaxie de la, . . . . .	858	Grossesse tubaire. Diagnostic de la, . . . . .	1104
Duodénum. Le diagnostic des diverticules du . . . . .	1313		
Dysphagie intermittente. Quelques remarques critiques à propos d'une observation personnelle de, . . . . .	396	<b>H</b>	
<b>E</b>		Hémocultures. Les . . . . .	1313
Eclampsie. Le rectanol dans le traitement de, . . . . .	401	Hémorragies graves par insertion de l'oeuf dans les premiers mois de la grossesse. Les, . . . . .	1105
Electrocardiographie. Valeur de l'électrocardiographie dans l'angine de poitrine . . . . .	733	Hémothorax tardifs après pneumothorax. Les, . . . . .	735
Eruptions secondaires. Les, . . . . .	403	Héparine. De l'usage de l'héparine dans la thrombose . . . . .	1101
Erythème du 9e. jour (compliquée de jaunisse et d'hépatite aiguë par suite de la continuation du traitement arsenical) . . . . .	862	Hémothorax tardifs après pneumothorax. Les, . . . . .	735
Erythème noueux et ses causes. L', . . . . .	188	Héparine. De l'usage de l'héparine dans la thrombose . . . . .	1101
Erythème polymorphe s'accompagnant d'angine de Vincent . . . . .	502	Hépatothérapie dans les syndromes neuro-anémiques. L', . . . . .	1234
Erythémie. Trois cas d', . . . . .	68	Herpès simple. Radiothérapie de l', . . . . .	625
<b>F</b>		Histamine en thérapeutique. Les microdoses d'histamine en thérapeutique, en particulier dans le traitement des états allergiques (asthme, urticaire, migraine) et des ulcères gastro-duodénaux . . . . .	619
Fibromes utérins. Conservation des trompes et des ovaires dans le traitement chirurgical des, . . . . .	196	Hormones gonadotropes du sérum sanguin chez les femmes enceintes. Diagnostic biologique fait par l'étude quantitative des, . . . . .	623
Fièvre rhumatismale. Rôle de la... dans l'"implantation" d'une endocardite bactérienne . . . . .	189	Hygiène. Vingt-cinq ans de progrès en, . . . . .	292
Fistules post-opératoires. Sur un mode de traitement des, . . . . . Rapport de M. Basset . . . . .	293	Hyperglycémies. Epreuves d'... provoquées normales . . . . .	495
<b>G</b>		Hypertension artérielle. Nouvelles recherches sur l'hérédité de, . . . . .	618
Galactosurie provoquée et examen radiologique intestinal . . . . .	191	Hypertension artérielle par ischémie rénale. L', . . . . .	981
Gastrectomie. Quelques réflexions sur la gastrectomie dans l'ulcère gastro-duodéal . . . . .	70	Hypertension. A propos d'une forte hypertension causée par un phaeochromocytome d'une glande surrénale accompagné d'adénomes d'autres organes endocriniens . . . . .	189
Gastrite antrale et spasme . . . . .	1306	Hypertension essentielle. Etudes expérimentales ayant trait à la pathogénie de l', . . . . .	856
Genou. Le traitement des tumeurs à cellules géantes de la région du, . . . . .	196	Hypertension. Rôle hypothétique des surrénales dans l'hypertension. Recherche expérimentale . . . . .	857
Glandes salivaires. L'infection des, . . . . .	980	<b>I</b>	
Clycosurie et sa signification. La, . . . . .	188	Ictère. Nature des hémorragies au cours de l', . . . . .	733
Goitre exophtalmique avec asystolie et rythme cardiaque normal . . . . .	620	Iléus biliaire. A propos de l', . . . . .	399
Gonorrhée chez l'homme. Critères de guérison dans la, . . . . .	404	Iléus post-opératoire aigu spasmodique par la simple rachianesthésie. Nouvelles guérisons d', . . . . .	1103



Peau. Les maladies de la peau chez les déments . . . . .	986	Radioscopie systématique. Le contrôle clinique et bactériologique de la, . . . . .	73
Phlébite bleue. La, . . . . .	1228	Rayons "gamma". Action biologique exercée par les rayons "gamma" sur le système glandulaire et pilifère de la peau en conditions normales et pathologiques . . . . .	739
Pituitrine par voie intraveineuse, dans la troisième période de travail. L'emploi de la, . . . . .	296	Rayons X. L'action biologique comparée des neutrons et des, . . . . .	198
Pityriasis versicolore s'étendant au cuir chevelu . . . . .	862	Rectaux. Les signes cliniques rectaux et le chirurgien général . . . . .	294
Pleurésies purulentes aiguës. Formes cliniques et traitement . . . . .	69	Reins. Calculs du rein et complications . . . . .	188
Pneumatose vésicale . . . . .	405	Reins et hypertension artérielle . . . . .	1304
Pneumoconiose et épithélioma du poumon . . . . .	405	Rénal. La recherche du bilan, . . . . .	397
Pneumo-péritoire dans ses récentes applications thérapeutiques. Le, . . . . .	983	Rhumatisants. Sensibilité des rhumatisants aux produits streptococciques . . . . .	1238
Pneumothorax extrapleurale. Du, . . . . .	1099	Rhumes. Maladie endémique. Les, . . . . .	291
Pneumothorax. Les hémithorax tardifs après, Pneumothorax spontané dans l'asthme . . . . .	735	Roentgentherapie des adénoïdites. La, . . . . .	404
Pneumothorax thérapeutique. A propos des accidents nerveux du, . . . . . Leur prophylaxie	982	"Rossium". Traitement des toxicomanies par le, . . . . .	732
Poliomyélite. Chémoprophylaxie de la, . . . . .	621	Rythme et de la tonicité cardiaque. Les facteurs extra-cardiaques anaphylactiques hépatiques, hépato-digestifs et endo-craniens des troubles du, . . . . .	984
Polynévrite des alcooliques. Action du traitement de la, par la vitamine B (B1) . . . . .	293		
Poumons. Aspects comparatifs radiologiques et anatomo-pathologiques des poumons après inhalation expérimentale des poussières . . . . .	1106	<b>S</b>	
Poumon coquelucheux et son image radiologique. Le, . . . . .	858	Sang. Le pouvoir bactéricide du sang. Sa mesure et sa valeur en clinique . . . . .	741
Poumon. Répartition des tensions élastiques du, . . . . .	497	Schizophrénie (démence précoce). A propos du mode d'action de l'insuline et du cardiazol dans la thérapeutique de la, . . . . .	193
Projectiles du coeur et du médiastin. Résultats éloignés de 55 cas après plus de 20 ans	1101	Schizophrénie. Le traitement de la, . . . . . par les convulsions provoquées par le Metrazol . . . . .	500
Prolapsus chez la femme après la ménopause. Problème thérapeutique du, . . . . .	736	Schizophréniques. Remarques sur le traitement des états, . . . . . par le coma insulinaire . . . . .	194
Prolapsus génital. Sur des particularités de l'opération du, . . . . .	400	Sérothérapie préventive antivaccinale. Essais de, . . . . .	625
Prostatectomie. De la nécessité de pratiquer une exploration complète de la vessie avec toute, . . . . . Technique urologique . . . . .	1232	Sérum anti-diphtérique. De la disparition chez le cobaye du pouvoir vaccinant de l'anatoxine diphtérique en présence du, . . . . .	987
Protamine-zinc-insuline chez les diabétiques. Les effets de la . . . . .	1306	Stase duodénale . . . . .	1306
Prurit anal tenace. Un traitement radical du, . . . . .	1232	Stérilité chez la femme. La, . . . . .	189
Pyélocystites du nourrisson et anomalies congénitales des voies urinaires . . . . .	622	Stérilité. Etude de 110 cas de, . . . . . à l'aide de l'hystéro-salpingographie . . . . .	1311
Pyrétothérapie artificielle. Mort d'un enfant consécutive à la, . . . . .	861	Sulfamino-thérapie antigonococcique. Technique et précautions à prendre . . . . .	403
Pyrétothérapie comme traitement adjuvant de la neuro-syphilis . . . . .	402	Symphise pleurale. Contribution au diagnostic de la . . . . .	1305
Pyrétothérapie du chancre mou et ses complications, . . . . . La, . . . . .	1236	Syndromes douloureux d'envahissement large du squelette. Les, . . . . .	1102
		Syndrome parkinsonien post-encéphalitique. Le sulfate de benzédrine dans le, . . . . .	738
<b>R</b>		Syphilis chez les mères nécessiteuses. La, . . . . .	986
Rachianesthésie. Nouvelles guérisons d'iléus post-opératoire aigu spasmodique par la simple, . . . . .	1103	Syphilis du tractus gastro-intestinal . . . . .	190
Radiodermite ulcéreuse rebelle. A propos de, . . . . .	502	Syphilis. Le dépistage de la syphilis dans une clinique d'urologie . . . . .	740
		Syphilis. Les sources d'infection de la, . . . . .	1106

Système glandulaire et pilifère de la peau en conditions normales et pathologiques. Action biologique exercée par les rayons "gamma" sur la, . . . . .	739	Tuberculose. Essais de prémunition des cobayes contre la, . . . . .	1100
Système nerveux. Le traitement des infections aiguës du... central par le sulfanilamide . . .	1307	Tuberculose iléo-caecale. La, . . . . .	1102
<b>T</b>			
Technique urologique. De la nécessité de pratiquer une exploration complète de la vésie avant toute prostatectomie . . . . .	1232	Tuberculose-infection et la tuberculose-maladie. Existe-t-il un abîme au point de vue du nombre entre la, . . . . .	857
Thoracopulmonaires. Le traitement des blessures thoraco-pulmonaires et de leurs complications . . . . .	620	Tuberculose pulmonaire. La notion de position dans le traitement de la, . . . . .	735
Thrombose. De l'usage de l'héparine dans la, . . . . .	1101	Tuberculose pulmonaire. Les surinfections exogènes dans le cours de la, . . . . .	191
Tomographie. Les insuffisances de la radiographie ordinaire en phtisiologie et leur correction par la, . . . . .	496	Tuberculose pulmonaire et contusions thoraciques . . . . .	398
Toxicomanies. Traitement des toxicomanies par le "Rossium" . . . . .	732	Tuberculose vésicale primitive. La, . . . . .	1232
Toxine diphtérique. Influence des arsénobenzols sur la, . . . . .	72	Tuberculose vulvaire. La, . . . . .	1236
Traitements dia-céphalo-rachidiens, Les . . .	74	Tumeurs ano-rectales. Les, . . . . .	1230
Transfusions de sang placentaire pratiquées avant et après les opérations. Les, . . . . .	623	Tumeurs des cavités nasales et paranasales . . .	986
Transplants osseux en chirurgie orthopédique. L'utilisation des, . . . . .	1103	Tumeurs. Les petites tumeurs sous-cutanées bénignes à type d'hyperalgie hyperdiffusante (Tumeurs glomiques de Masson) . . . . .	401
Traumatismes crâniens. Résultats définitifs du traitement de 655 cas de . . . . .	1307	Tumeurs malignes du foie chez l'enfant et chez l'adulte. Possibilités chirurgicales dans les . . .	1308
Trompes de Fallope. Certaines modifications des trompes de Fallope comme cause pathologique des grossesses tubaires . . . . .	1106	Tumeur mixte maligne de la paroi thoracique (Carcino-osteogenic sarcoma) . . . . .	71
Tubercules cérébraux guéris par le traitement chirurgical. A propos de quatre cas de, . . .	501	Typhoïde. Epidémie de fièvre typhoïde à Grava Rapids, Mich. . . . .	291
Tuberculeux. Etudes du système neuro-végétatif chez les tuberculeux au moyen du réflexe oto-cardiaque . . . . .	984	<b>U</b>	
Tuberculoses chirurgicales. Des divers modes d'application de l'antigène méthylique dans le traitement des, . . . . .	195	Ulcère gastrique et duodéal. Traitement (de l') par des injections intraveineuses de bromure de sodium et de sulfate d'atropine . . .	65
Tuberculose dans les collectivités d'enfants. Insuffisance de la prophylaxie de la, . . . . .	74	Ulcère gastrique. Evolution de l' . . . . .	1302
Tuberculose du col utérin (Tuberculosis of the Cervix) . . . . .	72	Ulcères gastro-duodénaux. Les indications du traitement chirurgical des . . . . .	68
		Ulcère peptique non sténosant. Traitement de, . . .	70
		Utérus fibromateux. Les vrais et les faux, . . .	736
		<b>V</b>	
		Vaccins antirabiques phéniqués. Essais expérimentaux sur la valeur pratique des, . . . . .	73
		Vascularisation. L'influence des troubles de la vascularisation sur la croissance en longueur des os. Etude expérimentale . . . . .	859
		Vésicule. Faux aspects diverticulaires par pliquature de la, . . . . .	1107
		Vitamines. Les propriétés thérapeutiques des, . . .	856

## TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

### A

**AMYOT, Roma** . 106, 193, 194, **270**, 292, 293,  
 500, 501, 639, **829, 907**, 732, 733, 738, 739,  
 856, 857, 861, 981, 984, **1031**, 1120, **1159**,  
 1226, 1234, 1307, 1308.  
**ARCHAMBAULT, P.-R.**,  
 93, 398, 496, 620, 735, 859, 983, 1226, 1305.  
**AUMONT, Gérard** . . . . . **588, 823**

### B

**BARBEAU, Antonio** . . . . . **1166**  
**BARIL, Edmond** . . . . . 860, 861  
**BARIL, Henri** . . . . . 192  
**BARRY, Gaétan** . . . . . **235**  
**BAUDOUIN, J.-A.** . . . . . 326  
**BECLERE, Claude** . . . . . **1150**  
**BELISLE, S.-P.** . . . . . 642  
**BELLEROSE, A.** . . . . . **253, 940**, 1308  
**BENOIT, E.-P.** . . . . . **1139, 1209**  
**BERNIER, Alph.** . . . . . **125, 189, 463, 810**, 1110  
**BERTRAND, A.** . 297, 625, 741, 987, **1080**, 1238  
 1296, 1313.  
**BOLDUC, A.** . . . . . **724**  
**BONNIER, Maurice** . . . . . **338**  
**BOUCHER, Roméo** . . . . . **406**  
**BOULAIS, F.-L.** . 297, 401, 402, 624, 740, 862,  
 986, 1108, 1234, 1236, 1312.  
**BOURGEOIS, Paul** . . . . . **466**  
**BOUTIN, J.-R.**, . . . . . 70, 71  
**BRIEN, Jules** . . . . . **853**

### C

**CABANA, Léo-Paul** . . . . . **1203**  
**CANTERO, Ant.** . . . . . 546, 760, 1306  
**CHAPUT, Yves** . . . . . 69  
**CHARBONNEAU, J.-Henri** . . . . . **487, 719, 1278**  
**CONE, William** . . . . . **1154**  
**COTE, I.** . . . . . **1170**  
**COUILLARD, J.-A.** . . . . . **176**  
**COUSINEAU, P.-P.** . . . . . 1310  
**CRUCHET, René** . . . . . **1090**

### D

**D'ARGENCOURT, Guy** . . . . . **146, 469, 1288**  
**DECARIE, Roland** . . . . . **270**  
**De MARTIGNY, François** . . . . . **354, 610**  
**DENONCOURT, J.-A.** . . . . . **1175**

**DESFOSSÉS, Paul** . . . . . 490, 492  
**DESJARDINS, Ed.** . **158**, 195, 196, 293, 294, 399,  
 734, 735, 1102, 1103, 1228, 1230, 1232.  
**DORE, Réal** . . 192, **260**, 620, **821**, 1100, **1218**  
**DUBE, J.-E.** . **12, 113, 131, 238, 350, 386, 1042**  
**DUFRESNE, Roger-R.** . . . . . 1302  
**DUMOUCHEL, Antoine** . . . . . **1220**

### F

**FAUTEUX, Mercier** . . . . . 1101  
**FAVREAU, J.-C.** . . . . . **138, 335**  
**FERNET, P.** . . . . . **731**  
**FERRON, Maurice** . . . . . 402, 403  
**FISSINGER, Noël** . . . . . **679**  
**FORGET, Ulysse** . . . . . **35, 1315**  
**FORTIER, Jacques** . . . . . 623  
**FORTIER, Louis** . . . . . 980  
**FOURNIER, N.** . . . . . **134**  
**FRANCŒUR, Louis** . . . . . **1297**  
**FRAPPIER, A.** . . . . . **371, 640**

### G

**GAGNIER, L.** . . . . . 404, 502, 625  
**GAGNON, Eugène** . . . . . **847**  
**GARIEPY, L.-H.** . . . . . 191, 858, 1099, 1305  
**GARIEPY, Urgel** . . . . . **455**  
**GAUTHIER, Herman** . . . . . **838**  
**GAUVREAU, Joseph** . . . . . **53**  
**GELINAS, Henri** . . . . . **360, 733, 1301**  
**GENDREAU, J.-E.** . . . . . **119**  
**GERIN-LAJOIE, Léon** . . . . . **19, 173, 586, 736, 1255**  
**GIBEALT, H.** . . . . . 623  
**GIRARD, R.** . . . . . **731**  
**GRATTON, Armand** . . . . . **48, 289, 471, 495**  
**GRENIER, Jean** . . . . . 1104  
**GRIGNON, C.-E.** . . . . . **144, 264**  
**GROULX, Adélar** . . . . . **475, 1196**  
**GUILBEAULT, A.** . . . . . **125, 622**

### H

**HEBERT, Georges** . . . . . **591, 858, 984**

### J

**JARRY, Gaétan** . . . . . 318  
**JARRY, J.-A.** . . . . . **181**  
**JUTRAS, Albert** . **119, 251, 363, 444, 933, 740,**  
 758, 986, 1108, 1110, 1313.

- L**
- LACASSE, Gustave . . . . . 1076  
 LAFRENIERE, Gabriel . . . . . 1306  
 LAMBERT, J.-Adrien . 222, 268, 401, 402, 502,  
 739, 861, 985, 986, 1106, 1136.  
 LAMOUREUX, C.-E. . . . . 295, 400  
 LAMOUREUX, L. . . . . 283  
 LANTHIER, Réal . . . . . 155  
 LAPOINTE, J.-H. . . . . 796, 899  
 LAQUERRIERE, A. . . . 6, 275, 317, 624, 757, 1240  
 LARICHELIERE, R. . . . . 500  
 LARIVIERE, Paul . . . . . 98  
 LAURIN, P.-E. . . . . 190  
 LAUZIER, Rosaire . . . . 944, 1232, 1309  
 LEBEL, M.-H. . . . . 314  
 LECLERC, Georges . . . . . 688  
 LEFRANCOIS, Charles . . . . 698  
 LEGER, A. . . . . 17, 463  
 LEGRAND, Emile . . . . . 571  
 LEGRAND, Hervé . . . . . 141  
 LEONARD, D. . . . . 6  
 LESAGE, Albert 1, 65, 66, 97, 117, 150, 214, 227,  
 235, 317, 380, 383, 386, 559, 675, 1023,  
 1141, 1209.  
 LESAGE, Jean . . . . . 44, 279, 396, 619  
 LETENDRE, Samuel . . . . . 1311  
 LETONDAL, Paul . . . . . 443  
 LEVEILLE, Antonio . . . . . 195, 738  
 LIAN, C. . . . . 266, 730
- M**
- MAGNAN, L.-Arthur,  
 197, 198, 216, 967, 1104, 1106  
 MANSEAU, G. . . . . 190  
 MANSEAU, J.-A. . . . . 737  
 MARIN, Albéric 40, 161, 249, 562, 688, 810, 1283  
 MARION, Donatien,  
 295, 401, 605, 1040, 1085, 1106, 1312  
 MARTIN, Paul . . . . . 189  
 MASSON, G. . . . . 1187  
 MASSON, Pierre . . . . . 2  
 MERCIER, Oscar . . . . . 1257  
 MILLET, J.-A. . . . . 984, 1324  
 MORIN, Gaspard . . . . . 1228  
 MORIN, Paul . . . . . 396, 734, 1321  
 MORISSETTE, Léopold . . . . 186, 187  
 MOUSSEAU, J.-A. . . . . 242
- N**
- NEGRE, Léopold . . . . . 1147
- O**
- OSTIGUY, Marcel . . . . . 606
- P**
- PANET-RAYMOND, Jean . . . . . 606, 621  
 PAQUETTE, Jean-Philippe . . 74, 191, 290, 357,  
 497, 825, 735, 1100, 1305.  
 PATOINE, Lionel . . . . . 398, 736  
 PEARSON, Georges . . . . . 183  
 PELOQUIN, G.-E. . . . . 253  
 PENFIELD, Wilder . . . . . 1154  
 PETTIGREW, A. . . . . 256  
 PIETTE, Edmond . . . . . 1182  
 PILON, Alcide . . . . . 194, 861, 985, 1240, 1323  
 PINARD, Marcel . . . . . 715  
 PINSONNEAULT, G. . 71, 72, 166, 186, 196, 198,  
 444, 503, 597.  
 POIRIER, Paul . . . . . 393, 975  
 POLIQUIN, Paul-A. . . . . 813  
 POWER, Honorable . . . . . 1207  
 PREVOST, Jules . . . . . 376
- R**
- RICHER, Arthur 68, 288, 289, 618, 982, 1303, 1304  
 RIOPELLE, J.-L. . . . . 189, 198, 199, 405, 741  
 ROCH, Maurice (Genève) . . . . . 583, 1292  
 ROCH, Sylvio . . . . . 73, 291, 292  
 ROLLAND, René . . . . . 262  
 ROUQUIER, A. . . . . 800  
 ROY, J.-N. . . . . 937
- S**
- SAINT-JACQUES,  
 22, 155, 188, 189, 285, 392, 397  
 SAMSON, J.-Ed. . . . . 1267  
 SANSREGRET, Edmond . . . . . 296  
 SAUCIER, Jean . . . 74, 194, 229, 483, 621, 717,  
 946, 1141, 1273, 1321.  
 SERGENT, Emile . . . . . 902  
 SIGUIER, F. . . . . 266  
 SIGURET, G. . . . . 730  
 SIMARD, L.-C. . . . . 405, 565  
 SIMARD, Raymond . 72, 197, 295, 400, 499, 703,  
 971, 1150.  
 SMITH, P. . . . . 588, 691, 823, 942  
 SYLVESTRE, Lucien 136, 296, 404, 638, 978, 1285
- T**
- TREMBLAY, Jean . . . . . 593  
 TURPIN, R. . . . . 1216 1263
- V**
- VALIN, R.-E. . . . . 1, 117, 227, 1070  
 VIAU, Horace . . . . . 170  
 VIDAL, J.-A. . . . . 99, 191

# • L'Union Médicale •

(du Canada)

Fondée en 1872

Bulletin de l'Association des Médecins de Langue Française  
de l'Amérique du Nord.

## ONT COLLABORE AU VOLUME 67:

MM. Amyot (Roma), Archambault (P.-R.), Aumont (Gérard), Barbecau (Antonio), Baril (Edmond), Baril (Henri), Barry (Gaétan), Baudouin (J.-A.), Béclère (Claude), Bélisle (S.-P.), Bel-lerose (A.), Benoit (E.-P.), Bernier (Alph.), Bertrand (A.), Bolduc (A.), Bonnier (Maurice), Boucher (Roméo), Boulais (F.-L.), Bourgeois (Paul), Boutin (J.-R.), Brien (Jules), Cabana (Léo-Paul), Cantero (Ant.), Chaput (Yves), Charbonneau (J.-Henri), Cone (William), Côté (I.), Couillard (J.-A.), Cousineau (P.-P.), Cruchet (René), D'Argencourt (Guy), Décarie (Roland), De Martigny (François), Denoncourt (J.-A.), Desfosses (Paul), Desjardins (Ed), Doré (Réal), Dubé (J.-E.), Dufresne (Roger-R.), Dumouchel (Antoine), Fauteux (Mercier), Favreau (J.-C.), Fernet (P.), Ferron (Maurice), Fies-singer (Noël), Forget (Ulysse), Fortier (Jacques), Fortier (Louis), Fournier (N.), Franceur (Louis), Frap-pier (A.), Gagnier (L.-A.), Gagnon (Eugène), Gariépy (L.-H.), Gariépy (Urgel), Gauthier (Herman), Gau-vreau (Joseph), Gélinas (Henri), Gendreau (J.-E.), Gérin-Lajoie (Léon), Gibecault (H.), Girard (R.), Gratton (Armand), Grenier (Jean), Grignon (C.-E.), Groulx (Adélar), Guilbecault (A.), Hébert (Georges), Jarry (Gaétan), Jarry (J.-A.), Jutras (Albert), Lacasse (Gustave), Lafres-nière (Gabriel), Lambert (J.-Adrien),

Lamoureux (C.-E.), Lamoureux (L.), Lanthier (Réal), Lapointe (J.-H.), La-querrière (A.), Larichelière (A.), La-rivière (Paul), Laurin (P.-E.), Lauzer (Rosaire), Lebel (M.-H.), Leclerc (Georges), Lefrançois (Charles), Letendre (Samuel), Léger (A.), Le-grand (Emile), Legrand (Hervé), Léonard (D.), LeSage (Albert), Le-Sage (Jean), Letondal (Paul), Lé-veillé (Antonio), Lian (C.), Magnan (L.-Arthur), Manseau (G.), Man-seau (J.-A.), Marin (Albéric), Ma-riion (Donatien), Martin (Paul), Masson (Pierre), Mercier (Oscar), Millet (J.-A.), Morin (Gaspard), Mo-rin (Paul), Morissette (Léopold), Mousseau (J.-A.), Nègre (Léopold), Ostiguy (Marcel), Panet-Raymond (Jean), Paquette (Jean-Philippe), Pa-toine (Lionel), Pearson (Georges), Péloquin (G.-E.), Penfield (Wilder), Pettigrew (A.), Piette (Edmond), Pi-lon (Alcide), Pinard (Marcel), Pin-sonnecault (G.), Poirier (Paul), Poli-quin (Paul), Power (Honorable), Prévost (Jules), Richer (Arthur), Riopelle (J.-L.), Roch (Maurice), Roch (Sylvio), Rolland (René), Rouquier (A), Roy (J.-N.), Samson (J.-Ed.), Saint-Jacques (Eugène), Sansregret (Edmond), Saucier (Jean), Sergent (Emile), Siquier (F.), Siguret (G.), Simard (L.-C.), Simard (Raymond), Smith (Pierre), Sylvestre (Lucien), Tremblay (Jean), Turpin (R.), Valin (R.-N.), Viau (Horace), Vidal (J.-A.).

ÉDITION  
SAINTE-ANNE

## TABLE DES ANNONCEURS

---

Abbott, Ltée, Laboratoires (Métaphédrine No 99) . . . . .	28
Anglo-French Drug (Rhino-Orargol) . . . . .	19
Ayerst, McKenna & Harrison, Ltée (No 937 Tricepiol) . . . . .	1319
Ayerst, McKenna & Harrison, Ltée (No 938 Tricepiol Composé) . . . . .	1319
Bristol-Myers (Sal Hepatica) . . . . .	1325
Bromo-Seltzer Ltd. (Rush Call) . . . . .	23
Canada Drug (Paveral) . . . . .	1343
Canada Starch (Sirops) . . . . .	1335
Carnation Corp. (Carnation Milk irradié) . . . . .	26
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Trisilex) . . . . .	17
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Silicrine) . . . . .	9
Ciba, Compagnie, Ltée (Nupercainal) . . . . .	20
Dagfin Tollefsen (Huile de foie de Morue) . . . . .	1345
Eddé, J. Limitée (Iodogénol Pépin) . . . . .	1331
Eddé, J. Limitée (Gaurol) . . . . .	1331
Eddé, J. Limitée (Tréphonyl) . . . . .	1333
Eddé, J. Limitée (Nucléarsitol Robin) . . . . .	1335
Encyclopédie Médico-Chirurgicale . . . . .	1341
Frosst, Charles E., & Co. (Ferro-Catalytic) . . . . .	1
Herdt & Charton, Inc. (Choay) . . . . .	1343
Herdt & Charton, Inc. (Uroprazine) . . . . .	1369
Hirbour, Arthur (Elixir Polybromure) . . . . .	1341
Imperial Tobacco Co. (Sweet Caporal) . . . . .	1347
J. J. Joubert Ltée (Beurre) . . . . .	1347
Kellogg's (All Bran) . . . . .	1341
Knox Gelatine Lab. (Clinical Notes) . . . . .	13
Laboratoire du Bismol (Upnos) . . . . .	4e page de couverture
Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Ltée (Dycholium) . . . . .	1317
Librairie Beauchemin, Ltée (Docteur) . . . . .	1329
Merck & Co., Ltd. (Pyridium) . . . . .	5
Millet, Roux & Cie, Ltée (Spasmosédine; Digibaïne) . . . . .	15
Molson (Breuvages au Malt) . . . . .	1339
Monty, Gagnon & Monty . . . . .	1343
Officine Canadienne Incorporée (Æsculin) . . . . .	3e page de couverture

BIBLIOTHÈQUE  
 D'ÉTÉ 1948

# UROPRAZINE

## GRANULE EFFERVESCENT

ELIMINE L'ACIDE URIQUE

COMPOSANTS PRINCIPAUX:

Pipérazine

Hexaméthylenetétramine

**Soufre colloïdal**

Formiate de lithine

INDICATIONS:

**GOUTTE ♦ RHUMATISME ♦ SCIATIQUE**

Laboratoires Spartol, Paris, France

Distributeurs:

**HERDT & CHARTON, Inc.**

2027, avenue McGill College Montréal

### TABLE DES ANNONCEURS (suite)

Parke, Davis & Cie (Pour plus de sûreté)	1327
Reckitts (Oversea) Ltd. (Dettol)	22
Rougier Frères (Laboratoires Lumière)	7
Rougier Frères (Hepathemo)	3
Rougier Frères (Elixir Martin-Mazade)	3
Rougier Frères (Spectrol)	1315
Rougier Frères (Boratol)	1315
Sanatorium Prévost	24
Sanatorium De Blois	25
Scott & Bowne (L'émulsion Scott)	2e page de couverture
Squibb & Sons of Canada Ltd., E. R. (Glycolixir)	1323
Usines Chimiques du Canada Inc. (Spécialités pharmaceutiques)	1370
Vinant Limitée (Pulmo-Bailly)	11
Vinant Limitée (Pommade Midy)	21
Vinant Limitée (Stovédrine)	21
Vinant Limitée (Liqueur Laville)	27
Vinant Limitée (Lipiodol Lafay)	27
Warner, William R., & Co. Ltd. (Anusol)	1321
Wilson et Lafleur Ltée (Libraires)	1337

# Spécialités Pharmaceutiques

DES

## USINES CHIMIQUES du CANADA Inc.

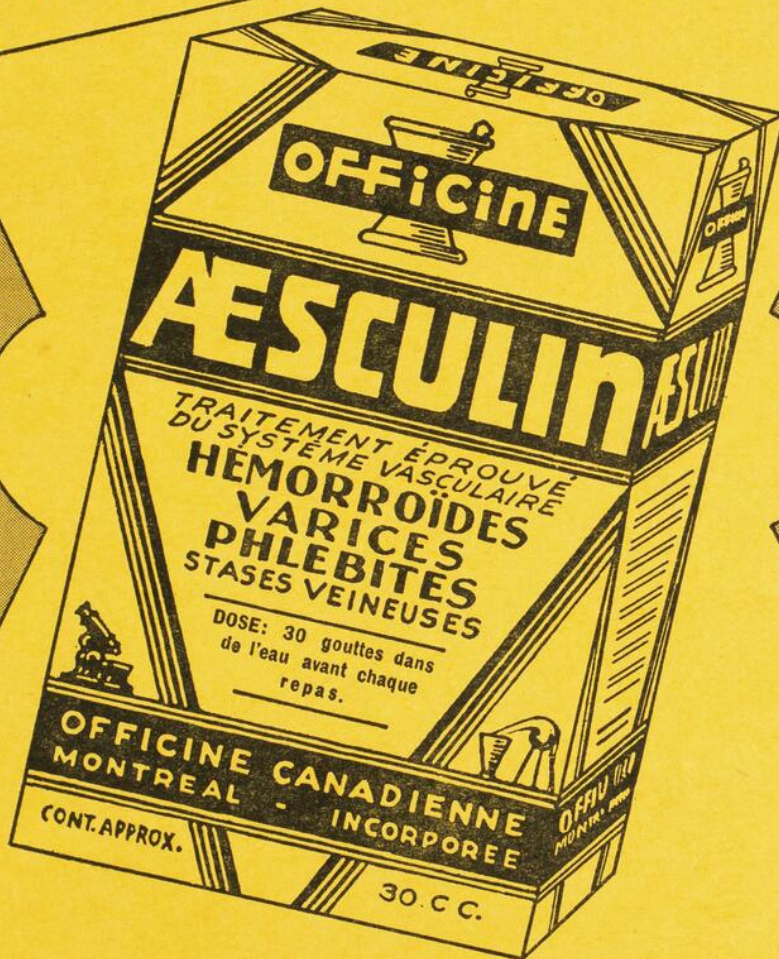
1338, rue Lagachetière est (87 Station C) Montréal.

<b>PANCREAVAL "VALOR"</b>	Constipation d'origine hépatique. Dérangement du foie.
<b>STRYCHNO ARSENICAL "VALOR"</b>	Traitement arsenical intensif. Anémie, syphilis, maladies cutanées, débilité générale, dépression nerveuse. Par voie intraveineuse ou sous-cutanée.
<b>VITAVAL "VALOR"</b>	Vitamines A.B.D.G. Sels Minéraux. Rachitisme - Anémie - Croissance - Appétit.
<b>VALDINE "VALOR"</b>	Constipation chronique.
<b>CALCIVAL "VALOR"</b>	Solution stérilisée de <b>Gluconate de Calcium à 10%</b> . Récalcifiant - Reconstituant.
<b>VALUROL "VALOR"</b>	Granulé effervescent à base de pipérazine et hexaméthylènetétramine. Cystites, urétrites, abcès urinaux, bactériuries, rhumatisme.
<b>NUCLEOPHOSPHATE "VALOR"</b>	Phosphore, arsenic et nucléine. Neurasthénie, lymphatisme, scrofulose, convalescences longues. En injections sous-cutanées ou intraveineuses.
<b>BISMAVAL "VALOR"</b>	Hyperacidité stomacale, Régurgitation, Gastrites, Nausées.

Il est maintenant possible pour la faculté médicale de prescrire l'**AESCULUS HIPPOCASTANUM** (Marron d'Inde) et l'**HAMAMELIS VIRGINICA** et d'obtenir des résultats.

L'**AESCULIN** en contient des extraits concentrés, riches en essence, fraîchement préparés.

L'**AESCULIN** est préparé selon l'art par des gens de l'art.



**FORMULE PAR 100 C.C.**

Ext. Aesculus Hippocast. Sem. Liq. "Officine"	-	-	-	-	40 c.c.
Ext. Hamamelidis Virg. Fol. Liq. "Officine"	-	-	-	-	40 c.c.
Sol. glycero-hydroxy-ethylic. citric.	-	-	-	-	20 c.c.

**OFFICINE CANADIENNE INCORPOREE**

Fabricants de Spécialités Pharmaceutiques

MONTREAL — LABORATOIRES: LACHINE, QUE.

J. L. GIRARDEAU-GINGRAS, Phm.B., Président—Gérant Général

Distributeurs: Lymans Agencies, Ltée., Casier Postal, 1050, Place d'Armes, Montréal

Pour correspondance et échantillons adresser: 126-3<sup>e</sup> Avenue, Lachine, Qué.

# UPNOS

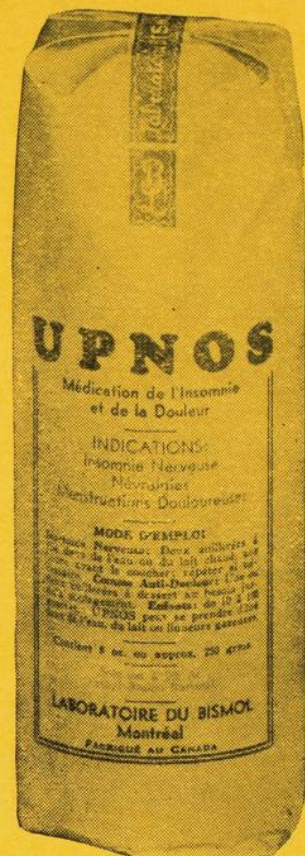
MÉDICATION SYMPTOMATIQUE

pour

L'INSOMNIE

LES AFFECTIONS NERVEUSES

LA NÉVRALGIE



Une solution à 5% de Diéthyl-amino-barbital qui calme la douleur, apaise les nerfs et procure le sommeil, sans les inconvénients causés par les bromures, les chlorures, etc. Disponible en bouteilles de 100 et 250 grms — Comprimés Upnos en boîtes de 24 et 100.

**Dose — une cuillerée à dessert, (1 ou 2 comprimés).**

Littérature descriptive à la disposition de la profession médicale.



## LE LABORATOIRE DU BISMOL

99 Harbour, KINGSTON, B.W.I.

945, rue Côté  
MONTRÉAL

45 Peddar, HONG-KONG

Représentants pour les États-Unis: **Geo. J. WALLAU Inc., 153 Waverly Place, N.-Y.**

DISTRIBUTEURS :

MONTRÉAL: La Cie Pharmaceutique DesBergers.  
WINNIPEG et RÉGINA: National Drugs Limited.  
VANCOUVER: B. C. Drugs Limited.

TORONTO: Drug Trading, National Drug & Chemical Co. Ltd.  
CALGARY et EDMONTON: Alberta National Drugs Ltd.  
HALIFAX et SAINT-JEAN: National-Canadian Drugs Ltd.