

L'Union Médicale du Canada

REVUE MENSUELLE

Fondée en 1872

MEMOIRES

- Les progrès de la chirurgie plastique et restauratrice J. Eastman SHEEHAN 639
- Quelques aperçus concernant la flore bactérienne de l'intestin et la dyspepsie intestinale J. M. ROSELL 644

RECUEIL DE FAITS

- Réflexions à propos d'un cas d'accident roentgennien A. LAQUERRIERE 655
- Deux cas d'arthrodèse pour tuberculose de la hanche Edmond DUBE 659
- Un cas de sténose congénitale du pylore H. BARIL
A. COMTOIS 661

PETITE CLINIQUE

- Stase duodénale chronique v/s atonie vésiculaire fonctionnelle avec vertiges pseudo-épileptiques: Signes distinctifs Jean LeSAGE 665

REVUE GENERALE

- Tétanie et parathyroïdes Gaston LAPIERRE 678
- La pleurésie purulente. Son traitement Eug. ST-JACQUES 682
- Notions de pathologie du sympathique Roma AMYOT 684

MOUVEMENT MEDICAL

- Manuel de technique psychométrique G. Lef. de BELLEFEUILLE 697

FORMULAIRE

- Quelques potions digestives Eug. ST-JACQUES 736

ANALYSES

- Voir détails page X

SOCIETES

- La Société Médicale de Montréal Louis FORTIER 756
- L'Association Médicale de la Province de Québec Ernest E. TROTTIER 761
- Fondation de la Société Scientifique d'Alimentation et de Gastro-Entérologie de Montréal Paul LETONDAL 762

(Suite du sommaire à la page X)

REDACTEUR EN CHEF

Professeur Albert LeSage

SECRETAIRE DE LA REDACTION

Léon GERIN-LAJOIE

SECRETAIRE-ADJOINT

Donatien MARION

Administrateur: T. VALIQUETTE

3705, rue Saint-André, Boîte postale No 3026. Téléphone FRontenac 5931, Montréal.

GARDE LA PRÉÉMINENCE COMME ANTISEPTIQUE URINAIRE

CHAQUE cuillerée à thé, bien pleine, contient $7\frac{1}{2}$ grains d'Urosine (Hexamine) en combinaison avec de l'acide Benzoïque.

L'Urosine se dissout immédiatement avec effervescence mis dans l'eau et constitue un breuvage carbonaté agréable au goût.

Le fait qu'il est associé à l'acide Benzoïque rend inutile l'administration séparée d'un sel acide.

La valeur de cette préparation dépend de la présence d'une réaction acide dans l'urine. Dans de telles conditions l'aldéhyde formique est libéré de l'Urosine en quantités suffisantes pour arrêter le développement et effectuer la destruction des bactéries.

Malgré les antiseptiques urinaires plus nouveaux et tant vantés, l'Urosine occupe toujours la première place comme antiseptique.

L'Urosine produit ces conditions.

Il est vendu en bouteilles de huit onces contenant quatre onces d'Urosine granulé effervescent, munies d'une capsule mesure ayant une capacité de deux pleines cuillerées à thé.

UROSINE

(HEXAMINE)

G. E. S. No 15 "Frosst"

Charles E. Frosst & Co.

PHARMACIENS-FABRICANTS DEPUIS 1899

MONTREAL
CANADA

RICHMOND
VIRGINIE

LE SUMMUN EN THERAPIE FERRUGINEUSE



LE PEPTO-MANGAN GUDE est une solution organique neutre de véritables peptonates de manganèse et de fer en présence de cuivre. Il possède au maximum le pouvoir reconstituant et hématinique et est absorbé plus facilement et plus complètement que les préparations ferriques ordinaires. Ne tache pas les dents, ni ne trouble la digestion ou ne cause de constipation. Très agréable au goût. Les enfants et les invalides aiment le prendre.

EN LIQUIDE
OU
EN TABLETTE

Tous renseignements, échantillon ou littérature de

M. J. BREITENBACH Co.,
160, Varick Street New York City.

PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour
le traitement scientifique de la

COQUELUCHE

Le Pavéral est journellement prescrit avec
succès pour les cas de coqueluche et des toux
Coqueluchoïdes.

Ne cause ni intolérance, ni complication.

Littérature sur demande

Agents : CANADA DRUG COMPANY
Pharmaciens en Gros

857, rue Saint-Maurice,

MONTREAL

La diète du Diabétique



ALIMENTS DEPOURVUS D'AMIDON

La farine caséinée de Listers est entièrement dépourvue d'amidon. Sa pâte lève bien et sert à la confection de plats agréables. Une liste de recettes est fournie avec chaque boîte.

Grande boîte pour 30 cuissons
\$4.85

Petite boîte pour 15 cuissons
\$2.75

En vente chez tous les pharmaciens ou directement chez

LISTERS Limited

Huntingdon, Quebec

CANADA

COLIVACLYDUN

Lysat vaccin anticolibacillaire du Dr. L. Duchon

Formule: colibacilles 10 milliards lysés par c/c.

Pyélonéphrites et infections à colibacilles.

THALASSOL AMPOULES

Nucléinate de soude	0.01
Glycérophosphate de soude	0.09
Cacodylate de soude	0.05
Sulfate de strychnine	0.001
Eau de mer isotonique	5 c.c.

Boîte de 10 ampoules — Boîte de 50 ampoules

Neurasthénie, Déficiences cellulaires, Atonies.

HERDT & CHARTON, INC.

2027, MCGILL COLLEGE AVENUE, — — MONTREAL.

OCCASION EXCEPTIONNELLE POUR UN MEDECIN

Pour clore la succession de feu le Dr G.-E. Bédard, nous offrons de louer ses bureau et logement à 902, rue Cherrier, où feu le Dr Bédard pratiqua au delà de dix ans. Possession immédiate, prix raisonnable. Pour renseignements, s'adresser à The Royal Trust Company, département des successions, Tél. HArbour 4221, Local 139.

MAGNIFIQUE POSTE DE MEDECIN A VENDRE

A 30 milles de Montréal, seul médecin dans une des plus belles et des plus riches campagnes de la province de Québec. Chemins améliorés. Trois paroisses voisines n'ont pas de médecin. Pour informations, adressez-vous à L'Union Médicale du Canada, 3705, rue Saint-André, ou casier postal 3026.

CABINET DE DIATHERMIE

Instruments de gynécologie et d'obstétrique, tous parfaits. Sacs d'accouchements et autres (4). Beau pupitre, chêne solide, dessus cylindrique. Bibliothèque à rayons démontable. Livres de médecine, gynécologie et autres. S'adresser à ATlantic 0775.

A VENDRE OU A LOUER

A prix exceptionnellement avantageux, mobilier et instruments de salle d'examen ayant appartenu au Docteur Amédée Demers. S'adresser à Madame A. Demers, ATl. 0529-J, 739, avenue Dunlop, Outremont.

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

a ouvert un registre local pour ses Gardes-Malades en service privé et se tient à votre entière disposition. Bureau de l'Association, jour et nuit: Hôpital Notre-Dame, CH. 1151. Alice Lépine, présidente et registraire; Marguerite Pauzé, secrétaire. Accouchements, \$3.00; visites subséquentes, \$1.00 et plus.

LAIT DE BEURRE

"SANTÉINE"

Se recommande comme antiseptique dans les maladies de l'intestin, particulièrement l'entérite, à cause de sa richesse en ferments lactiques. Breuvage idéal comme article de consommation courante d'une grande valeur tonique.

*Le secret d'être heureux,
D'avoir bonne mine,
Et de vivre vieux,
C'est le lait "Santéine".*

J. Joubert
LIMITÉE



PROVEINASE

MIDY

"RÉGULATEUR DE LA CIRCULATION VEINEUSE"

TRoubles de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE

LABORATOIRES DE LA PIPÉRAZINE MIDY
New Birks Bldg. MONTREAL

2 à 4 comprimés par jour.

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

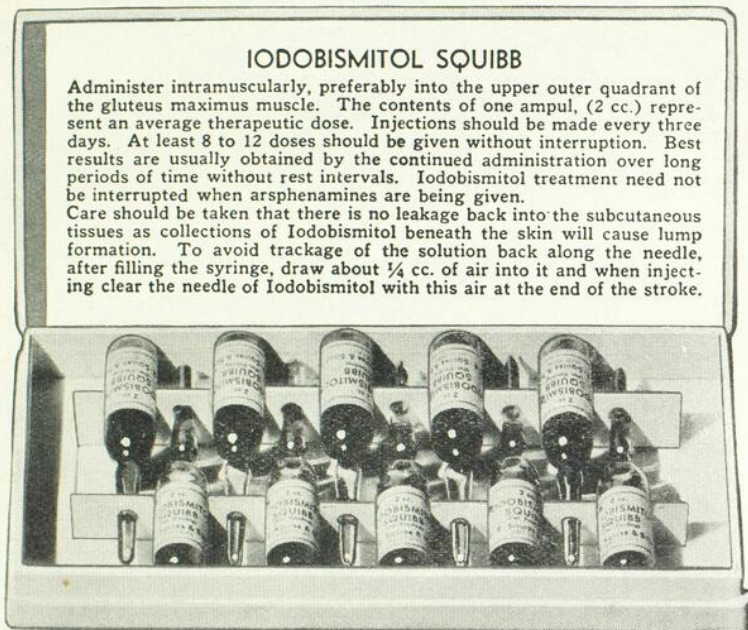
L'IODOBISMITOL SQUIBB

**Assure une Plus Grande Pénétration
du Médicament dans les Méninges.**

IODOBISMITOL SQUIBB

Administer intramuscularly, preferably into the upper outer quadrant of the gluteus maximus muscle. The contents of one ampul, (2 cc.) represent an average therapeutic dose. Injections should be made every three days. At least 8 to 12 doses should be given without interruption. Best results are usually obtained by the continued administration over long periods of time without rest intervals. Iodobismitol treatment need not be interrupted when arsphenamines are being given.

Care should be taken that there is no leakage back into the subcutaneous tissues as collections of Iodobismitol beneath the skin will cause lump formation. To avoid trackage of the solution back along the needle, after filling the syringe, draw about $\frac{1}{4}$ cc. of air into it and when injecting clear the needle of Iodobismitol with this air at the end of the stroke.



Grâce à l'Iodobismitol Squibb, le médecin dispose maintenant d'une préparation au bismuth d'un genre nettement nouveau. L'Iodobismitol Squibb présente le bismuth sous une forme acidée ou désionisée. Le bismuth désionisé se prête définitivement à la pénétration dans les méninges — et assure conséquemment dans les mesures préventives et le traitement de la neurosyphilis une efficacité thérapeutique plus grande que celle offerte par d'autres préparations antisiphilitiques au bismuth. On peut l'utiliser à toutes les phases de la syphilis, soit seul soit comme adjuvant de l'Arsphenamine.

En doses thérapeutiques, l'Iodobismitol Squibb est facilement absorbé et bien toléré par les reins. Des injections répétées n'endommagent pas le tissu musculaire, et une introduction intraveineuse accidentelle n'offre pas de danger.

L'Iodobismitol est une solution stable d'iodobismuthite de soude (0.06 gramme par cc.) dans du glycol éthylique contenant 12% d'iodure de soude. On ne l'obtient que sous l'égide de la Marque Squibb et il est présenté en boîtes de 10 et 100 ampoules de 2 cc. Chaque ampoule constitue une dose d'adulte. Nous offrons aussi des fioles de 50 cc.

*Textes explicatifs expédiés sur demande
à la Maison E. R. Squibb & Sons of
Canada, Ltd., 36 Caledonia Road, Toronto.*

E·R·SQUIBB & SONS

OF CANADA, LTD.

Pharmaciens — Biochimistes — Préparateurs

Fournisseurs de la Faculté depuis 1858



PERCAINAL "CIBA"

ONGUENT
ANALGÉSIQUE — ANTIPRURIGINEUX

produisant une analgésie sûre et prolongée de toutes les lésions douloureuses grâce aux propriétés anesthésiques intenses de la Nupercaine.

Il trouve ses indications notamment dans les cas de:

BRÛLURES, ECZÊMAS, GERÇURES,
PRURIT ANAL ET VULVAIRE,
HÉMORROIDES, ULCÈRES, ETC.

De bons résultats sont continuellement rapportés dans les coups de soleil, piqûres de moustiques, l'herbe à puce, etc.



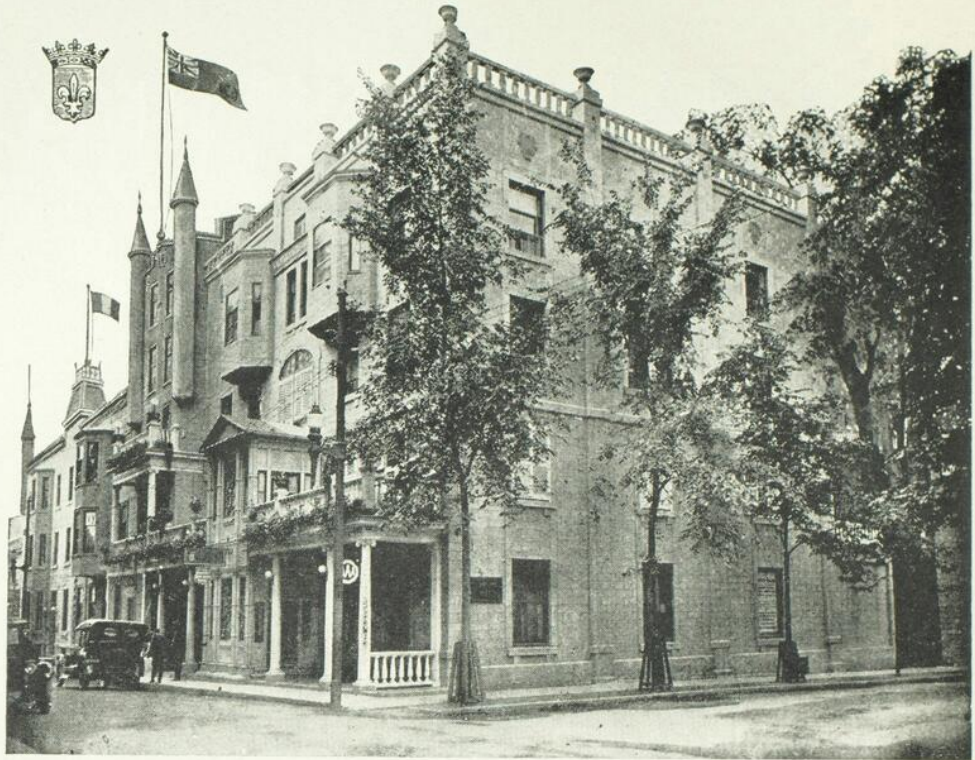
PRÉSENTATION:

en tubes de 1½ onces environ et en pots d'une livre
pour hôpitaux.



COMPAGNIE CIBA, LIMITÉE

MONTREAL



SANATORIUM DE BLOIS

23, Avenue Laviolette, TROIS-RIVIERES, Qué.

Fondé en 1896

Maison de repos, de régimes et
de convalescence

Affections nerveuses en général

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

DEUX MEDECINS RESIDENTS

PRIX MODERES

Pour prospectus illustré, s'adresser au

Directeur, DR C. DE BLOIS

Trois-Rivières, P. Q.

Téléphone, 932

Les aliénés et les contagieux ne sont pas admis.

Luxations, Fractures, Lésions Articulaires.

On pourra, le plus souvent, éviter la raideur musculaire consécutive à ces accidents par des applications chaudes d'Anti-phlogistine.

En attirant un afflux surabondant dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques, en activant la circulation artérielle, l'Anti-phlogistine aura pour effet de corriger la déficience cellulaire, de dégager les déchets stagnants dans les alentours des parties lésées. Elle contribuera ainsi à une réaction susceptible d'atténuer les contractions des fibres musculaires voisines.

Utilisée en conjonction avec le traitement classique, l'Anti-phlogistine, à cause de son action décongestive, bactériostatique, thermogénique et analgésique, accuse des résultats thérapeutiques appréciables et éprouvés.

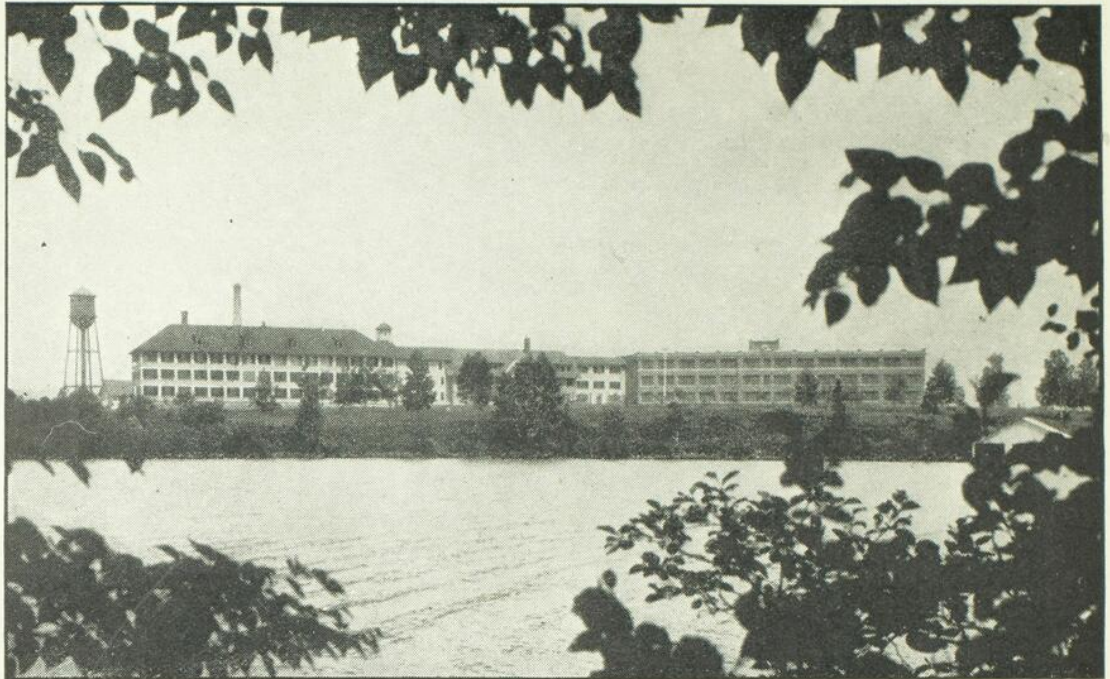
ANTIPHLOGISTINE

(fabriquée au Canada)

ECHANTILLON ET LITTÉRATURE:

THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY

153 ouest, rue LaGauchetière, - - - - MONTREAL



Sanatorium du Lac Edouard

LAC EDOUARD, P. Q.

Pour le traitement de la

TUBERCULOSE PULMONAIRE

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

Seuls, les patients susceptibles d'amélioration sont admis.

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

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

Pour tout renseignement, s'adresser à

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

Surintendant médical

L'Union Médicale du Canada

Fondée en 1872

Comité de Direction

MM. Benoit, Boucher (R.), Boulet, Bousquet, Bourgeois, Bruneau, Comtois, DeCotret, Desloges, Dubé, Gérin-Lajoie (Léon), Harwood, Leduc, LeSage, Marien, Marin (Albéric) Marion (D.), Masson (D.), Mercier, Mousseau J. A., Parizeau, Rhéaume, Roy, Saint-Jacques, Vidal.

Président: A. H. Desloges; Vice-Président: L. de L. Harwood; Secrétaire-trésorier: J. A. Vidal. Membre d'honneur: Professeur Pierre Masson.

Comité de Rédaction

MM. Amyot, Roma; Badeaux, François; Bellerose, Antonio; Bertrand, Albert; Brault, Jules; Deguise, Albert; Desloges, Alfred; Doré, Réal; Dubé, Edmond; Dutilly, Arthème; Fauteux, Mercier; Fontaine, Rosario; Lapiere, Gaston; Legrand, Emile; Letondal, Paul; Magnan, Arthur; Mathieu, Emile; Pepin, Roméo; Rivard, Jos.; Saucier, Jean; Simard, Charles; Trottier, Ernest.

Président: A. LeSage; Vice-président: J. A. Vidal;
Secrétaire: Léon Gérin-Lajoie;
Secrétaire-adjoint: Donatien Marion.

Prix de l'abonnement pour 1933

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

Conditions de Publication

L'Union Médicale du Canada paraît tous les mois par fascicules de 160 pages. Chaque numéro contient des mémoires originaux, des faits cliniques, une revue générale, un mouvement médical, des notes de pharmacologie, des analyses et des nouvelles médicales.

Le Comité de Rédaction accepte des articles de tous les médecins à condition que ceux-ci n'aient pas déjà été publiés dans un autre journal. Les Mémoires Originaux ne doivent pas excéder 15 pages; les Faits Cliniques auront un maximum de 5 pages et les Revues Générales comprendront au plus 10 pages.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé franco, au rédacteur en chef, Dr Albert LeSage, 260, Square Saint-Louis, ou au secrétaire, Dr Léon Gérin-Lajoie, 1414, rue Drummond, Montréal, Téléphone: Harbour 8444.

Tout ce qui concerne l'administration doit être adressé franco à M. T. Valiquette, administrateur, 3705 rue St-André, Frontenac 5931, ou Boîte Postale 3026.

SUITE DU SOMMAIRE

NOUVELLES

Canadian Medical Association	763
Nouveaux diplômés. Nominations	764a
Le Dr Laporte, d'Edmunston, N.B., Président de la Société Médicale du Nouveau-Brunswick	765
1er Congrès Français de Thérapeutique	765
Canadian Medical Association	767

BIBLIOGRAPHIE

Concours Littéraire des Amitiés Franco-Canadiennes	770
Traitement indolore des fractures	770
Traitement de l'asthme bronchique	771
Le nystagmus vestibulaire et les réactions de mouvements	771

ANALYSES

MEDECINE

Appréciation de l'activité fonctionnelle des reins d'après la valeur du rapport du taux de l'urée sanguine à l'urée urinaire des 24 heures (p. 737). Remarques sur l'insuline huileuse et ses indications (p. 738). Syphilis gastrique héréditaire tardive (p. 738).

CHIRURGIE

De la sciatique traumatique (p. 739).
Duodénostomie à la Witzel (p. 740).

OBSTETRIQUE

La revision de la cavité utérine faite immédiatement après l'accouchement: ses indications, ses résultats (p. 740). Utilisation du cobaye mâle pour le diagnostic biologique de la grossesse (p. 742).

GYNECOLOGIE

Grossesse survenue après double ligature des trompes (p. 743). Tissu thyroïdien dans une tumeur ovarienne (p. 744).

PEDIATRIE

La dyspnée laryngée chez l'enfant (p. 744).

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE

Le traitement chirurgical des scolioses (p. 745).

DERMATO — SYPHILIGRAPHIE

Radiothérapie locale du prurit ano-génital (p. 746). Etude de l'arséno-résistance (p. 747). Le traitement du lupus vulgaire (p. 747).

PHTISIOLOGIE.

Le traitement de la tuberculose pulmonaire par le thiosulfate d'or et de sodium (p. 748). La vaccination de la tuberculose par le BCG dans les familles de médecins (p. 749). Expériences avec vaccination BCG (p. 750).

NEURO - PSYCHIATRIE

La ventriculographie. Technique. Résultats, indications (p. 750). La signification et le traitement de la douleur sciatique (p. 751). Anesthésies rachidiennes à la percaïne (p. 753). Le repérage ventriculaire (p. 753).

MEDECINE LEGALE

Le diagnostic médico-légal de la grossesse (p. 754).

LABORATOIRE

Rupture spontanée du coeur (p. 755). Les changements histologiques de la glande thyroïde du rat blanc exposé au froid (p. 755).

Compagnie Générale de Radiologie,

PARIS

autrefois

Gaiffe, Gallot & Pilon et Ropiquet, Hazard & Roycourt

Installations ultra-modernes pour Hôpitaux, Cabinets médicaux.

Protection Anti-X
intégrale

RAYONS X

Sécurité électrique
absolue

DIATHERMIE

ELECTROLOGIE

SOCIÉTÉ GALLOIS & CIE, LYON

LAMPES ASCIATIQUES POUR SALLES
D'OPÉRATIONS ET DISPENSAIRES

Ultra-Violets — Electrodes de Quartz — Infra-Rouges

ETABLISSEMENTS G. BOULITTE, PARIS

ELECTROCARDIOGRAPHIE, PRESSION ARTERIELLE,

METABOLISME BASAL

Tous appareils de précision médicale pour hôpitaux et médecins

ETABLISSEMENTS R. LEQUEUX, PARIS

STÉRILISATION — DÉSINFECTION

pour Hôpitaux, Dispensaires et Cabinets médicaux

COLLIN & CIE, PARIS

L'INSTRUMENTATION CHIRURGICALE PAR EXCELLENCE

PAUL CARDINAUX

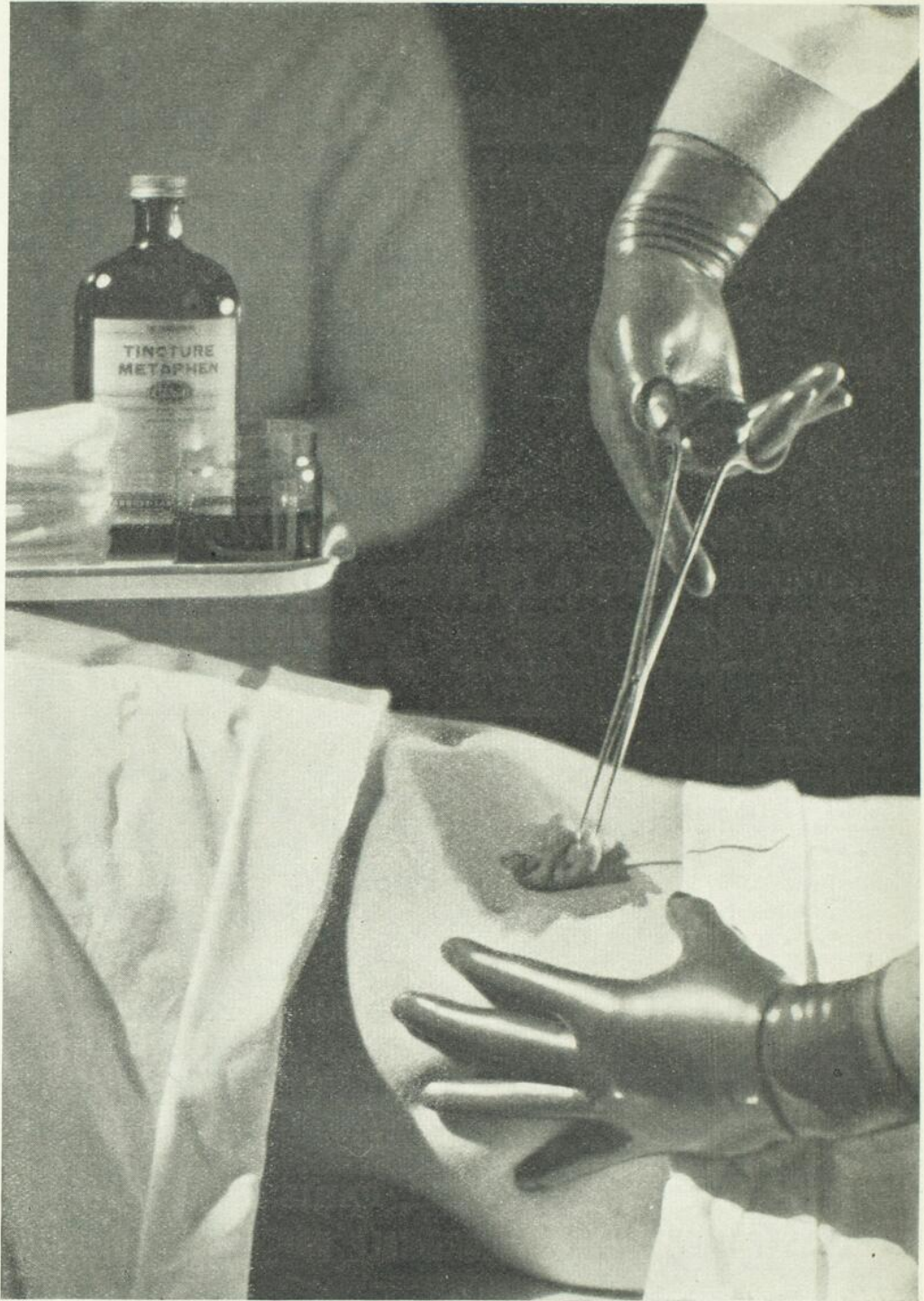
Docteur es-Sciences

“PRECISION FRANÇAISE”

428, CHERRIER
MONTREAL

Catalogues, Devis, Renseignements sur demande.
Service d'un Ingénieur électro-radiologiste.

Phone
HARBOUR 2357



STÉRILISATION PRE-OPÉRATOIRE
ABSOLUE
PAR LA
TEINTURE de METAPHEN

LABORATOIRES ABBOTT Limitée, - MONTRÉAL

MÉMOIRES

LES PROGRÈS DE LA CHIRURGIE PLASTIQUE
ET RESTAURATRICE⁽¹⁾

Par J. Eastman SHEEHAN,
de New-York.

Les blessés de la face, ceux qu'en France on connaît sous le nom tragique et cruellement réaliste de "Gueules cassées", ont été les premiers à attirer notre attention sur la nécessité d'une science chirurgicale spéciale dont la mission ne serait plus de réduire une fracture ou d'exciser un abcès, mais de reconstruire un squelette, de rendre la vie à un tissu, de masquer sous une peau nouvelle les meurtrissures d'un visage. Aussi le dévouement de ces grands blessés a-t-il eu comme résultat imprévu de créer une technique chirurgicale qui a survécu au triste fléau de la guerre.

Une fois la paix rétablie, l'enseignement fourni par des milliers d'opérations de ce genre fut oublié par nombre de chirurgiens. A ce moment, presque seuls, sir Harold Gillis, en Angleterre, le docteur Morestin, aujourd'hui disparu, et le professeur Lemaître, en France, avec qui je travaille chaque été à Paris, et moi-même, aux Etats-Unis, avons édifié cette science et enseigné cet art de la Chirurgie Plastique, sur les données de notre travail de guerre.

D'aucuns croyaient la chirurgie restauratrice une chirurgie de guerre; nous avons démontré qu'elle étend ses bénéfices à l'humanité pacifique. La paix a ses blessés, aussi cruellement défigurés que ceux de la guerre: accidents de circulation, brûlures par explosions, déformations syphilitiques, cavités cancéreuses, autant de signes des fléaux de la paix qui sont souvent des sources de douleurs physiques, de souffrances morales semant elles-mêmes la tristesse et la mort.

(1) Extrait d'une conférence faite à la Société Médicale de Montréal, 25 février 1933.

BIBLIOTHÈQUE
MONTREAL

Depuis ces temps génésiaques où nous étions des pionniers, des hôpitaux dans le monde entier, sous notre influence, ont créé des cliniques de chirurgie plastique et restauratrice. A ces cliniques, des centaines de malades viennent chercher remède. On y traite des blessures, souvent superficielles, dont la laideur engendre chez ceux qu'elles affligent une timidité malsaine, un désir de réclusion loin de la société, une répulsion à l'égard de leur propre personne, la mélancolie et la neurasthénie. On y soigne également des cas de chirurgie plus sérieuse: on y parachève souvent l'œuvre de la thérapeutique ordinaire. Vous y trouverez la plus grande variété de cas; le remplacement d'une paupière et la dissimulation des ravages d'un cancer étendu; de vastes brûlures et des angiomes; des maladies antrales et des paralysies faciales; des difformités du nez et des brûlures par radium; la liste de ces cas est aujourd'hui familière à tout chirurgien, mais on oublie trop souvent que tous relèvent des mêmes principes, communs à la chirurgie plastique et restauratrice.

Pourrais-je, sans offenser personne, vous faire part d'une remarque trop fréquente pour n'être pas sérieuse? Nos cliniques sont souvent des ateliers de réparation où l'on vient demander une atténuation des erreurs des chirurgiens. Je songe aux victimes du radium et des rayons X. Nous savons tous avec quel zèle la médecine a tenté de faire bénéficier l'humanité des remarquables propriétés des rayons X; et nous admirons le dévouement de tant de savants qui sacrifient leur propre santé et leur vie à l'étude du radium. Mais nous ne savons que trop, et nous sommes peinés d'avoir à l'admettre, le grand nombre de tragiques mésaventures; vous seriez étonnés de savoir combien la chirurgie restauratrice sert d'antidote à la radiologie. Souvent un simple rasement de l'épiderme ou une greffe de peau d'épaisseur totale vient en aide à ces agents invisibles qui semblent être la dernière révélation des sciences médicales et physiques. Nous, médecins, couvrons de notre discrétion des incidents qui prouvent que, malgré toute notre bonne volonté, notre pénétration dans les mystères de la nature est bien limitée. Mais si parfois nous sommes induits en erreur, nous nous estimons trop heureux de trouver enfin le remède qui puisse corriger nos fautes ou nos excès.

La chirurgie restauratrice n'a peut-être pas attendu les méfaits du radium, ni même la guerre, pour trouver ses principes. D'autres siècles et d'autres civilisations que les nôtres ont sans doute connu

UNION
MÉDICALE
DU CANADA

des opérations qui relèvent maintenant de la chirurgie plastique. Mais c'est la guerre qui a permis cette brusque évolution de notre art, son soudain développement et son actuelle émancipation.

C'est avec chaleur que je plaide ce soir la cause de la chirurgie plastique et réparatrice. Songez qu'avec la guerre elle m'a pris à la sortie de l'université, ou presque, et que dès lors j'en ai suivi l'évolution avec une anxiété de père. Depuis l'armistice, avec le professeur Lemaître, je travaille à la Clinique Internationale de Chirurgie Plastique, à Paris. J'ai été le premier à obtenir, comme une reconnaissance officielle de notre art, la création d'une chaire de chirurgie plastique en Amérique du Nord; ce fut à l'Université de Columbia de New-York. Et c'est une rare satisfaction pour un pionnier de considérer la pleine maturité de son œuvre.

S'il est beau que la chirurgie ordinaire rende la vie à des membres ou à des organes atrophiés ou malades, songez aussi à l'émotion du chirurgien dont le scalpel rend le mouvement, la jeunesse, souvent le charme à un visage vieilli ou paralysé; songez au bonheur d'effacer sur la face d'un enfant syphilitique la trace de la faute d'un ancêtre: ce sont là quelques satisfactions d'ordre moral qui vivifient la joie du praticien.

Il a fallu des années et de nombreuses expériences pour découvrir le secret des greffes de peau d'épaisseur totale. Il n'y a pas très longtemps encore, le pourcentage du succès ne s'élevait qu'à 50%; maintenant il atteint plus de 95%. D'ailleurs, plus rassurés, nous pouvons en toute confiance augmenter la grandeur de la greffe. Dès qu'on a démontré qu'une pression de 30 mm. de mercure est suffisante pour la peau normale, pression réduisible même à 20 mm. pour la peau mince de la paupière, la méthode est virtuellement trouvée qui permettra de couvrir avec une peau d'épaisseur totale, empruntée à quelque autre partie du corps, presque toute trace laissée par l'excision d'un cancer de la peau; c'est un résultat précieux, surtout lorsqu'il s'agit d'un cancer au visage. J'en conclus que le même programme d'opérations devrait inclure l'enlèvement du cancer et son remplacement par une greffe de peau; je signale cependant que bon nombre de nos collègues, sachant que le remplacement peut se faire, procèdent par excision et souvent nous envoient le malade à une époque où les meilleurs résultats ne peuvent plus être obtenus. Il doit toutefois y avoir coopération dès le début de l'intervention chirurgicale si les deux phases de l'opération ne sont

pas dans les mêmes mains. A ce sujet, il faut remarquer que l'enlèvement du cancer par coagulation diathermique est la méthode idéale pour préparer un tel remplacement. Tout en étant moins douloureuse pour le malade, elle laisse une pellicule qui s'oppose à la pénétration des cellules cancéreuses dans les tissus environnants, et ne présente aucun processus de granulation ou de cicatrice serrée. Au contraire, l'aptitude des tissus à recevoir la greffe est marquée par le changement de coloration de la pellicule de cellules coagulées.

Ces greffes de peau ont été longues à étudier, mais elles aboutissent à des résultats surprenants. Lorsque, il y a cinq ans, j'ai réussi à remplacer l'ongle du pouce d'une main par l'ongle du pouce de l'autre main, cette greffe a provoqué de nombreux commentaires; la méthode est maintenant commune, mais je me souviens d'avoir été le premier à l'exposer, le 13 avril 1929, dans le journal de l'"American Medical Association". Il s'agissait seulement, après tout, de démontrer que l'ongle est un épiderme sous un autre état.

Le traitement des chéloïdes relève encore de la chirurgie plastique et restauratrice; ces chéloïdes qui apparaissent mystérieusement sont pour le chirurgien une épée de Damoclès; personnellement j'ai essayé toutes les méthodes connues pour leur traitement et pour leur guérison: d'une part, l'excision ou le drainage, méthodes que j'ai moi-même exposées dans deux articles du New York Medical Journal; d'autre part, l'application de rayons X ou de radium.

Les résultats obtenus par ces méthodes sont restreints. Depuis deux ans et demi, j'ai traité cent cinquante cas de chéloïdes variées, particulièrement sur des nègres, qui, dans l'espèce, sont des sujets difficiles. J'ai obtenu 80% de guérisons totales avec une méthode qui m'est personnelle, consistant en des applications d'émanations de radium, et que voici:

a) Exciser la chéloïde entièrement, ainsi que les quelques millimètres de peau qui l'entourent;

b) Arrêter l'épanchement sanguin par la coagulation diathermique. Insérer le tube d'émanations de radium et rapprocher la peau de manière que les bords environnants viennent toucher le tube. Dès que celui-ci est placé, faire une légère suture;

c) En général, laisser séjourner le tube durant deux ou trois heures; je ne puis cependant vous indiquer aucune durée exacte, non plus que le dosage d'émanation du radium; ces deux détermi-

nations dépendent du cas lui-même et restent soumises à la décision du chirurgien;

d) Après l'enlèvement du tube, faire une suture finale de la plaie.

Je vous ai dit que j'avais obtenu 80% de guérisons totales sur 150 cas.

55% ont été obtenues en une seule séance;

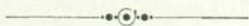
23% l'ont été en deux ou trois séances;

2% seulement au-dessus de quatre séances.

Quant aux 20% de cas considérés comme non guéris, l'amélioration a été remarquable.

Voici, pour finir, le résultat de mes études sur le traitement chirurgical de la paralysie faciale unilatérale. Une des méthodes connues utilise le fascia (ou aponévrose) comme transplant; cette méthode est basée sur les propriétés de tension du fascia; bien que les propriétés des tissus soient nombreuses et remarquables, il n'en est guère que vous puissiez juger supérieure à celle qui débarrasse de cette distorsion caractéristique causée par la paralysie faciale unilatérale.

Au moment de la guerre du Rif, après des expériences et des études laborieuses, j'ai trouvé une nouvelle méthode que j'utilise toujours avant celle du fascia, et qui quelquefois suffit, seule, à empêcher la distorsion; elle fait appel au muscle temporal. Très simple, elle consiste essentiellement à diviser le muscle temporal en quatre parties, dont l'une doit mouvoir le coin de la bouche, l'autre la paupière inférieure, la troisième la paupière supérieure, la dernière enfin le front. Ce procédé est pratique, logique, et le résultat est tellement éloquent qu'il est inutile de plaider en sa faveur. Aussi les médecins de famille devraient-ils faire envisager l'avenir avec espoir à leurs malades affligés d'un tel mal.



QUELQUES APERÇUS CONCERNANT LA FLORE BACTÉRIENNE DE L'INTESTIN ET LA DYSPEPSIE INTESTINALE

Par J. M. ROSELL, M.D.,
Professeur de pathologie digestive à Barcelone, et
Chef des Départements de Bactériologie de l'Institut Agricole d'Oka
et de l'Ecole de Médecine Vétérinaire de la Province de Québec.

Dans l'étude des bactéries intestinales, il importe de distinguer : 1° les bactéries de l'intestin grêle ; 2° les bactéries du cæcum et de la partie ascendante et transverse voisine du côlon ; 3° les bactéries de la partie distale du côlon ; 4° les bactéries des fèces, que l'on ne devrait jamais assimiler à celles de l'intestin.

L'étude des bactéries fécales ne nous permet de reconnaître que les bactéries capables de vivre dans les fèces. Des bactéries ordinaires qui habitent les parties supérieures de l'intestin, on n'en peut retrouver que 1% par la culture des fèces dans les conditions normales ; 99% environ semblent mortes, s'il n'y a pas diarrhée. La flore bactérienne du cloaque rectal est aussi très différente de celles du côlon supérieur et de l'intestin grêle. Par les bactéries vivantes trouvées dans les fèces normales, nous ne pouvons nous renseigner que sur celles qui habitent le rectum et la partie inférieure du côlon. (1-2-3-4-5.)

Le plus important progrès clinique réalisé dans la connaissance des bactéries intestinales fut obtenu par les études effectuées au moyen des tubes bactériologiques intestinaux de Ganter et Van der Reis et la méthode de "Darmpatrone" qui représente une amélioration sur le tube intestinal de Einhorn, Gross et Ganter pour fin bactériologique. Van der Reis, en particulier, a beaucoup amélioré la pratique de cette méthode d'exploration dans l'étude bactériologique de l'intestin grêle. Ganter, Rogendorfer, Schembra, Einhorn, MacClendon, Welmore, Reynolds, McClure, Hudson, Parr et Campbell firent aussi des études de la plus haute importance avec cette méthode.

On doit regarder avec beaucoup de scepticisme la stérilité souvent constatée dans les anciennes épreuves bactériologiques du duodénum, vu la culture difficile de nombre de bactéries intestinales dans les

RHOFÉINE

(Acide acétylsalicylique — caféiné)

GRIPPE

NÉVRALGIES

ÉTATS FÉBRILES

Présentation :

Comprimés: tube de 20.

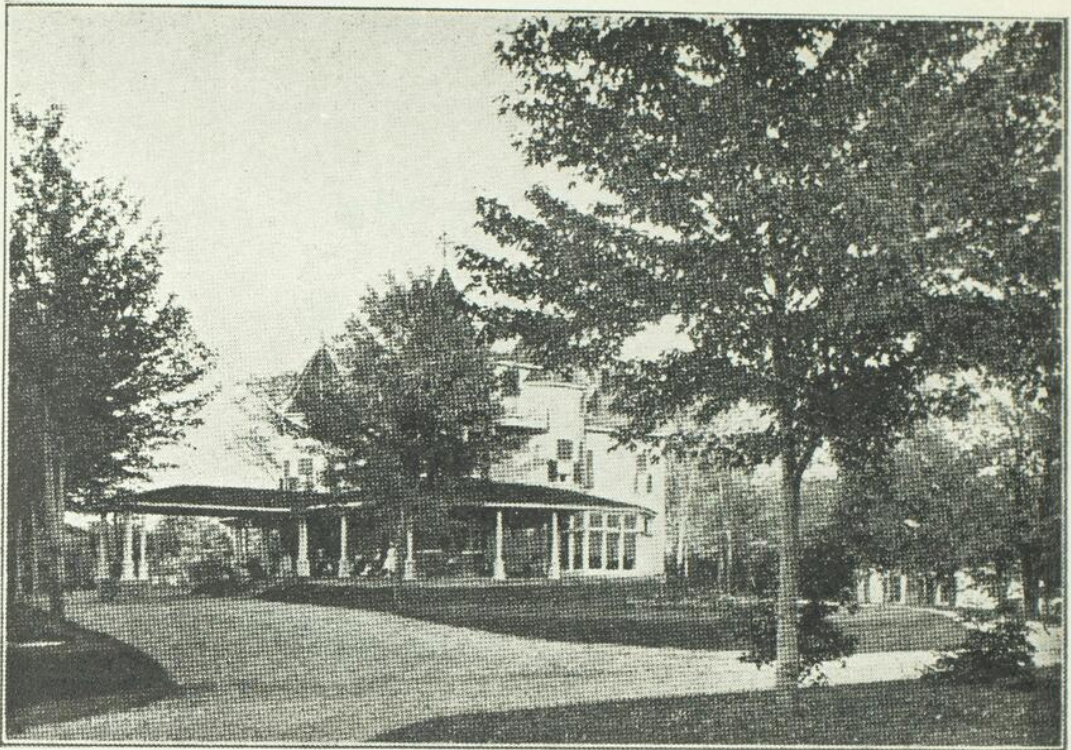
LABORATOIRES POULENC FRÈRES du CANADA, Limitée

(Licence Rhône-Poulenc).

Distributeurs:

ROUGIER FRÈRES

MONTRÉAL



SANATORIUM PRÉVOST

INCORPORE

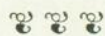
CARTIERVILLE, P.Q.

A 30 MINUTES DE MONTREAL



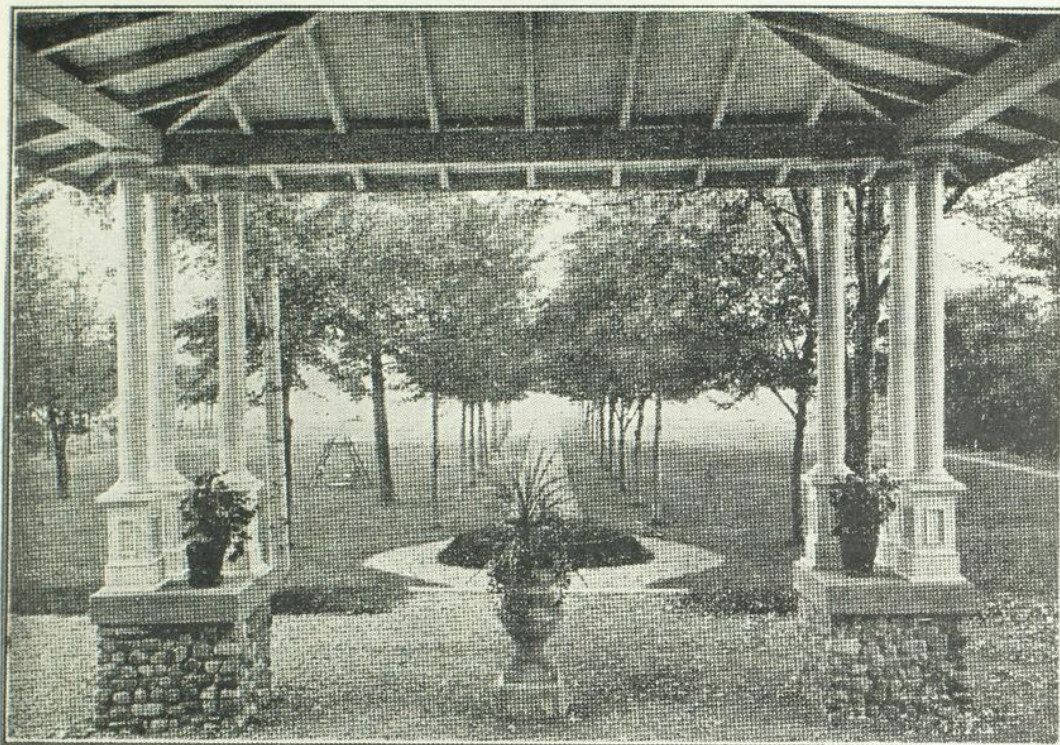
Affections du Système Nerveux

CURE DE REPOS, DE REGIME ET DE
DESINTOXICATION * MALADIES DE
LA NUTRITION



Pas de maladies mentales ou Contagieuses

Téléphone BYwater 1240



VUE PRISE DE LA VERANDA — LA MAGNIFIQUE ALLEE QU'ON VOIT
AU CENTRE CONDUIT JUSQU'A LA RIVIERE.

Institution fondée par feu
le

DR ALBERT PRÉVOST

Médecin-Directeur:

Dr EDGAR LANGLOIS

Spécialiste des maladies nerveuses
Chargé du service de Neurologie de l'Hôpital Notre-Dame

Dr Chas-A. LANGLOIS

Radiologiste
Médecin de l'Hôtel-Dieu

Dr JEAN SAUCIER

Neurologiste
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame
et de l'Hôpital Sainte Jeanne d'Arc

Dr R. AMYOT

Neurologiste
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame

Ecole de gardes-malades sous la direction
de

Mademoiselle Charlotte Tassé

PROSPECTUS SUR DEMANDE.

THYVACRINE No 10 C & C

Chaque comprimé représente en glandes fraîches:
Ovaire complet 10 grains, Thyroïde 1 grain.

INDICATIONS:—

Aménorrhée soit occasionnelle causée par émotion vive, froid aux pieds, fatigues, etc., ou générale telle que chloro-anémie, tuberculose, changement de vie, convalescences, etc. Troubles de la ménopause, etc. Ménorrhagie et dans les syndromes à prédominance ovarienne.

NEUROCRINE No 5 C & C

Chaque comprimé représente: Teinture de Valériane 40 gouttes, Surrénale $\frac{1}{2}$ grain, Substance Cérébrale 10 grains, Thymus 3 grains.

INDICATIONS:—

Neurasthénie, Perte ou sommeil agité cause nerveuse, Surréalites aiguës ou chroniques, Névroses, Hystéries, Hyperexcitabilité psychique, Fatigues, Surmenage, Epuisement de l'énergie et tous autres troubles nerveux.

DIACRINE No 6 C & C

Chaque comprimé représente en glandes fraîches:
Ilots du pancréas 10 grains, Duodénum 1 grain, Amygdale 2 grains.

INDICATIONS:—

Insuffisance intestinale, Pancréatite chronique, Irritation du pancréas, Dyspepsies pancréatiques, Diabète.

PRIX: — En bouteilles de 50 doz. \$10.20
En bouteilles de 100 doz. \$18.00

Echantillon sur demande.

CASGRAIN & CHARBONNEAU

LIMITEE

28-30, rue St-Paul Est
MONTREAL

Pharmaciens en Gros
Instruments de Chirurgie
Instruments pour Dentistes
Rayons-X et physiothérapie.

Téléphone:
LANCASTER *3292.

milieux de culture ordinaires. Ganter, Van der Reis et son école, Rosell, etc., en se servant du tube bactériologique intestinal, ont constaté qu'avant un repas, l'intestin grêle, quoique très pauvre en bactéries, n'est pas complètement stérile. Ces derniers ont trouvé dans les parties supérieures de l'intestin grêle des coques et des bacilles acido-lactiques longs et courts. Les germes Gram-positifs sont identifiés comme bacilles lactiques et coques, tandis que les germes Gram-négatifs appartiennent presque tous au groupe coli-aerogenes. La flore de l'intestin médium varie davantage: il y a diminution des coques glycophiles et même des bacilles lactiques, mais par contre les bacilles du côlon, d'autres bactéries Gram-négatives et des groupes déjà mentionnés apparaissent plus communément. Le segment inférieur de l'intestin grêle présente une augmentation des formes Gram-négatif et Gram-positif.

En dehors du caecum, on a obtenu des cultures d'autres types, principalement anaérobies, tels le *B. bifidus*, le *B. phlegmones emphysematosus* (*perfringens* Veillon et Euber; *saccharobutyricus immobilis* de Schattenfroh et Grassberger), le *B. putrificus* Bienstock (*Clostridium butyricum* Prazmowski; *saccharobutyricus mobutyricus immobilis* de Schattenfroh et Grassberger), en outre de la multiplicité des autres bactéries fécales indifférentes et de la putréfaction. On a trouvé aussi, dans une certaine mesure, le *B. tetani* chez les personnes en santé.

On attribue la fermentation et la putréfaction pathologiques aux causes ou facteurs suivants:

1) Ingestion continuelle d'une grande quantité d'aliments azotés ou de nourriture végétale, riche en cellulose, par des personnes dont l'intestin tolère difficilement une telle alimentation.

2) Action insuffisante des sucs intestinaux ou passage trop rapide des aliments dans l'intestin.

3) Dyspepsies de toutes sortes et catarrhe intestinal.

4) Flore anormale dans les parties supérieures de l'intestin, le plus souvent causée par l'ascension des bactéries de la partie inférieure de l'intestin grêle ou du côlon ou la colonisation de l'intestin grêle par des bactéries étrangères, due à la faiblesse du pouvoir protecteur de ce dernier.

5) Putréfaction intestinale primaire, causée par une flore bactérienne anormale de putréfaction, susceptible d'engendrer des dyspepsies intestinales ou le catarrhe.

Pour démontrer la présence d'une flore anormale dans l'intestin grêle, il suffit de faire quelques extensions colorées par Gram avec du jus intestinal obtenu par la sonde et de faire l'épreuve pour le coli et les aerogenes ou pour d'autres bactéries de fermentation dans du bouillon lactosé en tubes de fermentation ou dans du lait stérile couvert avec la paraffine. Egalement on peut faire la détermination des bactéries par l'endo ou d'autres procédés.

Les plus récentes études de von Catel et von Graevenitz ont démontré que l'acide acétique et les autres acides gras volatils augmentent le péristaltisme, ce que ne fait pas l'acide lactique. Dans le chyme intestinal normal, là où se trouvent les bactéries intestinales régulières (bactéries acido-lactiques Gram-positives, *Bacillus acidilactici* et *enterococcus lacticus*), on n'a pu constater de produits de fermentation anormale. Wollwan, Van der Reis et Rosell furent impuissants à découvrir des bactéries amylolytiques et de fermentation dans l'intestin grêle à l'état normal. Ces bactéries ont leur localisation spéciale dans l'intestin grêle inférieur, le caecum et le côlon, et quand elles émigrent ailleurs il survient des changements pathologiques. Les difficultés les plus sérieuses s'élèvent quand les bactéries, qui croissent de pair avec la fermentation, quittent leur local habituel appelé "Gaegkessel" (foyer de fermentation) par von Noorden pour habiter les sommet de l'iléon et du jejunum, où elles produisent l'infection du chyme, ou selon Van der Reis, une infection pariétale.

Il est possible que l'ascension de la fermentation infectieuse soit plus importante que l'infection elle-même. Cette ascension des bactéries de la fermentation (spécialement du *B. coli*, agent simultané de la fermentation et de la putréfaction, de l'amylobactérie, de l'aerogenes, du clostridium) est ordinairement accompagnée d'une diminution des bactéries acido-lactiques normales dans l'intestin grêle. L'ingestion de ces bactéries acido-lactiques intestinales en quantité suffisante a rendu possible l'obtention d'importants résultats thérapeutiques contre le développement de la fermentation et de la putréfaction.

On doit considérer comme des infections endogènes les dyspepsies dues à la fermentation et la putréfaction. Ces deux phénomènes ne doivent pas être regardés comme contraires, et pour preuve: la croissance du *B. coli* dans l'intestin peut causer soit la fermentation des hydrates de carbone, soit la désintégration de l'albumine, selon la réaction du milieu et la présence de glycodes.

METHODE DE WHIPPLE

HEPATHEMO

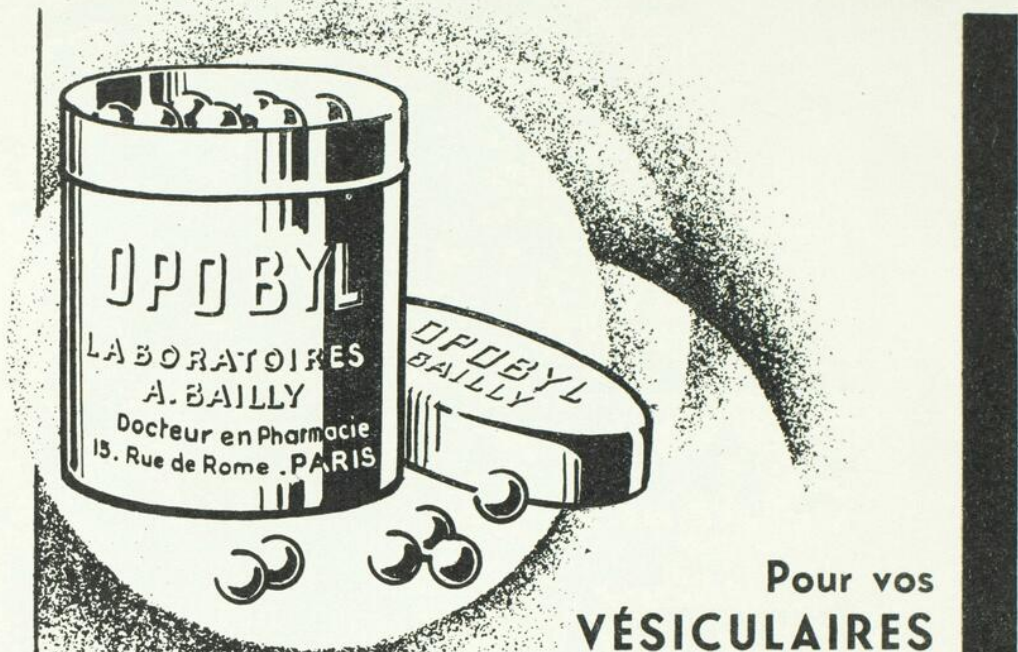
DESCHIENS



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

**SYNDROMES
ANÉMIQUES**

OPOBYL



Pour vos
VÉSICULAIRES
Pour vos
HÉPATIQUES

OPOBYL

associe

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

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

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

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

En ce qui concerne les causes de l'ascension des phénomènes de fermentation dans la partie supérieure de l'intestin grêle, on doit avoir à l'esprit la diminution du pouvoir bactéricide contre les infections fermentatives et putréfactives aussi bien que les facteurs déjà mentionnés, impliqués dans l'augmentation des produits non digérés et du catarrhe intestinal possible. On reconnaît que le duodénum et le jejunum sont le réceptacle de la plupart des bactéries de l'estomac, mais ils sont néanmoins les parties les plus pauvres en germes. Plusieurs auteurs ont pensé que le jejunum et la partie supérieure de l'iléon étaient stériles, mais les investigations avec le tube bactériologique ont définitivement prouvé la présence des bactéries acido-lactiques, *B.* et *S. acidi-lactici* dans ces endroits (Van der Reis (1), Ganter (2).) Ces bactéries acido-lactiques y sont à l'état normal et nous les avons trouvées presque constamment dans les intestins normaux (3 et 6). A l'extrémité inférieure de l'intestin grêle, d'autres bactéries prennent naissance, en particulier celles du groupe coli-aerogenes.

La découverte de l'ascension des bactéries du côlon aux parties supérieures de l'intestin grêle et la colonisation de ce même intestin par des bactéries étrangères, révèle, croit-on, une cause importante de nombre de maladies chroniques, telles les fermentations et putréfactions chroniques, le catarrhe intestinal, celui des voies biliaires et pancréatiques, la "dyspepsie" aiguë ou chronique de l'intestin. L'infection ascendante des bactéries fécales constitue, en outre, un facteur important des anémies pernicieuses.⁽¹⁾ Ces découvertes sont, au point de vue thérapeutique, très importantes, nous donnant des nouveaux chemins de prévention thérapeutique de ces maladies qui peuvent être traitées directement par irrigation avec des solutions thérapeutiques variées, des suspensions bactériennes, etc., à travers le tube intestinal en union avec les méthodes thérapeutiques ordinaires.

L'analyse coprologique ou l'étude bactériologique des fèces n'a jamais fourni le diagnostic de ces infections des parties supérieures des intestins. Dans le cas d'infection endogène (Van der Reis), on doit admettre une infection pariétale de l'intestin avec le *B. coli*, qui ne serait normalement trouvé que dans les segments inférieurs des intestins.

(1) Consulter à ce sujet les travaux de Seydeshelun, Knud, Faber, Van der Reis, Bogendoerfer, Norowitz, Strassburger, Lohr, Rosell.

La colonisation des bactéries pathogènes est cependant le résultat, plutôt que la cause, d'un changement dans les fonctions de l'intestin grêle, changement probablement dû à une perturbation de la sécrétion du suc intestinal. La réaction de l'intestin des malades joue un rôle important dans l'étiologie. On n'a pu déterminer jusqu'à quel degré est nécessaire une lésion de la paroi intestinale.

Les résultats de la thérapie ont confirmé la certitude de ces diagnostics. Van der Reis a prouvé qu'après la disparition de la flore anormale de l'intestin grêle, on guérissait complètement une anémie secondaire progressive. Après la détermination de la flore pathologique, on fait des irrigations du jejunum, de l'iléum et du caecum avec une solution de sel physiologique, des désinfectants liquides et des solutions tampons.

On peut restaurer la flore normale par l'implantation des bactéries acido-lactiques absentes ou réprimées. Ce mode de bactériothérapie fut essayé avec succès par l'emploi des bactéries acido-lactiques nécessaires empruntées à l'intestin grêle d'une personne en santé. Un autre facteur utile au maintien de la flore normale de l'intestin grêle consiste dans la réaction dominante de ce milieu: un changement dans la réaction a une vaste influence sur la flore.

Les études sur la concentration des ions-hydrogène dans les intestins furent faites par Long et Fenger, Meyers et MacClandon, MacClendon, Einhorn, Bisse, Lowe et Myer, Van der Reis, Schembra, Bogendoerfer, Wetmore et Reynolds, Rosell, Freidenwald et Gindler, Olnada et Arai, MacClure, Montague, Campbell, Hudson et Parr. Si l'uniformité des résultats n'a pas été parfaite (ce qui peut être attribué à la différence dans les conditions expérimentales), il n'en a pas moins été établi que l'opinion acceptée jusqu'ici sur la réaction intestinale est erronée. Cette réaction, loin d'être alcaline, est acide chez les individus normaux et en santé. La concentration hydrogène moyenne de l'intestin supérieur est d'un pH de 6.28, celle de l'intestin médium 6.46, et celle de l'intestin inférieur 6.79. Le pH de l'intestin supérieur peut varier entre 5.4-6.6 et celui de l'intestin médium entre 6.2-7.3, d'après une série d'investigations faites sur 63 personnes normales (Van der Reis et Schembra) et selon nos propres observations.

Nombre de publications ont, encore récemment, certifié la dépendance de la flore bactérienne intestinale sur la réaction du milieu environnant. Ces écrits traitent de la relation qui existe entre

l'hydrogène des milieux de culture et les diverses bactéries, des conditions optima essentielles à leur vie, et de leur défense au moyen d'une certaine concentration ion-H caractéristique. (Voir Bruenn, Sheer, Adam, Demby, Michaelis, Michaelis et Marcora, Clark, Cannon et MacNease, Van der Reis). Les bactéries ont, comme on le sait, une marge de croissance plus ou moins étroite, une croissance optima assez rigoureusement définie; hors de cette marge, elles subissent des perturbations sérieuses dans leur pouvoir de multiplication, leur morphologie et leur assimilation. Adam caractérise ainsi l'optimum ion-H: "Le nombre hydrogène spécifique des bactéries".

Un changement de réaction dans l'intestin, facilement notable dans certaines maladies intestinales, est toujours accompagné d'une variation du type de végétation, d'après des preuves expérimentales (Van der Reis).

Irrigations transduodénales de cultures vivantes de bactéries acido-lactiques

Le traitement bactériologique de plusieurs maladies intestinales, telles les dyspepsies de fermentation et de putréfaction, l'entérite, l'intoxication intestinale et d'autres maladies d'origine intestinale, par l'emploi d'irrigations de cultures vivantes des vraies bactéries acido-lactiques dans l'intestin grêle, à travers le tube intestinal, s'est montré particulièrement efficace. Un agent thérapeutique de grande valeur se trouve dans l'emploi d'irrigations de bactéries acido-lactiques, spécialement de celles qui habitent les parties supérieures de l'intestin grêle pour le traitement de l'anémie pernicieuse qui, selon plusieurs auteurs (principalement Hunter, Gravits, Seyderhelm, Moravitz, Gutierrez-Ygaravide, Rosell, etc.) a parfois son origine dans l'intoxication intestinale et la flore anormale, spécialement dans l'ascension des bactéries du côlon et de la flore fécale aux parties supérieures de l'intestin grêle.

Depuis la découverte des cas d'anémie pernicieuse d'origine intestinale, on a constaté un grand nombre de cas similaires dans les diarrhées tropicales et les sprues. L'usage en grande quantité de yoghourt et de lait acido-lactique a donné des résultats très favorables; le traitement de Van der Reis, avec des irrigations de bactéries acido-lactiques cultivées de l'intestin grêle, fut extraordinaire d'efficacité.

Il est possible qu'on obtiendrait des résultats identiques avec des irrigations du *Bacillus acidophylus*, mais par le fait que cette bactérie fécale est plus facilement cultivée dans les fèces, on ne doit pas accepter *sine qua non* que cette bactérie soit capable de rester plus longtemps que les autres vraies bactéries acido-lactiques dans l'intestin grêle ou dans les parties supérieures du côlon où l'action thérapeutique des bactéries est le plus nécessaire.

Les bactéries acido-lactiques qui vivent normalement dans les parties supérieures de l'intestin constituent probablement la meilleure défense contre les bactéries "coloniales" et fécales, ainsi que les expériences de plusieurs des auteurs précédemment cités semblent l'avoir démontré. Ces fortes bactéries acido-lactiques normales de l'intestin ne sont pas facilement cultivées dans des fèces. Comme ces bactéries acido-lactiques sont les hôtes normaux de l'intestin grêle et du côlon supérieur, elles sont maintenant considérées de la plus haute importance dans les applications thérapeutiques.

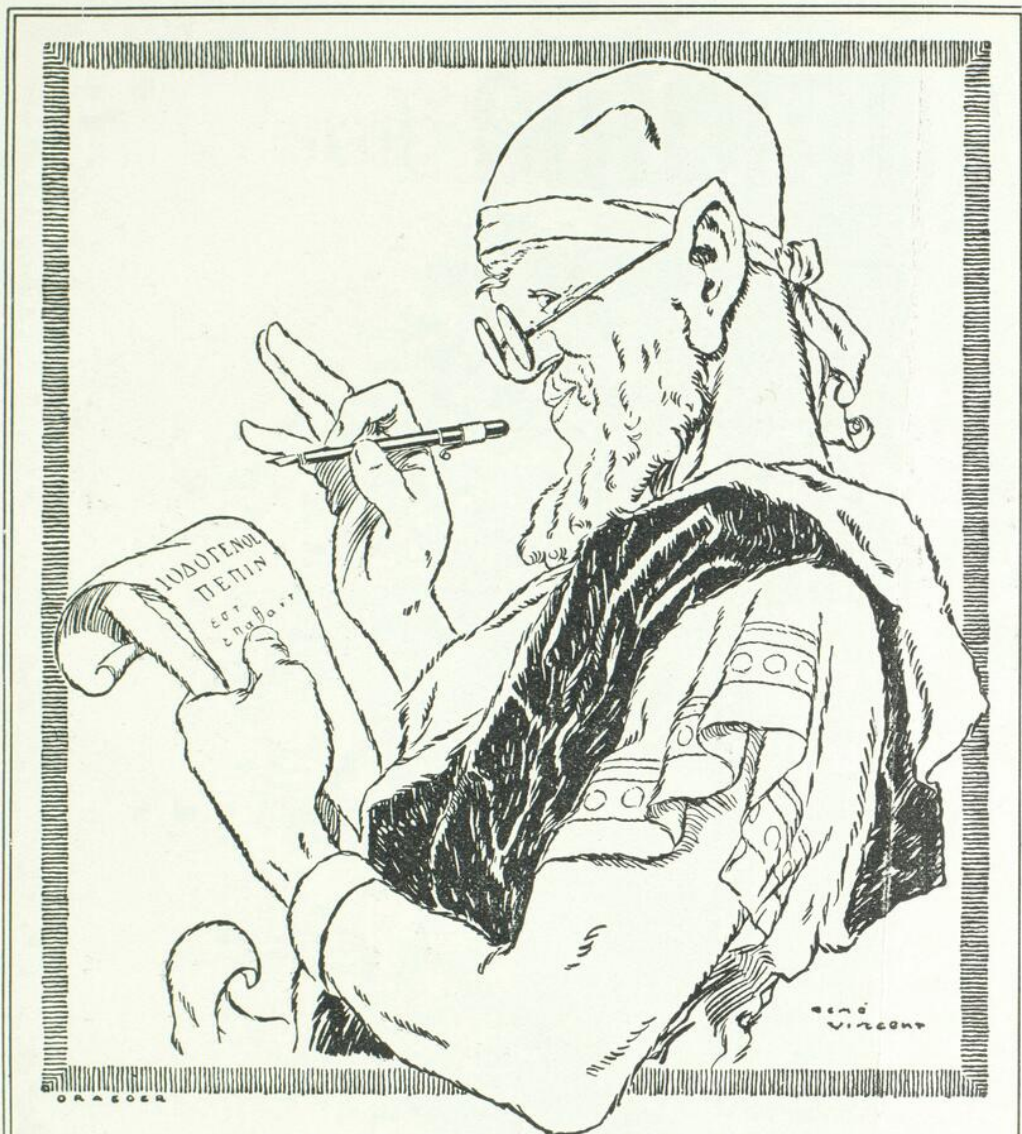
BACTERIOTHERAPIE LACTIQUE

La littérature médicale qui traite des bactéries acido-lactiques et antagonistes est très vaste. Dans de récents ouvrages sur cette matière (voir les notes bibliographiques de la fin de cet article), on peut trouver une compilation de cette bibliographie où se trouvent résumés plus de 500 écrits publiés pendant ces 20 dernières années.

La thérapeutique des bactéries acido-lactiques est basée sur les trois facteurs suivants: 1° faits de l'expérience et de la médecine empirique des siècles; 2° observations médicales postérieure; 3° faits bactériologiques.

Observations empiriques

La putréfaction ne peut pas se développer dans les milieux acides. (Conservation des viandes et conserves dans l'acide lactique, le vinaigre et le lait aigre). La putréfaction intestinale semble disparaître par les mesures diététiques susceptibles de produire une augmentation de l'acidification du contenu intestinal. Les régimes au lait, aux légumes, au sucre sont considérés comme antiputrides. La médecine ancienne: Galien, Avicene, Medscheravia, et la médecine postérieure, spécialement celle de l'Europe Centrale, de l'Arabie, de la Turquie, de la Russie, considéraient les différents laits acides, en



PEPTONE IODÉE SPÉCIALE

LA PLUS RICHE EN IODE ORGANIQUE, ASSIMILABLE, UTILISABLE

Iodogénol Pépin

**GOÛT
AGRÉABLE**

TOUTES LES INDICATIONS DE L'IODE
ET DES IODURES MÉTALLIQUES

**TOLÉRANCE
PARFAITE**

Bien supérieur aux Sirops et Vins Iodés ou Iodotanniques.

PRESCRIRE

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

Échantillons sur demande
à MM. les Docteurs.

Laboratoires PÉPIN & LÉBOUCQ,
COURBEVOIE — PARIS

PHYTOTHÉRAPIE

Aphloïne "Trouette-Perret"



Troubles de la PUBERTÉ de la MENOPAUSE et du SYSTÈME VEINEUX (VARICES, hémorroïdes)

Sédatif utéro-ovarien.

APHLOÏA, HAMAMELIS, PISCIDIA, HYDRASTIS, VIBURNUM.

Elixir très agréable au goût, d'une synergie médicale dont le mode de préparation assure l'intégrité absolue de chacun de ses composants.

MODE D'EMPLOI: 1 à 2 cuillerées à café d'elixir pur ou mélangé à un peu d'eau à chacun des deux principaux repas.

L'EFFICACITÉ DE L'APHLOÏNE "TROUETTE-PERRET"

EST DUE À SON ACTION: ANTISPASMODIQUE, ANALGÉSIANTE, VASO-CONSTRICTIVE ET TONIFIANTE.

TRAITEMENT DES AFFECTIONS CARDIAQUES, AIGUES ou CHRONIQUES A BASE DE DIGITALE STABILISÉE

FORMULE:
Digitale stabilisée 0 gr. 05
Scille 0 gr. 05
Scammonée 0 gr. 05
Gentiane 0 gr. 02
par pilule.
1 à 2 pilules par jour.

SPECIFIQUE DES MALADIES DE CŒUR

PILULES DU D^r MOUSTIER

LABORATOIRE DES PILULES DU DOCTEUR MOUSTIER PHARMACIE REBOUD SAINT-VALLIER (DROME)

Echantillon et littérature sur demande

G. GRAVET
Représentant général pour le Canada

1184, RUE BISHOP MONTREAL

Tél. PLateau 7005

Représentant général pour le Canada: G. GRAVET, 1184, rue Bishop, MONTREAL.

particulier le "Laben" égyptien, l'"Urda", le "Mazurn" et le "Skuta" des Slaves, le "Giodud" des peuples du sud de la Méditerranée, le "Yoghourt" des Turcs, le "Yoghourt" des Bulgares et des autres pays, non seulement comme une nourriture très hygiénique, mais comme une médecine spécifique contre la dysenterie et les autres troubles digestifs, et comme un préventif contre les épidémies intestinales.

Ces faits furent popularisés et revêtus d'un aspect plus scientifique par les études bien connues d'Elie Metchnikoff, de l'Institut Pasteur de Paris, et son école, qui concilia ses études avec ses théories sur l'auto-intoxication, l'artério-sclérose et la longévité: Metchnikoff et son école montrèrent que la caractéristique de tous ces laits fermentés était la présence des bactéries acido-lactiques, depuis lors bien étudiées, toujours abondantes dans le yoghurt et les laits similaires.

Observations médicales

La médecine des 25 dernières années, spécialement en Europe, sous l'influence de la médecine traditionnelle des peuples anciens et des institutions médicales de quelques pays, en particulier des sanatoriums de Russie, de Samara, de l'Autriche, de Stamboul, du nord-ouest de l'Allemagne, etc., a fait, après les avoir étudiés plus scientifiquement, un ressort thérapeutique des laits plus haut mentionnés et de tous ceux qui contiennent les bactéries acido-lactiques: *Bacterium bulgarium* (*Bacillus bulgaricus*), *Bacterium Yoghourtii*, *Streptococcus lactis thermophilus*, *Bacillus lavernis*, *Bacillus mazurni*, etc.

En ce dernier quart de siècle, la thérapie par des bactéries acido-lactiques a augmenté constamment, spécialement en Europe. Les écrits scientifiques et vulgarisateurs de la bactériothérapie lactique contre plusieurs troubles digestifs, toxiques et infectieux, chez les adultes et les enfants, de la thérapie externe (dermale, nasale, vaginale, rectale), et de la thérapie dans la médecine vétérinaire sont aujourd'hui trop nombreux pour en permettre une révision individuelle. La médecine américaine, en partie du moins, après quelque temps d'emploi exclusif du lait bulgare ou des cultures de *Bacillus bulgaricus*, s'est tournée vers la thérapie similaire obtenue avec le *Bacillus acidophilus*, cultivé des fèces des enfants et très semblable au *Bacillus bulgaricus*, cultivé de l'estomac des jeunes chèvres.

Faits bactériologiques

Des expériences bactériologiques ont été conduites sur le pouvoir des bactéries du Yoghourt de s'opposer au développement des micro-organismes pathogéniques. Pour ne mentionner que quelques expérimentations: Buidzeil montra que le *B. typhosus* meurt dans 30-40 heures, quand on l'introduit dans du yoghourt convenablement préparé. Selon Kern, le *B. coli* est incapable de se développer au contact du yoghourt d'une acidité lactique de 2%. J. Cummata et U. Mitra ont démontré que le *B. typhosus*, le *B. paratyphosus* et le *B. diphteriae* perdent leurs propriétés pathogéniques, s'ils sont associés suffisamment longtemps aux cultures actives du yoghourt. Berthelot avec le micrococcus *niemingitivis* de la fièvre cérébrospinale, ainsi que Rosenthal avec le vibron du choléra, ont fait les mêmes constatations. Ceux que cette phase particulière du sujet intéresse pourraient consulter les écrits de Kaiser, C. Weil, V. Bruduy, J. Klesberg et Bassenge, Rosenthal-Wetzel, Berthelot-Leva, North Rup Krunwild, etc.

Les travaux de Rettger-Cheplin, Koppeloff, etc., concernant les expériences cliniques et bactériologiques avec le lacto-bacillus *acidophilus* sont trop bien connus pour être plus extensivement commentés ici.

Toutes les études et expériences cliniques mentionnées ici prouvent simplement que les bactéries acido-lactiques prises sous forme de laits fermentés, telles le yoghourt et le lait *acidophilus*, ou sous forme de cultures vivantes, constituent un élément prophylactique et thérapeutique envers plusieurs troubles, spécialement ceux de la voie digestive, tels les dyspepsies bactériennes aiguës gastriques et intestinales, les infections chroniques endo-intestinales chez les adultes et les enfants, les corollaires de ces infections: intoxications d'origine digestive, catarrhe intestinal, constipation, affections muqueuses et cutanées d'origine intestinale, peut-être aussi les dégénération glandulaires comme la cirrhose hépatique, dégénération néphritique et myocardique, athéromateuse et scléreuse, et même envers les anémies progressives d'origine intestinale, ainsi que semblent le démontrer des travaux dignes d'attention. Les espèces de bactéries acido-lactiques auxquelles on attribue une action thérapeutique des plus considérables appartient au groupe très vaste des vraies bactéries acido-lactiques (bactéries qui fermentent les hydrates de carbone et les alcools supérieurs en acide lactique).

OPOTHÉRAPIE SÉRIQUE

DÉCHÉANCES ORGANIQUES,
CONVALESCENCES,
ANÉMIES.



SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS de CHEVAL
(Sirop)

Agent de Régénération Hématique, de Leucopoïèse et de Phagocytose.

2 à 4 cuillerées à potage par jour.

LANCOSME, 71, Av. Vict.-Emmanuel-III, PARIS (8e).

Littérature et Echantillons : ROUGIER, 350, rue Lemoine, Montréal.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

PRIX ORFILA
1872



PRIX DESPORTES
1904

DIGITALINE NATIVELLE

CRISTALLISÉE

**Agit plus sûrement que toutes les
autres préparations de Digitale**

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

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, rue de la Procession, PARIS (XV^e)

Draeger

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



QUAND les nerfs sont irrités, que le sommeil paraît impossible, calmez votre malade avec le sédatif proéminent, le tonique calmant — Valérianate Gabail. *Ne contient pas de barbital.* Son efficacité est due à l'extrait de Valériane et l'acide valérianique combinés, auquel on a enlevé son odeur et sa saveur répugnante sans affaiblir ses propriétés curatives.

DOSE:—Une cuillerée à café, dans un peu d'eau sucrée au moment des repas. En flacon de 120 cc.

L'ANGLO - FRENCH DRUG CIE,

354 est, rue Sainte-Catherine,

MONTREAL.

Dans tous les pays du monde où le lait est en usage, les bactéries acido-lactiques ordinaires du lait existent. Elles coagulent le lait avec fermentation acido-lactique; les espèces plus ubiquitaires sont celles du groupe de streptococcus lactis Gunteri et du bacterium lactis. Le groupe des Beta bactéries lactiques est aussi présent dans tous les endroits où les aliments entrent en fermentation acido-lactique (ensilage, choucroute, etc.).

Ces bactéries semblent exister dans la nature pour éviter les décompositions putréfactives des aliments, permettre la transformation des aliments par fermentation acido-lactique en une nourriture plus digestible, saine et apte à la conservation et prévenir le développement simultané des autres bactéries.

Des différents groupes de bactéries acido-lactiques étudiés précédemment, le plus important au point de vue fermentation acido-lactique, tant par la pureté que par la rapidité de fermentation et la quantité d'acide lactique formé est unanimement reconnu pour être celui des bactéries du yoghourt. Ces bactéries sont aussi présentes dans pratiquement tous les fameux laits fermentés connus depuis la plus haute antiquité, même le Baben égyptien (nom qui signifie: "Boissons de la vie" et attribué par la tradition à Abraham).

Les vraies bactéries du yoghourt sont: Thermo-Bacterium yoghourtii, Thermo-Bacterium bulgaricum ou Lacto-Bacillus bulgaricus et Streptococcus lactis thermophilus. Les caractéristiques de ces bactéries gram-positives, non sporulentes, sont la rapidité de production d'acide lactique à partir des sucres et hydrocarbones, des alcools supérieurs sans production d'autres sortes d'acides ainsi que le font les pseudo-bactéries acido-lactiques.

Les trois bactéries plus haut citées, quand elles agissent séparément, produisent assez d'acidité pour coaguler le lait en 4 à 6 heures. En symbiose, comme dans le yoghourt, elles coagulent le lait en 2½ à 3 heures, produisant jusque 2 à 3% d'acide lactique, tandis que les bactéries acido-lactiques ordinaires du lait exigent 20 à 24 heures. Le bacterium acidophilum (bacillus acidophilus), quand habitué à sa culture dans le lait, coagule le lait en 16 à 22 heures avec une production de 0.80 à 1.5% d'acide lactique.

Mais les bactéries lactiques les plus adéquates à être implantées dans l'intestin grêle devraient être, sans aucun genre de doute, les bactéries lactiques qui habitent habituellement dans l'intestin grêle et qui ont été décrites par Van der Reis (1), Bogendoerfer (2), Rosell (7).

BIBLIOGRAPHIE

- 1.—VAN DER REIS, V., *Ergebn. d. inn. Med. und Kindhk.* 27: 115, 1925.
Boas Festschrift Karger, Berlin, 1928.
- 2.—BOGENDOERFER: Die Flora des menschlichen Duenndarms. *Dtsch. Arch. f. klin. Med.* Bd. 140, S. 257, 1922.
- 3.—CLOCK: One hundred and seventeen cases of infantile diarrhea treated by intestinal implantation of the *Bacillus lactis bulgaricus* at the Babies' Hospital of the city of New York. *Journ. of the Americ. Med. Assoc.*, Vol. 61, p. 169, 1913.
- 4.—ROSELL, J. M.: *Coprologie Clinique*, Paris, 1927, Vigot.
- 5.—ROSELL, J. M.: Bacterias Intestinales y su identificacion. *Arch. espanoles, Enfer. ap. Dig.* Madrid, 1930, 6, 342.
- 6.—KLEEBERG, J.: *Sauer Milch Arten*, Enke Stuttgart 1930. Ici on peut trouver une abondante bibliographie.
- 7.—ROSELL, J. M.: The Mechanism of Fermentation and Putrefaction in the Intestines. *The Can. Med. Ass. Journ.*, 1929, XXI, 161-168.



RECUEIL DE FAITS

RÉFLEXIONS À PROPOS D'UN CAS D'ACCIDENT ROENTGENNIEN

Par le Prof. A. LAQUERRIERE,

Chef du Service d'électro-radiologie de l'hôpital Notre-Dame.

J'ai très vraisemblablement le triste privilège d'être le doyen des radiologistes de Montréal: j'ai fait mes premières radiographies en 1898, et à partir de 1900 j'ai manié quotidiennement les rayons. J'espère donc que mes collègues me pardonneront de leur raconter mon histoire et de me permettre de leur faire quelques recommandations.

A l'âge héroïque des débuts de la radiologie, les ampoules n'étaient pas entourées d'une cupule, les écrans radioscopiques ne portaient pas de glace au plomb, on ignorait les gants et les tabliers, etc. Chose infiniment plus grave encore, si possible, les moyens de mesure se limitaient au spintermètre (qui donnait la longueur d'étincelle dont la résistance équivalait à la résistance de l'ampoule) et à... *l'examen à l'écran de sa propre main par le radiologiste.*

Comme les appareillages primitifs se déréglaient sans cesse, c'était à chaque instant qu'on se livrait à cette manœuvre, qui actuellement paraît, à juste titre, une monstruosité.

D'autre part, c'est en tenant les plaques avec ses doigts nus qu'on les plongeait dans les bains, car les grands clichés de verre avaient tôt fait de couper les gants de caoutchouc les plus solides.

Dans ces conditions, tous les gens de ma génération ont eu des accidents. Pour ma part, je n'ai jamais présenté de poussée aiguë de radiodermite, mais peu à peu s'est établi un état dystrophique: amincissements, épaisissements, crevasses, verrues, etc., de la face dorsale des doigts.

A partir de 1904, on se mit à se protéger, et à se protéger de mieux en mieux. Au moins pour la plupart d'entre nous, l'état cutané se mit à rester stationnaire. Malheureusement, la guerre survint; durant cette période on n'eut pas toujours immédiatement les moyens

de protection suffisants; c'est ainsi qu'en 1914, au moment où je fondais le vaste service de Physiothérapie de la 10^{ème} région (service qui au bout de quelques mois comptait 2500 lits), j'avais installé la table où je dressais projets, devis et plans dans la salle contenant l'embryon d'installation de radiodiagnostic; je pouvais ainsi surveiller le photographe qui prenait les clichés. En très peu de jours je vis survenir une poussée de verrues qui me fit vérifier l'opacité de la cupule dite protectrice; cette cupule était *rigoureusement transparente*.⁽¹⁾

Puis il y eut, suivant les hasards des hostilités, des périodes de travail intensif où l'on négligeait la protection: le jour où, aux armées, je fis 110 examens, dont 90 localisations de projectiles, il est infiniment probable que je n'avais plus ni gants ni tablier.

Il n'y a rien d'étonnant à ce que la guerre ait marqué pour les vieux radiologistes français, déjà sensibilisés, une période de rechute, qui, pour certains, fut grave d'emblée. On ne doit pas en effet oublier que, loin de s'accoutumer, l'épiderme se sensibilise de plus en plus. Bergonié a cru pouvoir tirer de ses expériences qu'on arrivait à être 1700 fois plus sensible que normalement.

Cette sensibilisation fit que ceux qui, comme moi, n'avaient pas eu d'inconvénients importants du travail militaire furent forcés, après la guerre, de se protéger non plus seulement contre le rayonnement direct, comme on savait le faire, mais aussi contre le rayonnement secondaire émis par le malade. Le rôle de la radiologie avait grandi; on nous demandait de plus en plus d'examen, et, d'autre part, les appareils s'étant perfectionnés, on travaillait en moyenne avec une intensité radioscopique au moins trois fois plus forte qu'auparavant.

Durant les années qui suivirent la guerre, je fus atteint de verrues d'aspects divers que je détruisais facilement et radicalement par le procédé de "clivage" par galvano-puncture, que je n'ai fait connaître qu'après l'avoir copieusement expérimenté sur moi.

Plus tard, quand nous fûmes arrivés, grâce à des instances incessantes, à obtenir des constructeurs une protection de plus en

(1) Cette installation de provenance allemande était un *cadeau* fait par une maison étrangère d'importation. Ce cadeau n'avait pas pour but de donner des radiodermes aux médecins français, mais était destiné à me faire demander la libération d'un ingénieur de la maison, qui était interné dans un camp, parce qu'officier de réserve de l'armée allemande. Mais ceci est une autre histoire!

ANCIENNEMENT



GALACTOGIL

LE "LAURTOGIL"

EXTRAIT TITRÉ MALTOSÉ DE GALEGA PHOSPHATÉ
GRANULÉ GALACTOGENE

Dans tous les cas de:

MONTÉE LAITEUSE TARDIVE
INSUFFISANCE LACTÉE

LE "LAURTOGIL"

apporte les éléments

PHOSPHORE - CALCIUM

à la nourrice - au nourrisson

Laboratoires LOUIS LAURIN 86 B^d de Port Royal
PARIS

Echantillons ROUGIER Frères Concessionnaires MONTRÉAL

THALASSOL CHOMEDY

(THALASSA, MER)

Le THALASSOL CHOMEDY est une médication leucocytogène et tonique associée à l'action catalytique de l'eau de mer, présentée en ampoules injectables de 5 centigrammes cubes.

Formule: Nucléinate de Soude	0,01
Glycérophosphate de Soude	0,09
Cacodylate de Soude	0,05
Sulfate de Strychnine	0,001
Eau de mer isotonique	5 cc.

L'EAU DE MER dans laquelle ces divers éléments sont dissous, est de l'eau de mer vraie, spécialement recueillie au large des côtes de l'Océan Atlantique par un personnel entraîné, et sous la surveillance des Contrôleurs de l'Etat. L'eau de mer du THALASSOL CHOMEDY est recueillie par temps calme, loin des côtes, et en profondeur, dans des récipients spéciaux. Un sérum marin artificiel ne pourrait donner les mêmes résultats thérapeutiques que l'eau de mer, puisque celle-ci est un liquide d'une très grande complexité qui possède, à l'état de traces, des éléments d'une importance capitale, mais qui ne sont pas tous connus; l'iode, le fluor, le cuivre, le zinc, l'argent et l'or, ont pu y être décelés; c'est à la présence de ces "infiniment petits" chimiques inconnus ou connus, que l'eau de mer doit ses propriétés euphoriques et stimulantes. L'eau de mer et le plasma sanguin ont une analogie de composition démontrée par R. Quinton, analogie telle, que le sang peut, dans certaines conditions, être remplacé par une égale quantité d'eau de mer.

Indications thérapeutiques: Convalescences des maladies infectueuses — surmenage physique ou intellectuel, dénutrition, asthénie et neurasthénie — lymphatisme — scrofule — dermatoses.

Mode d'emploi: Injecter dans le tissu sous-cutané ou dans le tissu musculaire une ampoule tous les jours ou tous les deux jours.

Prix: boîtes de 10 ampoules \$1.32
 .. 50 .. 5.75

Distributeurs pour le Canada

HERDT & CHARTON, INC.2027 McGill College Ave.
Montreal11 King Street West — Toronto
128 James Street — Winnipeg**Laboratoire J. PLE, PARIS**

SAL HEPATICA

LAXATIF ET ELIMINATEUR

Efficace dans toutes les circonstances de paresse intestinale provenant d'un facteur fonctionnel du foie, et de la circulation.

Sal Hepatica nettoie entièrement le canal alimentaire.

Echantillons à l'usage des médecins.

BRISTOL - MYERS Co.

NEW-YORK

La Cie J. H. Chapman Ltée

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE — MOBILIER D'HOPITAUX

Avis de déménagement. — Pour l'accommodation de nos clients nous avons déménagé nos salles d'échantillons et bureaux à

L'EDIFICE "MEDICAL ARTS", 2089, rue Guy.

Tél. Fitzroy 5785

Bas élastiques — Bandes herniaires — Ceintures — Salles d'attente pour patients

Nous espérons que vous continuerez à nous favoriser de votre bienveillant patronage comme par le passé.

plus parfaite contre les rayons secondaires, je vis la production de ces verrues diminuer. En 1929 et 1930 je n'avais plus recours que de plus en plus rarement à l'électro-puncture.

En 1931, quand je vins à Montréal, mes mains, pour être celles d'un vieux radiologiste, étaient dans un état remarquablement satisfaisant: un peu d'atrophie de la peau à deux doigts de la main gauche, un ongle assez fragile, et sur les deux mains quelques petites verrues insignifiantes et sans tendance ni à grossir ni à se multiplier. Grâce à l'installation que l'hôpital Notre-Dame a fait venir de France, je n'étais exposé — j'ai naturellement fait de minutieuses vérifications — à la moindre trace ni de rayonnement direct ni de rayonnement secondaire, et je n'eus plus besoin de faire une seule séance d'électro-puncture.

Malheureusement, cette situation favorable me conduisit à une imprudence: je savais que les produits photographiques étaient nocifs pour ma peau et aux environ de 1910 *j'avais définitivement renoncé* à tout travail dans la chambre noire. A Montréal, j'eus besoin de clichés à projection pour mes leçons et ne trouvant pas de manipulateur entraîné à ce travail spécial, je me mis à les exécuter moi-même. Naturellement, je pris d'abord des gants de caoutchouc; mais il m'arriva plus d'une fois qu'ayant à tirer d'urgence une image, que je venais de constater et qui convenait pour ma prochaine conférence, je ne pris pas la précaution de me ganter.

Le résultat était chaque fois l'apparition sur une face latérale d'un doigt ou d'un autre (la face latérale est moins exposée que la face dorsale aux rayons X, mais par contre elle échappe plus facilement à un essuyage sommaire et garde mieux l'humidité) d'une petite élévation rouge violacé ayant l'apparence d'une minuscule engelure; la couche superficielle de l'épiderme se soulevait, il se formait une légère plaie qui guérissait en un nombre de jours plus ou moins grand.

En mars 1933, le même phénomène se produisit sous la même influence; mais l'ulcération, après des alternatives de mieux et de plus mal, ne cicatrisait pas. Fin mai, elle doubla brusquement de taille; mes amis, le Pr. Pierre Masson et le Dr Marin, décidèrent l'amputation, que le Dr Gagnon effectua le 31 mai.

*
* *

Cette histoire, banale chez un vieux radiologiste, ne mériterait pas qu'on s'y arrête si elle ne comportait quelques enseignements

qui me paraissent très utiles pour au moins quelques-uns des radiologistes canadiens, trop enclins à sous-estimer le danger des rayons X.

Il faut d'abord bien se persuader qu'on peut faire des accidents graves sans avoir jamais présenté une poussée évidente de radio-dermite. Les troubles trophiques, s'établissant lentement et progressivement, peuvent eux aussi conduire à des catastrophes. Il faut donc se garder, ce que tout le monde admet maintenant, du rayonnement direct, mais aussi du rayonnement secondaire, qui justement parce qu'il est faible agira lentement et sournoisement, sans que jamais aucun phénomène impressionnant attire l'attention.

De plus, on doit considérer toute modification de la peau comme une source possible de danger: je répète que je considérais mes mains, après tout ce qu'elles avaient subi il y a 30 ans, comme étant très belles; si j'avais été présomptueux j'aurais pu croire que, puisque nous avons maintenant des installations nous mettant à l'abri de tout rayonnement, j'étais désormais à l'abri de toute crainte. Il a suffi pour moi d'un peu de révélateur photographique; pour un autre ce sera une irritation mécanique, une brûlure, etc.; nous devons donc, aussitôt que nous constatons que nos mains présentent une défec-tuosité circulatoire ou trophique, non seulement redoubler de pré-cautions contre les rayons et vérifier les fuites possibles des dispo-sitifs de protection, mais encore considérer désormais notre épiderme digital comme un organe tout à fait fragile, auquel un traumatisme insignifiant peut causer les plus grands dommages.

Mon vieil ami Delherm interdit à ses assistants d'entrer dans la chambre noire photographique de façon à ce qu'ils ne risquent pas d'être touchés par des gouttes de produits chimiques.

Ce qui confirme que la production de l'accident actuel n'est pas sous l'influence immédiate des rayons X, c'est que, alors qu'après des accidents de leucopénie vers 1922 je n'avais jamais pu depuis dépasser 4400 globules blancs, j'en ai actuellement 5500. Je ne reçois donc plus de rayons X.

Que mes amis canadiens s'inspirent de l'expérience, parfois cruelle, de leurs aînés et utilisent eux aussi certaines précautions.

J'espère que mon exemple leur évitera des imprudences. Avec les installations modernes, il ne devrait plus y avoir d'accidents. Si le sacrifice de mon doigt incite ceux d'entre eux, auxquels je pense en écrivant cet article, à prendre des précautions, que je crois indis-pensables pour eux, ce sacrifice me donnera cette consolation d'avoir été utile.



DEUX CAS D'ARTHRODÈSE POUR TUBERCULOSE DE LA HANCHE

Par Edmond DUBE

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.
Chirurgien à l'Hôpital Ste Justine.

La fixation artificielle des lésions tuberculeuses articulaires est une méthode opératoire préconisée depuis déjà plusieurs années et elle est surtout due aux travaux et aux recherches d'Albee qui en a montré les bénéfices et qui a grandement contribué à la vulgariser.

Dès le début, cette innovation eut à subir de nombreuses critiques, quelques-unes justifiables, mais la plupart la conséquence d'opinions trop hâtives et souvent basées sur une expérience incomplète des résultats que l'arthrodèse pouvait procurer. Aujourd'hui, personne ne conteste son utilité, mais la discussion porte encore et avec raison sur le choix de l'intervention et surtout sur l'âge du sujet à opérer. La majorité des orthopédistes estiment que l'arthrodèse doit être réservée à l'adulte mais concèdent toutefois, que dans des cas bien choisis, elle peut rendre des services précieux chez l'enfant de 12 à 13 ans et chez le jeune enfant ne rencontre absolument aucune indication et peut parfois causer des ennuis sérieux.

Les procédés opératoires sont nombreux; en effet, sans tenir compte des techniques variées, l'arthrodèse peut se faire intra ou extra-articulaire. Le choix de l'opération doit être basé sur l'état des lésions mais il est incontestable que l'intervention en dehors de l'articulation, lorsqu'elle peut résoudre le problème, doit être préférée. Parfois, il peut être indiqué de combiner les deux, si l'on veut obtenir le but recherché, c'est-à-dire la soudure complète de l'article.

Nous avons eu l'occasion depuis quelques mois d'utiliser l'arthrodèse extra-articulaire de la hanche chez deux petits malades à Sainte-Justine et ce sont ces deux observations que nous voulons relater.

Obs. I. Albert T..., âgé de 14 ans, est admis dans le service interne de chirurgie, le 15 novembre 1932, pour des douleurs à la hanche droite, accompagnées de boiterie prononcée. L'examen de l'articulation révèle une limitation prononcée des mouvements normaux; la flexion est très douloureuse et l'extension très limitée.

Le début de la lésion remonte à 5 ans. Depuis cette période, l'enfant a été traité assez régulièrement par le repos au lit et par l'application de plusieurs appareils plâtrés d'immobilisation. Par moments, la lésion semblait vouloir s'améliorer, au point que la marche fut permise à trois reprises différentes mais aussitôt, les symptômes réapparaissaient et en présence de ces résultats insuffisants, les parents consentirent à l'intervention. A son arrivée à l'hôpital, la radiographie de la hanche démontre clairement que le processus tuberculeux, bien qu'amélioré, est toujours en évolution.

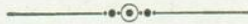
Le 1er décembre 1932, arthrodèse extra-articulaire de la hanche droite et application d'un appareil plâtré. Suites opératoires normales. L'appareil est enlevé le 1er mars 1933 et la plaie est entièrement cicatrisée. Le 20 mars, un petit abcès apparaît à la base de la plaie opératoire, s'ouvre et se cicatrise rapidement. L'examen de l'articulation démontre une ankylose solide, indolore et la marche permise le 15 mai, s'améliore graduellement et il y a tout lieu de croire, se basant sur une radiographie récente, que la guérison se maintiendra.

Obs. II. — Conrad F., âgé de 14 ans. Depuis quatre ans, cet enfant se plaint de douleurs et de boiterie de la hanche droite et comme dans l'observation précédente, fut traité assidûment par l'immobilisation plâtrée, sans obtenir de résultat. A la suite d'amélioration, la marche fut permise, mais à chaque occasion, la douleur réapparaissait et finalement, ce petit malade dut s'aliter. L'intervention proposée fut acceptée.

Le 15 décembre 1932, arthrodèse extra-articulaire de la hanche droite, suivie de l'application d'un grand appareil plâtré. Suites opératoires normales.

Le 15 mars 1933, l'appareil est enlevé et l'ankylose de la hanche semble complète. L'enfant marche depuis le 1er avril et les douleurs sont disparues. L'état général très amélioré semble indiquer que la guérison sera définitive.

Il n'est pas possible de tirer des conclusions de deux cas heureux, surtout lorsque les résultats ne sont pas assez éloignés, mais il semble bien établi aujourd'hui que chez l'enfant âgé, l'ankylose de la hanche, obtenue par l'intermédiaire de l'arthrodèse surtout extra-articulaire, est une intervention heureuse et qui doit être pratiquée quand elle est possible. Cette opération permet de raccourcir considérablement la durée de l'évolution des arthrites tuberculeuses et permet souvent d'entrevoir une guérison définitive de ces articulations qui ne semblent pas se cicatriser par les moyens ordinaires.



UN CAS DE STÉNOSE CONGÉNITALE DU PYLORE

par
Dr H. BARIL,
Assistant à la Clinique Médicale et Chef du Service d'Electro-Radiologie
l'Hôpital Sainte-Justine de
Dr A. COMTOIS,
de
l'Hôpital Sainte-Justine.

Il y a quinze jours, j'ai eu l'occasion de revoir un bébé que j'avais traité à l'hôpital Sainte-Justine au cours du mois d'août 1932. Voici l'observation de ce cas.

A ma consultation, la mère me raconte à peu près l'histoire suivante: "Depuis une semaine, mon bébé vomit, souffre de constipation et maigrit beaucoup. Nourrie au sein durant la première semaine, la petite semblait pousser assez bien, mais pleurait souvent. Croyant que mon lait n'était pas bon, j'ai supprimé la tétée au sein et j'ai donné sans plus de résultat du lait stérilisé, coupé de moitié d'eau bouillie. Vers le 15ème jour, les vomissements sont apparus, d'abord intermittents, puis de plus en plus fréquents. Depuis deux jours, ces vomissements surviennent après chaque boire; ils sont brusques, en jet, quelquefois même ils se produisent pendant le repas. Ils sont composés de lait caillé et d'un liquide clair, filant. Depuis 8 jours, mon enfant n'a qu'une petite selle par jour, selle provoquée par l'administration d'un lavement savonneux.

Les urines sont rares, foncées, quelquefois rougeâtres. Ma petite semble maigrir très rapidement."

Cette maman me présentait un bébé de trois semaines, bien constitué. Le poids à la naissance était de 8 livres. Fille, née à terme, au cours d'un accouchement physiologique, elle présente une fontanelle déprimée et un peu d'exophtalmie. Tous les organes paraissent sains. Pas de fièvre. Les grands droits sont légèrement contracturés à leur partie supérieure.

N'étant pas bien fixé sur la cause des troubles accusés, je supprime à mon tour le lait stérilisé et prescriis le Dryco et du citrate de soude. Les jours suivants, le bébé continue à vomir et les vomissements sont plus abondants. Je me demande alors s'il s'agit d'un gastro-spasme ou d'une sténose. Je conseille l'hospitalisation. Le lendemain, 3 août 1932, je retrouve l'enfant dans le service de médecine. Une diète hydrique de vingt-quatre heures n'a rien changé aux troubles.

Je demande donc un examen radiologique de l'estomac. La conclusion du rapport fourni par le radiologiste, le Dr Comtois, est "Sténose du pylore".

M. le Dr Caisse, appelé à voir notre petite malade quelques instants avant l'examen radiologique, constata, comme moi, une résistance musculaire surtout marquée dans l'hypochondre droit et me signala la présence d'une tumeur assez dure, de la grosseur d'une olive.

Deux jours plus tard, la pylorotomie de Fredet est pratiquée par le Dr Caisse.

Les suites opératoires n'eurent rien de particulier si ce n'est de l'hyperthermie pendant 15 jours.

L'alimentation a été reprise 2 heures après l'opération, d'abord avec de l'eau sucrée à la cuillère toutes les heures, puis le lendemain avec du lait coupé, et de l'eau bouillie sucrée, en alternant toutes les deux heures, pour en venir progressivement à l'alimentation normale le 6ème jour après l'intervention.

Du 5ème jour après l'opération au 24ème jour, l'enfant avait gagné exactement 2 livres. Malheureusement ce beau progrès a été enrayé le 28ème jour, d'abord par une otite moyenne gauche, puis par une poussée de pemphigus.

Durant son long séjour à l'hôpital, le contrôle radioscopique fait à deux reprises a montré un fonctionnement à peu près normal de l'estomac. Ce bébé a maintenant 10 mois, est très bien conformé et pèse actuellement 22 livres.

Avant de souligner les points principaux de cette observation, il nous faut rappeler quelques généralités sur les vomissements du nourrisson. Tous les jours les médecins sont consultés à ce sujet. On peut schématiquement les classer, d'après le professeur Lereboullet, en trois groupes :

1) Les vomissements liés à l'alimentation, suralimentation, sous-alimentation, mauvaise alimentation. Ce sont les plus fréquents, les plus faciles à traiter, la modification du régime suffisant le plus souvent à les faire disparaître.

2) Les vomissements liés à un obstacle anatomique, la sténose hypertrophique du pylore, pour lesquels le traitement chirurgical s'impose dès le diagnostic établi.

3) Les vomissements liés à des causes nerveuses, indépendantes du régime, relevant en grande partie du gastro-spasme et isolés par le professeur Marfan sous le nom de "Maladie des vomissements habituels".

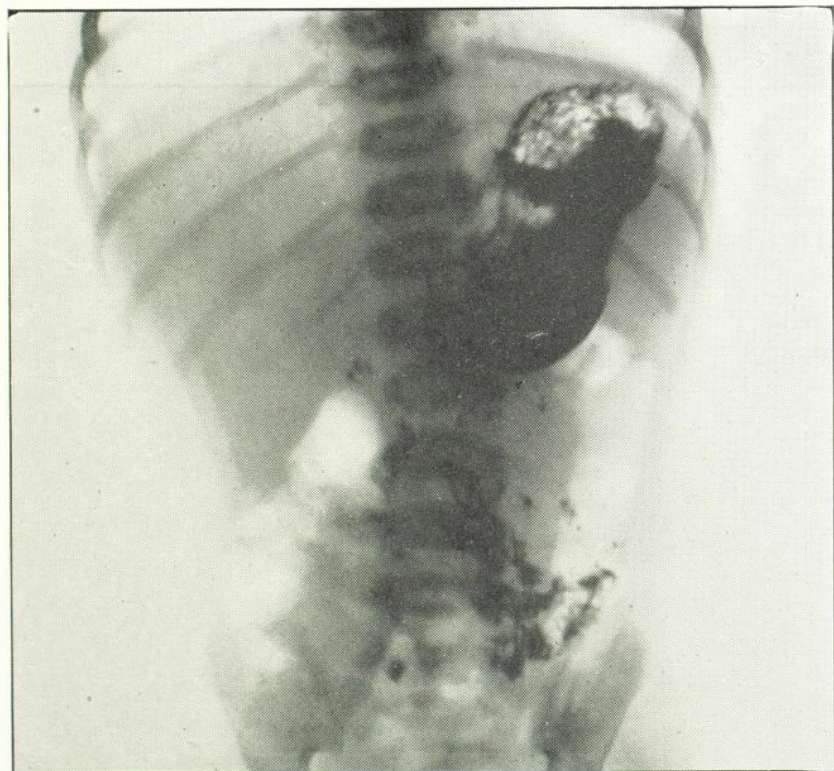
Pour ceux du premier groupe comme pour ceux du troisième, il est des règles de régime importantes, notamment la concentration des repas, les laits modifiés, les coupages variés, lesquels donnent le plus souvent les résultats attendus, surtout si on leur adjoint le traitement étiologique.

Le cas rapporté plus haut relevait sûrement du deuxième groupe, c'est-à-dire des vomissements liés à un obstacle anatomique par hypertrophie musculaire du pylore. C'est une maladie intéressante, car

AVANT L'OPERATION



La fig. 1a représente l'estomac cinq minutes après l'ingestion de la bouillie barytée.



La fig. 1b représente l'estomac 3 hrs après l'ingestion de baryum. L'évacuation est la même qu'au bout de cinq minutes. Durant cette période l'enfant a vomi.

AVANT L'OPERATION

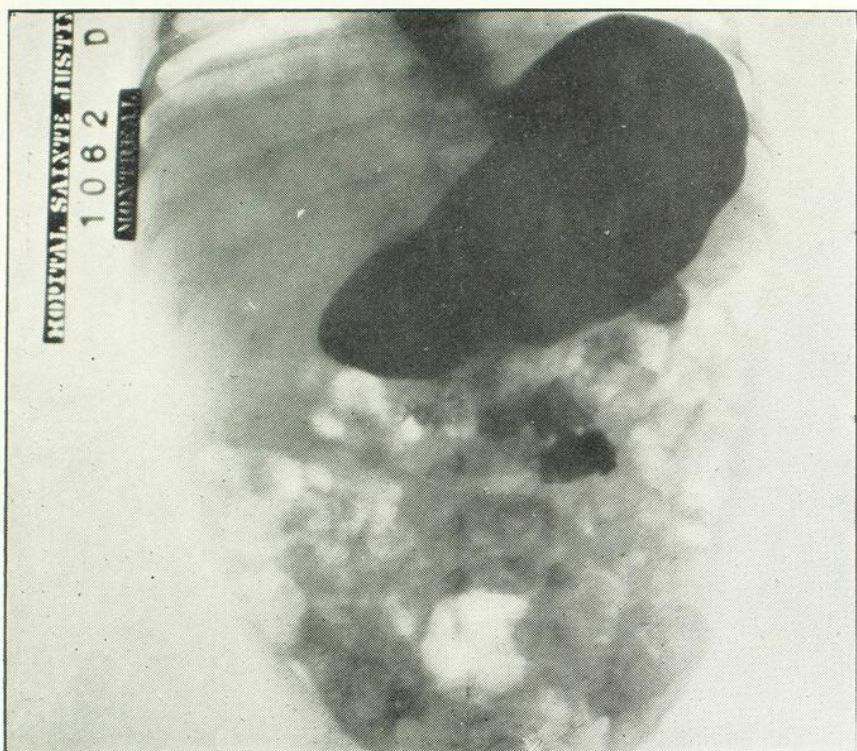


Fig. 1c. — L'évacuation n'est pas plus considérable.



Fig. 1d. — 24 hrs plus tard, même évacuation que dans la fig. 1c.

APRES L'OPERATION



La fig. IIa représente l'estomac quelques minutes après sa réplétion.



Fig. IIb. — 1 hr. après l'ingestion de baryum. Noter la rapidité de l'évacuation.

APRES L'OPERATION

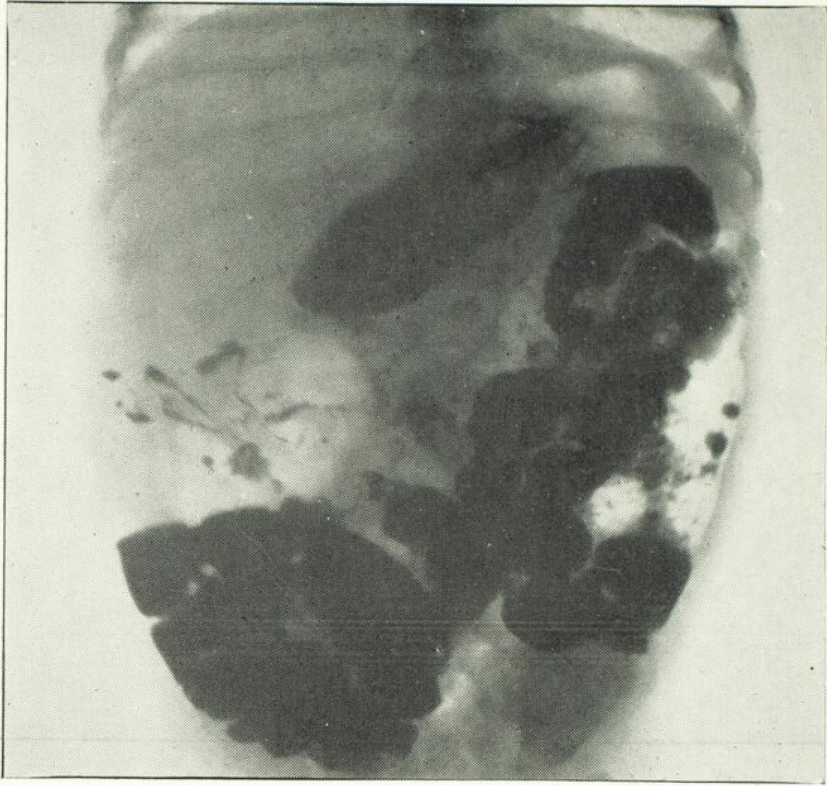


Fig. IIc. — 2½ hrs plus tard, l'estomac est presque vide.



Fig. IIId. — Au bout de 4 hrs, l'estomac est vide. Ce qu'on pourrait prendre pour l'estomac est le colon transverse rempli de baryum.

laissée à elle-même, elle évolue toujours fatalement. Cette affection a été décrite en 1887 par Hirschprung de Copenhague. Depuis cette date, de nombreux auteurs ont contribué à l'étude de cette maladie. Weill, Péhu, L. Tixier l'ont fait connaître en France. Fredet, Ombredanne, Veau et Martin ont fixé la technique opératoire. Les auteurs français prétendent que la sténose hypertrophique du pylore est surtout fréquente en Angleterre, en Suède et en Amérique. A mon avis il faut exclure Montréal, car les statistiques de notre hôpital montrent que le nombre des cas de sténose dépasse à peine la vingtaine durant les dix dernières années.

Si le diagnostic est difficile dans certains cas, il est au contraire facile dans la majorité de ceux qui se présentent à l'examen avec une sténose complète, lorsqu'on se rappelle les caractères fondamentaux de l'hypertrophie musculaire du pylore.

Du point de vue clinique, l'affection se présente sous deux formes :

1° Sténose complète.

2° Sténose incomplète (ici je ne fais que mentionner).

La sténose complète est la forme la plus commune. Elle n'entraîne aucun symptôme dans les premiers jours. Il y a une période de latence qui constitue un symptôme de valeur. Les vomissements en jet, en fusée, explosifs, abondants, composés de lait caillé apparaissant entre le 10ème et le 12ème jour, constituent le maître symptôme.

La constipation et la perte progressive et rapide de poids éveillent davantage l'idée de la maladie pylorique.

Finalement, l'examen radiologique vient donner la note de certitude. Seule, en effet, la radiologie peut apporter des renseignements précis sur la morphologie, le péristaltisme et la motricité gastriques. Contrairement à ce qui arrive chez l'adulte, la sténose hypertrophique du pylore ne produit jamais de grande dilatation. On rencontre cependant la plupart du temps une légère dilatation prépylorique, qui se manifeste par une accentuation de la grande courbure. Les symptômes cardinaux qui permettent d'affirmer l'existence d'une sténose sont les contractions violentes de la musculature, elles sont parfois régulières, parfois désordonnées. On note aussi dans certains cas de l'antipéristaltisme. Fait important à noter, à ce péristaltisme violent ne correspond aucune évacuation.

Dans les quelques heures qui suivent, des radiographies en série montrent toutefois qu'une très légère fraction de la bouillie ingérée a réussi à franchir le pylore, de sorte que 5 ou 6 heures, et parfois même 24 heures après le début de l'examen, on trouve l'estomac plus ou moins rempli. Il n'entre pas dans le cadre de ce travail de faire la part des signes radiologiques qui caractérisent les divers spasmes gastriques, où l'on rencontre des vomissements. A notre avis, seul le retard d'évacuation permet de porter le diagnostic de sténose, et encore faut-il que ce retard soit important.

Si les malades ne sont pas traités, il est exceptionnel que le malade évolue vers la guérison, sa marche est progressive, l'enfant perd graduellement ses forces et meurt en 6 à 12 semaines de broncho-pneumonie ou d'inanition. A ce propos, nous désirons attirer l'attention sur l'importance qu'il y a, en présence d'un vomisseur habituel, rebelle à la thérapeutique ordinaire, d'instituer le plus tôt possible les recherches de laboratoire, tubage et examen radiologiques. Le diagnostic posé, les malades pourront être traités dans de bonnes conditions, en collaboration médico-chirurgicale, et guérir souvent d'une façon définitive.

Nous terminerons ce court article en citant M. Pehn, qui écrivait il y a deux ou trois ans: "A l'heure actuelle, devant les résultats remarquables obtenus par le procédé opératoire de monsieur Fredet, je suis tout gagné à la cause de la chirurgie, car pratiquée par un chirurgien expert, possédant tous les détails de la technique, cette opération peut donner des succès éclatants et rapides que souvent l'on n'obtient pas par une thérapeutique médicale"

PETITE CLINIQUE

Travail du service de gastro-entérologie de l'hôpital Saint-Luc

STASE DUODÉNALE CHRONIQUE v/s ATONIE VÉSICULAIRE FONCTIONNELLE AVEC VERTIGES PSEUDO-ÉPILEPTIQUES: SIGNES DISTINCTIFS.

Observations Personnelles.⁽¹⁾

Par Jean LeSAGE,

Ancien assistant-étranger à l'Université de Lyon,
Médecin de l'Hôpital Saint-Luc,
Chargé de la Consultation de Gastro-entérologie.

Frappé par la fréquence et le polymorphisme des malades souffrant de stase duodénale et d'atonie vésiculaire surtout fonctionnelle qui se présentent à notre consultation de gastro-entérologie de l'hôpital Saint-Luc et en clientèle, nous avons essayé de coordonner les signes propres à chacune de ces maladies ou syndromes, et de faire ressortir ceux qui nous paraissent les plus typiques à la lumière des travaux et des méthodes modernes.

Nous avons extrait du nombre ces deux observations opposées, quoique si semblables à première vue. Celles-ci une fois exposées, nous discuterons brièvement le diagnostic pour en étudier ensuite l'évolution et les effets thérapeutiques. Un tableau schématique donne en terminant un résumé pratique.

I. Stase vésiculaire

Obs. I.—Le 23 décembre 1932, M. E. T..., instituteur, 43 ans, nous est présenté pour consultation privée trois jours après son entrée à l'hôpital par un de nos collègues.

Notre malade se plaint de troubles digestifs à type de *vomissements bilieux* accompagnés ou suivis de *vertiges* de plus en plus fréquents depuis

(1) Ces deux observations ont été une première fois présentées en partie à la réunion du 4 avril 1933 de la Société Médicale de Montréal, à l'hôpital Saint-Luc.

le mois d'août 1932. A cette époque, étant en vacances à la campagne, il fait un écart de régime avec ingestion immodérée de corps gras. Le lendemain, dans la nuit, brusquement il est pris d'une nausée intense suivie d'un vomissement d'une ou deux gorgées de bile foncée. Puis il sent monter en lui, obnubilant sa mémoire, une véritable vague vertigineuse. Couché ou assis, c'est pire. Debout et en marchant il titube. Tout se passe ainsi durant quelques secondes à peine et il reste lourd avec un besoin de s'aliter.

Ne voulant pas rapporter ces accidents à un écart, notre malade continue de s'alimenter de tout et il ne se serait pas autrement inquiété de cette "indigestion", comme il la nomme, si au bout de trois jours elle ne s'était reproduite avec la même violence. A tel point que même en changeant de régime alimentaire et en suivant un traitement médicamenteux approprié, des accidents semblables recommencèrent deux ou trois fois par semaine en septembre et octobre 1932, pour devenir bientôt quotidiens en novembre et biquotidiens en décembre.

Ces vertiges le saisissent maintenant en classe et dans la rue. Ils sont variables en intensité d'un jour à l'autre.

Le 17 décembre 1932, dans une promenade, il est saisi d'un nouveau vertige qui, cette fois, le noie complètement. Il perd connaissance et en tombant par terre il bute contre un poteau, se contusionne le visage aux joues et au menton. Conduit à l'hôpital le 20 décembre, il est examiné et mis sous observation.

Le 23 décembre, nous recueillons cette histoire, mais en fouillant son passé nous apprenons que depuis cinq ou six ans, une ou deux fois par mois, notre malade présentait un épisode à type de vomissements, toujours le lendemain, dans la nuit, d'un repas du soir à base d'aliments gras. Ce vomissement ne contenait pas d'aliments, il était purement bilieux, remplissant un verre, mélangé de mucus. Il restait nauséux pendant une ou deux heures. Nous reconnaissons que déjà à cette époque le matin au réveil il présentait un vertige.

Autres antécédents troublants: Il s'est marié en 1911. Les premières grossesses de sa femme sont malheureuses. Elles s'interrompent au cinquième ou sixième mois invariablement. Un médecin constate alors chez lui un pouls à 60, et discrètement lui applique un traitement d'essai spécifique et bientôt l'interrompt. Il assistera impuissant à six fausses couches ou accouchements prématurés consécutifs de 1912 à 1920. Plus tard sa femme est mise sous les soins d'un second médecin qui ne peut empêcher deux nouvelles fausses couches. Songeant à une spécificité unie ou bilatérale à déterminer, il le recommande au regretté professeur Gustave Archambault. Celui-ci, pendant plusieurs semaines, avant et après injections de novar. à doses progressives, recueille chez les époux des prises de sang. Toutes les réactions sérologiques reviennent négatives. En vingt ans, cette femme aura eu vingt-deux interruptions de grossesse.

L'examen objectif ne révèle pas grand'chose. La tête de notre sujet, un homme bien bâti, s'analysant correctement, a des caractères spéciaux: très allongée dans le sens antéro-postérieur, présentant un front nettement olympien. Les queues de sourcils sont inexistantes.

Les pupilles, par ailleurs égales et régulières, réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Le réflexe cornéen est conservé. Pas d'ictère conjonctival. Mais le réflexe pharyngé, comme cela se retrouve chez la plupart des sujets à prédominance vagotonique, est disparu. Aux poumons: rien d'anormal. Le cœur est régulier sans bruit orificiel, le pouls bat à soixante comme par le passé.

Au passage: l'espace de Traube est tympanique jusqu'au mamelon.

L'abdomen, maigre au pincement, est aussi pâle que le visage; taches rubis disséminées.

En décubitus dorsal et latéral, couché, le signe de Murphy et celui de Chiray et Pavel sont nets: peut-être l'indice d'une vésicule distendue *mais mobile*. Le cæcum, comme souvent, est gargouillant.

Diagnostic

De quoi pouvait-il s'agir ?

C'est alors que nous avons essayé de rechercher à *quel type de nausées et vomissements, à quel genre de vertiges* nous pouvions avoir affaire.

Etant donné les caractères de ce vomissement, unique, pur, bilieux, son temps d'apparition: tardif, toujours le lendemain soir d'une ingestion trop copieuse de graisses, nous étions d'emblée orientés vers l'appareil hépato-vésiculaire. Nous avons vite fait d'éliminer parmi ceux de nature organique les vomissements:

1. toxi-infectieux: acétonémiques ou urémiques.
2. cardiaques ou rénaux.

L'absence de céphalée, l'excellence de la vision, la négativité des signes de compression, la conservation générale des réflexes moteurs et sensitifs nous invitaient à faire table rase des vomissements à point de départ cérébral ou méningé, fussent-ils infectieux ou tumoraux.

Pouvait-il toutefois s'agir d'une lésion gastrique ?

Le passé de notre malade ne suggérait rien qui ressemblât à un ulcus gastrique ou duodénal: ni douleurs tardives au milieu de périodes douloureuses alternant brusquement avec des périodes d'accalmie nette, pas d'hématémèse, ni mœlena. La sténose pylorique de nature spécifique ou néoplasique déclenche un vomissement plus précoce et alimentaire plus continu.

De même le *tabes* ou les *gastro-radiculites* se reconnaissent à ce vomissement subit, précoce, répété, pendant plusieurs jours, cessant brusquement; et le malade souffre à l'excès. Pas davantage intestinal, ce vomissement: un ventre souple, indolore, spontanément et à la pal-

pation, permet à coup sûr d'éliminer successivement tout processus péritonéal, bacillaire ou spécifique, appendiculaire ou colitique, occlusif par spasmes, tumeur ou anomalie. Les examens des selles n'ont révélé la présence d'aucun parasite.

Un moment nous avons hésité entre une péri-duodénite ou une stase duodénaie. Les examens radioscopiques pratiqués à différentes heures montraient un transit duodéal tout à fait normal. Une *stase duodénaie*, comme nous le verrons dans notre deuxième observation, se caractérise plus souvent par un vomissement alimentaire, bilieux, mais matutinal, précoce en général, à la longue, continu.

La *péri-duodénite*, bridant ou non la vésicule, est douloureuse, quel que soit le passé du malade, celui d'un appendiculaire, comme l'ont décrit en France le professeur Delbet et Leveuf, ou d'un ulcéreux; elle se révèle de toute façon par une histoire de douleurs périodiques au début, ayant une tendance à devenir constantes avec le temps, ainsi que l'a observé avec justesse le docteur R. A. Guttman. Bref, quelle qu'en soit la cause, la péri-duodénite se traduit cliniquement par plus qu'une simple pesanteur de l'hypochondre droit, par une douleur, inexistante chez notre malade et contrastant avec l'intensité des vomissements et des vertiges.

Ainsi libéré de tant de facteurs, causes faciles d'erreur, pouvions-nous rechercher avec plus de certitude une atteinte probable de l'appareil biliaire.

Chronique, ce processus pouvait faire songer à une *cholécystite, lithiasique ou non*, mais l'absence de petites crises douloureuses, souvent mensuelles, avec leurs irradiations typiques et la tolérance à certains aliments d'ordinaire réfractaires aux lésions anciennes de la vésicule tels que les crèmes, les œufs, le lait, l'huile, nous avaient rejeté d'un autre côté.

S'agissait-il d'une *stase vésiculaire*? Et alors stase mécanique, par brides ou compression, ou atonie vésiculaire vraie? Pour frustes ou atypiques que soient les signes d'une stase mécanique, nous hésitions à croire qu'elle pût évoluer sans signes locaux nets et se manifester simplement par des troubles à distance tels que la céphalée et les vertiges subits. Heureusement, une cholécystographie, prise quatorze heures après l'ingestion d'une solution de "Cholepulvis", laissait apercevoir *une vésicule injectée mais longue et accolée sous le foie*.. Quatre jours plus tard, après un premier tubage négatif,

une deuxième exploration nous apportait 50 cc. d'une bile jaune pâle, diluée, malgré deux épreuves de Doyon-Meltzer-Lyons pratiquées d'heure en heure; huit jours plus tard, un troisième tubage alla enfin démontrer que la bile "B" s'élevait à 90 cc., les biles "A" et "C" s'élevant respectivement à 30 cc. et 75 cc.

Cette augmentation de plus que du double de la quantité contenue dans la moyenne des vésicules normales trouvée au moyen de la sonde duodénale, nous a semblé légitimer, après la série des signes cliniques et radiologiques, le diagnostic d'*Atonie Vésiculaire*.

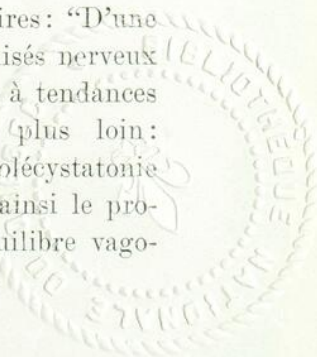
*
* *

L'étude du *vertige* présenté par notre malade avait des caractères encore plus spéciaux. Sans vouloir faire ici une séméiologie générale des vertiges, je dirai que le premier jour, retenu d'une part par ses antécédents, déjà suspects de spécificité en raison des interruptions de grossesses répétées de son épouse, sa bradycardie, d'autre part interdit par ces épisodes de crises bilieuses avec vertige et état lipothymique de notre malade, nous restions également sollicité par l'idée d'une lésion viscérale à localisation méningée ou cardiaque, la spécificité jouant, dans les deux hypothèses, un rôle étiologique de premier plan.

Quand même, il eut été étonnant qu'une lésion cardiaque, spécifique ou autre, pût évoluer si longtemps sans se manifester plus tôt; jamais notre malade n'avait ressenti aucune douleur rétro-cardiaque avec irradiations typiques, aucun angor vrai. Songeons aussi que cette lipothymie récente était la première, et la bradycardie tellement ancienne !

*
* *

Quant à rendre l'*épilepsie*, essentielle ou secondaire, responsable de cet état vertigineux, il n'y avait qu'un pas. Des phrases significatives de notre maître le Pr agrégé Chiray nous revenaient en mémoire, engageant à une réserve, mais suggestives, telles celles-ci, tirées au hasard du paragraphe "Etiologie" des stases vésiculaires: "D'une façon générale, la cholécystatonie existe chez tous les épuisés nerveux à quelque catégorie qu'ils appartiennent, neurasthéniques à tendances dépressives, surmenés, préoccupés, inanitiés"... Et plus loin: "Notons enfin que dans deux de nos observations, la cholécystatonie s'est trouvée en coïncidence avec l'épilepsie, ce qui pose ainsi le problème des rapports entre l'atonie vésiculaire et le déséquilibre vago-sympathique qui déclanche les crises de mal comitial"...



N'est-il pas très difficile trop souvent d'affirmer qu'on est en présence d'une épilepsie vraie, et ce diagnostic une fois posé, est-on plus avancé dans la voie d'une thérapeutique spécifique au sens large ?

Nous soumettons au lecteur les résultats des quelques tubages duodénaux que nous lui avons pratiqués et le laissons juge de choisir la pathogénie que l'on peut invoquer dans ce cas.

Le 24 décembre 1932, la sonde d'Einhorn, introduite dans le duodénum par vérification à l'écran radioscopique, n'apporte aucune espèce de bile, malgré trois injections successives de 30 cc. de sulfate de magnésie à 33%.

Quatre jours plus tard, un nouveau tubage ramène 50 cc. de bile mélangée de suc gastrique et duodéal.

Mis au repos complet, à une diète pauvre en féculents mais riche en œufs, beurre et crème, huile, notre malade ne présente ni vomissement ni vertige. Mais la preuve, à mon avis, n'est pas encore faite.

Le 5 janvier, enfin, un troisième tubage apporte 30 cc. de bile "A", 90 cc. de bile "B" et à peu près 75 cc. de bile "C". Cette bile "B" contient 1.90 gr. de cholestérine: c'est donc une bile hyperconcentrée. Ce résultat raffermi, d'un argument décisif, notre diagnostic clinique d'*Atonie Vésiculaire*.

Le lendemain, le malade se sent très amélioré. Revu le 29 mars 1933, celui-ci nous raconte que depuis le 7 janvier 1933 il n'a présenté aucun vomissement, aucun vertige vrai; simplement, dit-il, un "soupçon" rappelant l'annonce des épisodes anciens lors d'un surmenage intellectuel ou alimentaire. Il a suivi le même régime qu'à l'hôpital. En outre, il a pris un goûter composé de café, un ou deux jaunes d'œufs, et du lait vers quatre heures chaque soir. Le poids a augmenté de 145 à 155 livres. L'appétit s'est accru. Les selles, autrefois jaune pâle, se sont graduellement tachetées puis foncées.

Pronostic

Quel pronostic poser dans un cas semblable ?

C'est affaire de suite dans le traitement. Le moindre relâchement dans l'observance du régime, un nouveau surmenage, exposent à la réapparition des mêmes accidents. Il ne faudra pas non plus dépasser deux ou trois mois d'un régime à base d'œufs, de crème et de lait. Songeons, à part le dégoût éprouvé par le malade, qu'il est essentiellement hypercholestorélémique. D'un trouble fonctionnel on risquerait alors de faire une maladie humorale, de donner naissance à une lithiase...

II. Stase duodénale

Notre deuxième observation a trait à une stase duodénale avec son tableau clinique, *superposable à première vue au précédent*, à l'étude, totalement différent. Si l'on en précise les caractères, elle peut servir à montrer les incertitudes de la thérapeutique devant les malades jeunes.

Mlle G..., 14 ans, se présente avec sa mère, le 28 mars 1933, à la consultation de gastro-entérologie de l'hôpital Saint-Luc, disant vomir presque tous ses repas et éprouver des vertiges de façon inconstante depuis 2 mois.

En réalité, ces vomissements remontent à 4 ans et sont apparus à la suite d'une "gastrite" de courte durée.

D'abord épisodiques, ces vertiges et vomissements sont devenus de plus en plus fréquents. Au début ces derniers sont matutinaux soit alimentaires, soit muqueux. A la longue, on reconnaît qu'ils se présentent ½ heure ou 1 heure après les repas, et contiennent de la bile.

Les *vertiges* s'accusent le matin peu après le lever, lors des changements de position.

Depuis peu, sont apparues des *douleurs épigastriques*, plus accentuées après le déjeuner du matin, *irradiant* également vers les deux épaules. Elle rejette tout ce qu'elle prend pour soulager cette douleur.

L'*amaigrissement* est grand, non calculé par la malade, mais, chose étrange, ne semble pas avoir atteint l'état général.

A l'examen, on note :

Une *pâleur* générale de la peau et des muqueuses.

Les pupilles, *en mydriase*, réagissent normalement.

Le *thorax* est affaissé. Pas d'adénite.

Le *cœur* est régulier, mais rapide.

Abdomen: un peu excavé entre les épines iliaques; la région pancréatico-duodénale (Chauffard) est douloureuse. On ne perçoit aucun phénomène de tension intermittente, ni de mouvements ondulatoires. A la phonendoscopie, l'estomac semble se bien vider. Le signe de la sangle est net (Glénard).

Frappé par cette grande pâleur, nous pratiquons un tubage gastrique dans le but de rechercher une anémie d'origine à déterminer, mais étant donné le caractère des vomissements, l'amaigrissement, les vertiges, nous posons d'emblée le *diagnostic de stase duodénale* de nature à déterminer, et nous demandons l'entrée de la malade.

4 avril, 1) *Avant repas d'épreuve*:

Suc gastrique	75 cc. à jeun
Hcl libre	0
Acidité totale	0 gr. 036

Douleurs irradiant dans le dos.

A cause du jeune âge de la malade, le Pr Rhéaume diffère l'intervention.

Congé.

A la Consultation, elle nous revient le 11 mai, présentant toujours les mêmes signes.

13 mai: Entrée dans le service du Pr Rhéaume.

18 mai: Intervention. Anesthésie au peroxyde d'azote.

La laparotomie découvre une ptose prononcée de l'estomac, qui est atonique, les 1^{ère}, 2^e et 3^e portions de duodénum ayant le double de leur calibre normal. *La 3^e portion est en effet bridée par un pédicule mésentérique court.*

Techniques: 1) Gastro-entérostomie.

2) Gastro-duodéno-jéjunostomie. Mèche.

19 mai: Gastrorragie: $\frac{1}{2}$ verre de sang noir. Asthénie. Appareil Murphy, etc.

21 mai: 2^e gastrorragie. Lavage d'estomac. Prostration. App. Murphy.

22 mai: Ne vomit plus: un point de suture a dû sauter! App. Murphy.

28 mai: Les points sont enlevés.

3 juin: Transfert en service de médecine.

10 juin: Congé, après un examen radioscopique montrant un fonctionnement normal des bouches.

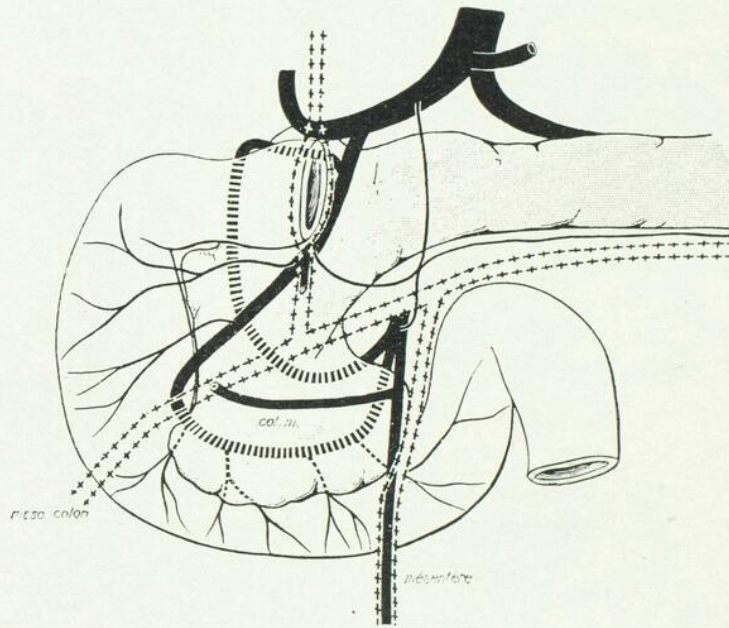
Evolution

Ainsi donc, tenue sous observation dans le service de médecine de l'hôpital Saint-Luc, cette jeune fille a continué de vomir au début chaque repas. Nous avons, sans succès, essayé de les fractionner dans la journée, diminuant le pain et les féculents. Rien n'y a fait. Les alcaloïdes de la belladone restant sans effet, nous avons pensé nous adresser à la gènesérine. Il semble que ce médicament l'ait améliorée quelques jours après son entrée. Le tableau clinique changea. Elle allait cesser de vomir pendant plus d'une semaine. Fallait-il donc la soumettre à une intervention chirurgicale?

Un nouvel épisode de vomissement continué à partir de sa troisième semaine à l'hôpital devait redonner à la chirurgie ses droits. Seule la position en décubitus ventral, tenue pendant une heure après chaque repas, évita certaines échéances. Devant la grande jeunesse de notre malade, le professeur Rhéaume, s'inspirant de l'amélioration momentanée obtenue par les repas fractionnés, la position post-prandiale et l'action de certains alcaloïdes, préféra, après considération, différer toute intervention. Chose étrange, notre jeune malade ne souffrait pas davantage de ses troubles, malgré des vomissements presque continuels. Elle avait repris de l'appétit et du poids.

Puis les vomissements ont repris avec leur ancienne intensité; nous l'avons de nouveau hospitalisée, mais en service de chirurgie, et le

Pr Rhéaume a dû la soumettre à une double intervention. Le professeur Rhéaume, s'inspirant de la technique du professeur Pierre Duval en case de stase duodénale par bride du 3e segment duodénal sans ulcus, ni périoduodénite, a pratiqué une duodéno-jéjunostomie, et en même temps, vu l'atonie grave de l'estomac, une gastro-entérostomie. La réalimentation a été difficile. L'état nauséux a persisté plusieurs jours. Malgré tout, quinze jours après l'opération elle passe au service de médecine; vingt jours après notre jeune malade revient à une diète généreuse avec diminution des boissons et reçoit son congé, très étonnée de s'alimenter comme une personne normale. De tout le tableau il ne reste plus qu'un peu d'inappétence.



Les artères préduodénales (3e portion), la mésentérique supérieure, la colica media.

Pronostic

Le pronostic reste réservé, quelque soit le succès actuel de la thérapeutique chirurgicale. Cette malade sera suivie périodiquement à la consultation de gastro-entérologie: revue, elle s'est plainte de légers tiraillements à la région de laparotomie. Elle s'améliore avec des séances de diathermie.

Conclusions

La fréquence avec laquelle se présentent, à la consultation des voies digestives de l'hôpital Saint-Luc, ces deux types de vomissement et de vertige, ceux de l'atonie vésiculaire et ceux de la stase duodénale, la facilité avec laquelle, à première vue, on peut les confondre, soumettant ainsi à une intervention chirurgicale le type de malade à qui on doit l'éviter (l'atonie vésiculaire), nous ont conduit à choisir, dans le nombre, quelques cas dont l'étude prolongée peut, à notre avis, se résumer dans le tableau différentiel suivant:

SYNOPSIS

Stase duodénale

Atonie vésiculaire

A. Au point de vue diagnostic

- | | |
|--|---|
| 1) <i>Nausée</i> fréquente, matutinale et post-prandiale, précoce, | 1) <i>Nausée</i> inconstante, tardive, après le repas, plus souvent tard le soir (le lendemain soir dans notre Obs. I). |
| 2) Suivie assez fidèlement d'un <i>vomissement alimentaire</i> (bilieux plus rarement et alors abondant) précoce. <i>Nausées</i> et vomissements répétés dans la journée, quotidiens, des mois durant. | 2) <i>Vomissement</i> brusque, tardif le soir, subit, alimentaire et bilieux, plus souvent <i>bilieux</i> simple, <i>unique</i> et abondant. |
| 3) <i>Vertige</i> debout matutinal, répété plusieurs fois le même jour, mais passager. | 3) <i>Vertige</i> accompagnant ou annonçant ce vomissement, debout, assis ou couché, allant jusqu'à l'amnésie passagère ou la pseudo-crise d'épilepsie. |
| 4) <i>Céphalée</i> en casque intense, inconstante. Céphalée et vertiges soulagés par le vomissement. | 4) <i>Céphalée de type spécial</i> : plutôt une lourdeur, une "tête de plomb", céphalée et vertiges soulagés immédiatement par le vomissement. |
| 5) <i>Dénutrition progressive</i> , amaigrissement marqué mais relativement bien toléré pendant des mois. | 5) Pesanteur dans l'hypochondre droit et signes d'atonie gastrique d'accompagnement. Peu de dénutrition. |

- 6) Malade à *prédominance sympathicotonique*.
- 7) *Radioscopie*: Un antipéristaltisme prolongé allant jusqu'au reflux duodéno-gastrique, s'arrêtant tantôt à l'angle de Treitz, tantôt au milieu de la 3ème portion duodénale persistant même en position génu-pectorale.
A la longue, un élargissement du calibre duodénal, pouvant constituer un méga ou dolicho-duodénum, en amont de l'obstacle.
- 8) *Tubage duodéal*: Hypersensibilité pharyngée, gastrique et surtout duodénale très accentuée, la sonde étant rejetée régulièrement du duodénum dans l'estomac.
- 6) Fréquents signes de la *série vagotonique*.
- 7) *Radioscopie*: signes de compression du bulbe duodéal fréquents (empreinte).
Radioscopie après ingestion de tétraiode: vésicule difficile à opacifier, longue, soit accolée sous le foie ou pendant le long de la colonne vertébrale; lente à se vider (par radiographies successives).
- 8) *Tubage duodéal*: Anesthésie pharyngée relative; introduction facile de la sonde jusque dans le duodénum (vérifiée à la radioscopie).
Réponse biliaire souvent négative à la 1ère épreuve.
Positive, l'épreuve de Meltzer-Lyon ramène une bile foncée, visqueuse, hyperconcentrée, dépassant de deux ou trois fois le volume normal (qui est de 40 à 50 cc.).
- A l'analyse on y trouve:
- Une hypercholestérolémie;
 - Une augmentation des pigments biliaires;
 - Une augmentation des sels biliaires.
 - Une augmentation de calcium (Chiray, etc.).

B. Thérapeutique

Amélioration légère par le repos, les repas fractionnés, la position ventrale après le repas, certains antispasmodiques, ou

Tôt ou tard nécessité d'une intervention: duodéno-jéjunostomie ou gastro-pyloro-duodéno-jéjunostomie.

Amélioration nette dès l'établissement d'un régime riche en œufs, crème, beurre et huiles, à condition d'être précédé d'un tubage duodéal.

C. Evolutif

Intolérance digestive totale à plus ou moins longue échéance (très variable).

Guérison radicale par une des opérations précitées.

Possibilité de douleurs post-opératoires dans les mois qui suivent par formation de brides, pérviscérite ou de tractions sur les plexus nerveux.

Disparition immédiate de tous les signes et persistance de la guérison clinique à condition de répéter les tubages deux ou trois fois dans un intervalle de quinze jours chaque fois et de pratiquer pendant quelques années un tubage duodénal de six mois en six mois au moins.

BIPLIOGRAPHIE

CHIRAY et PAVEL.—“La vésicule biliaire”. Masson, éditeur, Paris, 1927.

CHIRAY et STIEFFEL.—La stase cholécystique et les crises gastriques du tabès. *Rev. Neur.*, 1925, t. XXXII, p. 628.

Pr Pierre DUVAL, Jean-Charles ROUX et BECLERE.—“Etudes médico-Radio-chirurgicales sur le Duodénum”. Masson, éditeur, Paris, 1930.

Pr P.-Z. RHEAUME.—“Techniques chirurgicales: Estomac et duodénum”. Masson, éditeur, Paris, 1932.

Pr DeBEULE, Drs FAUST, DeROM et BERT.—“La stase duodénale chronique”, in *Le Bruxelles Médical*, Nos 12, 17 et 31 janvier 1932.

F. RAMOND et P. CHENE.—*Gazette Médicale de France*, 1er mars 1930, No 5: “Le vertige digestif”.

JALIFIER.—La vésicule flottante. Thèse de Lyon, 1913, No 97.

René A. GUTMANN.—“Les syndromes douloureux de la région épigastrique”, tome I.

S. GEROLAMI.—“La crise biliaire”, thèse de Paris, 1931.

J. LEVEUF.—*Rev. de Chir.*, Paris, No 11, p. 166, 1920.

Pierre DELBET et de VADDER.—*Bull. de l'Acad. de Médecine*, 27 fév. 1928.



REVUE GÉNÉRALE

TÉTANIE ET PARATHYROÏDES

Par **Gaston LAPIERRE**
Médecin de l'Hôpital Ste-Justine.

Dans cette courte revue d'une aussi vaste question, d'un problème encore aussi compliqué, je veux m'arrêter à une symptomatologie incontestée, à des possibilités de diagnostic généralement admises, à certains aspects d'une pathogénie encore fortement discutée et à un traitement ordinairement efficace.

Le champ est encore largement ouvert aux recherches, et ce carrefour de l'endocrinologie renferme peut-être encore le plus d'avenues mystérieuses, malgré les très nombreux travaux, cliniques et biologiques, illustrés d'intéressantes observations, que plusieurs pays ont fournis depuis un certain nombre d'années.

Il est bon de rappeler que l'on a presque fait de la tétanie une "maladie saisonnière". En effet, la majorité des cas surviennent surtout à la fin de l'hiver et au printemps, probablement à cause de la variabilité à ce moment "de l'état hygrométrique et de la température, qui exercerait une action particulière sur les glandes endocrines et le système neuro-végétatif" (Marfan).

Parmi des faits contestés et discutés au sujet des parathyroïdes en rapport avec la tétanie, il est plutôt généralement admis qu'il existe de fréquentes modifications ou lésions des parathyroïdes chez l'enfant dans les gastro-entérites graves, la scarlatine, la diphtérie, le tétanos, la syphilis héréditaire, en particulier.

L'hypocalcémie dans la tétanie infantile existe toujours, et elle est ainsi reconnue à partir de 90 milligrammes par litre de sérum, le taux moyen normal variant de 105 à 120 milligrammes. Elle précède l'apparition des troubles tétaniques, et elle est liée dans une certaine mesure à l'influence des parathyroïdes. L'instabilité de la calcémie est considérable chez l'enfant spasmophile, et "le dérèglement de l'ap-

pareil régulateur du niveau calcémique serait la lésion fondamentale de la spasmophilie" (Weill et Guillaumin).

Dans l'étude de la calcémie en rapport avec la tétanie, il faut tenir compte des sels non dissociés, sulfates et bicarbonates, et des ions calciques qui sont émis par ceux-ci. C'est le calcium ionisé du plasma sanguin qui est biologiquement actif et qui peut modifier l'excitabilité cellulaire (il combat l'hyperexcitabilité musculaire). Sa teneur dans le sang normal peut varier de 22 à 28 milligrammes par litre de plasma sanguin.

C'est à la période des crises qu'apparaît l'alcalose, ainsi qu'une forte diminution du calcium ionisé, et ainsi se trouve dévié l'équilibre acido-basique du sang. Cette théorie de l'alcalose, parmi toutes celles qui sont contestées, semble être celle qui l'est le moins.

Pourquoi l'alcalose ne provoque-t-elle pas toujours la tétanie ?

Elle sensibilise d'une façon particulière le système neuro-musculaire, mais il faut une toxine spécifique pour déterminer finalement les troubles spasmogènes, et pour la tétanie, cette toxine est la guanidine, ou la méthylguanidine, poisons endogènes élaborés par un métabolisme azoté anormal.

La guanidine et la méthylguanidine seraient neutralisées par les parathyroïdes normales, et l'enfant éliminerait en moyenne par ses urines 2 milligrammes de ces poisons par jour. Dans la tétanie proprement dite, il y aurait une augmentation de 100% dans la guanidine urinaire par rapport au chiffre normal.

Le plus grand nombre de cas de tétanie se rencontrent chez les enfants rachitiques et les hypothrepsiques — nous n'envisageons dans cette courte revue que la tétanie infantile, — mais un certain nombre se voient aussi en dehors de ces deux états, à la suite de troubles digestifs prolongés, et d'autres états pathologiques que nous avons mentionnés plus haut, parfois aussi sans cause évidente; — dans ce dernier cas on peut soupçonner l'hérédité, car des cas de tétanie familiale ont été décrits.

Les principales manifestations de la tétanie sont: les contractures des membres, le laryngospasme, les convulsions.

Lorsqu'il y a contractures, les doigts sont fléchis et cachent le pouce, le poignet est fléchi, le pied a le dos cambré et la plante creusée; parfois les muscles du cou reproduisent le torticollis spasmodique; parfois les gouttières vertébrales se contractent et donnent au

corps l'attitude de l'opisthotonos. Les accès peuvent durer de quelques minutes à plusieurs heures, et se répéter pendant des jours ou des semaines. C'est l'attaque de tétanie.

Lorsqu'il y a laryngospasme, que l'on appelle aussi "convulsion interne", il se produit brusquement une inspiration longue, saccadée et bruyante, la respiration s'arrête, et une période d'apnée persiste pendant plusieurs secondes, le visage est angoissé, puis la respiration reprend, d'abord saccadée, et redevient normale. Ces accès peuvent se répéter de nombreuses fois en une journée, et conduire même à la mort.

Lorsqu'il y a convulsions, elles sont parfois limitées aux membres contracturés et il n'y a pas de perte de connaissance, parfois elles alternent avec les contractures des membres, et elles peuvent aussi se répéter avec une fréquence et une intensité telles, qu'elles amènent la mort par syncope ou même par "épuisement nerveux" (Trousseau).

Les convulsions isolées ne doivent pas être confondues avec la tétanie. L'examen du système neuro-musculaire dans l'intervalle des crises facilitera le diagnostic.

L'hyperventilation pulmonaire amène des symptômes de tétanie, en déterminant une déperdition excessive d'acide carbonique, en affectant la concentration en ions $H + H$, en modifiant l'équilibre acides-bases et en déterminant une chute du taux du calcium ionisé.

Plusieurs phénomènes servent à établir l'hyperexcitabilité mécanique. D'abord, le signe du facial ou signe de Chvostek: en percutant à un point central d'une ligne qui va du zygoma à la commissure labiale, on provoque une brusque contraction des peauciers de la joue et de la lèvre. Ce signe est généralement reconnu comme étant suffisant pour établir l'existence de l'état tétanoïde.

Il y a encore le signe d'Ischericic: en percutant la commissure labiale, la bouche se contracte en museau de carpe.

Le signe de Weiss: en percutant l'angle externe de l'orbite, les paupières se contractent en éclair.

Le signe de Trousseau: en comprimant le bras au moyen d'une ligature, les muscles de la main et de l'avant-bras se contractent.

Plusieurs réactions électriques mettent encore en évidence l'état tétanoïde.

L'intensité de l'attaque en établit le pronostic. Il peut y avoir des récidives. Quant au pronostic lointain, l'évolution des troubles digestifs ou du rachitisme conditionnera ce pronostic.

Le traitement consiste à calmer d'abord l'hyperexcitabilité musculaire par des bains tièdes prolongés et des lavements bromurés, à combattre les troubles digestifs, lorsqu'il y a lieu, par l'hygiène alimentaire et les médications appropriées, à récalcifier l'organisme par l'injection de chlorure de calcium, et à traiter l'insuffisance parathyroïdienne.

Les sels de calcium, le chlorure en particulier, ont une action favorable sur la tétanie. L'huile de foie de morue phosphorée réduit l'élimination de savons de chaux par l'intestin et constitue aussi une médication utile. L'héliothérapie et l'irradiation ultra-violette élèvent le taux de la calcémie et exercent une influence heureuse sur la spasmophilie.

BIBLIOGRAPHIE

- R. A. TURPIN. — La tétanie infantile.
- A. B. MARFAN. — Clinique des maladies de la première enfance.
- L. RIBADEAU-DUMAS et L. MEYER. — Tétanie et spasmophilie. *Pédiatrie*, t. II.
-

LA PLEURÉSIE PURULENTE SON TRAITEMENT

Par E. ST-JACQUES,
Chirurgien de l'Hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc.

L'*Union Médicale* publiait, il y a quelque temps, une étude sur le traitement de la pleurésie purulente qui mérite quelques commentaires.

Nous savons que l'épanchement purulent de la plèvre est fréquent au cours de la pneumonie, et qu'à ce point de vue il faut toujours être sur ses gardes et le rechercher régulièrement pour le dépister.

Si la défervescence pyrétique tarde à se faire — que la matité basale ne disparaît pas et surtout augmente — pensons à un épanchement pleurétique surajouté; et si nous avons des doutes, faisons une ponction qui sera à la fois de précision et d'évacuation.

1. Ici serait bien l'occasion d'essayer — bien que tardivement — les intraveineuses de Carbon, 3 cc. de la solution en suspension, qui peuvent être répétés tous les jours pour 4 à 6 jours. Les résultats pourraient vous surprendre agréablement.

2. Si la température ne cède pas et la matité augmente avec l'épanchement, alors faisons une ponction évacuatrice une fois, même deux fois.

Si l'arrêt de l'épanchement n'est pas manifeste, ne tardons pas à donner issue permanente au pus pleural.

Comment procéder alors ?

Si l'épanchement est abondant, l'expérience nous a appris qu'il vaut mieux décompresser graduellement le poumon par une ponction évacuatrice préparatoire de 300 à 500, ou même, dans les cas graves, de 800 cc., ce qui permettra au poumon de reprendre un peu de son jeu respiratoire; puis, 48 heures plus tard, faire la costotomie.

3. *Costotomie.*

Si l'état général est mauvais, très mauvais, contentons-nous d'abord d'une pleurotomie simple — qui se fait bien à la novocaïne — suivie de la mise en place d'un tube évacuateur.

Si vous décidez de faire la costotomie, où la faire ?

Une côte quelconque n'est pas indifférente au résultat final — l'expérience le prouve journellement — et c'est ici que nous trouvons à propos d'insister. Choisissez la 8^{ième} côte, dans la ligne axillaire postérieure. La plèvre ouverte, passez l'index en crochet et explorez pour vous assurer "s'il reste un cul-de-sac pleural *sous votre incision*". Si oui, le malade continuera à traîner de la température. Et alors il convient de faire davantage.

Ajoutez à la première incision horizontale ou oblique une verticale, vers le bas, et réséquez la côte suivante ou même parfois la seconde plus bas, afin de drainer la plèvre par son point *déclive*: c'est important. Si vous vouliez vider complètement un tonneau, vous ne perforeriez pas à deux pouces de son bas fond, n'est-ce pas ?

Laisseriez-vous une ou deux côtes inférieures, qui entretiendraient et garderaient le pus — que la convalescence traînerait en longueur et que l'état général ne se releverait pas à cause de la résorption des toxines. C'est un point sur lequel il convient d'insister.

S'il y a des fausses membranes, il convient de faire un écouvillonnage de la plèvre, — au besoin un curage avec curette mousse, suivi d'un badigeonnage iodé.

Si la suppuration traîne trop en longueur, des lavages à la sol. iodée ou au Dakin aideront; mais il en est rarement besoin, à moins d'avoir trop tardé à faire évacuer la plèvre.

S'agit-il de *pleurésie purulente* de nature *tuberculeuse* ? Faites des ponctions répétées, mais pas de costotomie qui laisserait une plèvre ouverte qui ne guérirait pas et donnerait naissance à une infection surajoutée, généralement streptococcique.



NOTIONS DE PATHOLOGIE DU SYMPATHIQUE⁽¹⁾

Par Roma AMYOT
Médecin de l'hôpital Notre-Dame

J'ai à traiter de la pathologie du sympathique. Je le ferai d'une façon schématique et cela pour deux raisons: parce que vous n'attendez pas de moi que j'épuise, au cours d'une seule causerie, un sujet extrêmement vaste et complexe; parce que je désire vous exposer les bases selon lesquelles on peut étayer l'étude de cette pathologie.

Et d'abord, qu'il soit entendu, dès le début, qu'on ne peut étudier le sympathique, soit anatomiquement, et surtout dans sa physiologie et sa pathologie, sans aborder l'étude de ce système que l'on nomme Vague ou Parasympathique. Ces deux composants du système neuro-végétatif sont trop intimement liés, dans leur situation et leur activité, pour qu'il en soit autrement.

Le sympathique a ses centres supérieurs reconnus dans le cerveau, au niveau du diencephale (plancher et parois du 3e ventricule-thalamus) et du mésencéphale (portion dorsale du pédoncule cérébral) et dans le bulbe rachidien. Deux colonnes cellulaires latérales et symétriques, étendus du premier segment dorsal au deuxième segment lombaire, liées aux centres supérieurs par des faisceaux de fibres nerveuses, constituent les centres médullaires. Des fibres partent de la moelle, passent par les racines antérieures, se rendent aux ganglions sympathiques juxta-vertébraux par les rameaux communicants blancs. Elles s'en échappent par les rameaux communicants gris, pour se distribuer, d'une part, directement ou indirectement en passant par d'autres ganglions périphériques, aux organes et viscères, d'autre part, pour se disposer autour des vaisseaux ou s'unir aux nerfs mixtes qui les distribueront ultérieurement aux vaisseaux,

(1) Travail présenté, le 21 mars 1933, à une séance de la Société Médicale de Montréal.

aux muscles, aux glandes et aux muscles érecteurs des poils du tégument.

Le système vague ou para-sympathique est formé tout particulièrement par le pneumo-gastrique, mais aussi par d'autres paires crâniennes (3e, 9e, intermédiaire de Wrisberg) et par un groupe cellulaire bilatéral de la moelle sacrée dont les fibres nerveuses efférentes (nerfs érecteurs d'Eckard) se joignent aux nerfs du plexus honteux du système cérébro-spinal.

Il possède ses centres supérieurs au même niveau que ceux du sympathique, et dans les noyaux d'origine des paires crâniennes qui le constituent (3e, 9e, 10e), enfin dans la moelle sacrée au niveau de ce noyau cellulaire (2e et 3e segments sacrés) que je viens de mentionner.

Le sympathique fournit l'innervation aux organes, aux viscères, aux vaisseaux, aux glandes de la peau et aux muscles érecteurs des poils. Par l'innervation vasculaire, il joue un rôle prépondérant dans la trophicité des téguments. Le para-sympathique n'exerce aucune influence reconnue sur les fonctions vaso-motrices, sudorales et pilo-motrices des téguments. Par contre, il remplit un rôle éminemment important dans le fonctionnement des organes du thorax, de l'abdomen et du bassin. Cette influence n'est pas nulle non plus auprès de la sécrétion salivaire et de la motilité irienne.

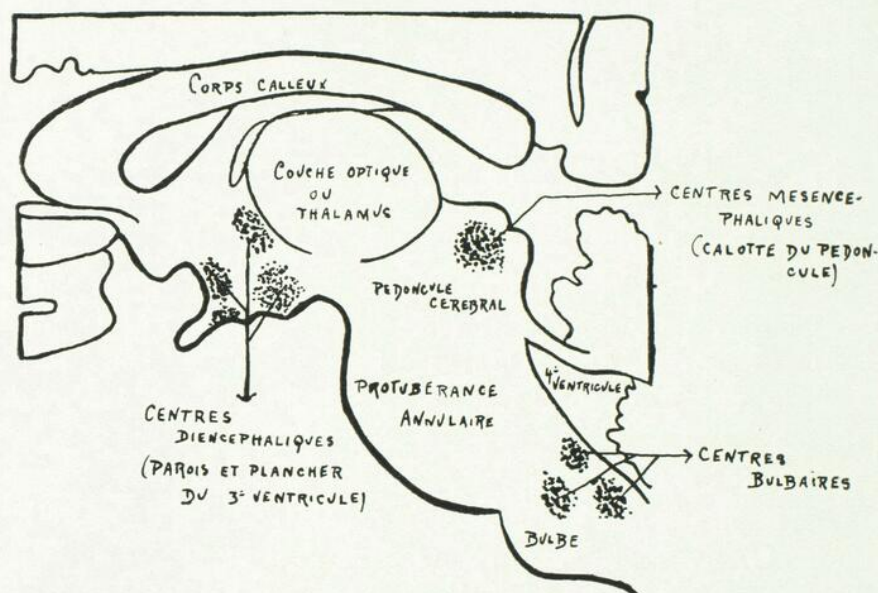
La physiologie nous apprend que les fonctions d'innervation des systèmes sympathique et para-sympathique, constituant le système neuro-végétatif, auprès des organes, sont distribués assez distinctement selon un certain antagonisme et un certain équilibre d'action, de façon que de cet équilibre d'activité dépende le maintien harmonieux et synergique du fonctionnement viscéral.

En détailler ici leur physiologie respective entraînerait trop loin et empêcherait de traiter ce à quoi je suis précisément préposé.

Voici donc comment je me propose d'envisager la pathologie du système neuro-végétatif.

D'abord, étudions les syndromes fonctionnels neuro-végétatifs: nous verrons ensuite rapidement les accidents sympathiques qui sont liés à des lésions, soit de ses centres, soit des conducteurs de son influx.

A) Il va sans dire que toute affection et maladie qui atteignent l'organisme dans l'une ou l'autre de ses parties, retentissent immédiatement sur la dynamique neuro-végétative. Le système neuro-végétatif réagit selon l'électivité et l'activité de l'agent pathogène. La réaction aura tendance à diffuser à l'ensemble des éléments qui sont sous l'empire de l'innervation de ce système et ainsi sera constitué, au delà des lésions plus ou moins localisées et médiatement à elles, une partie importante, sinon parfois prépondérante, des symptômes en cours. Ces symptômes neuro-végétatifs plus ou moins



Coupe sagittale para-médiane du cerveau (région des noyaux gris centraux) et de l'axe encéphalique (pedoncule, protubérance et bulbe). Grossière schématisation des centres végétatifs infundibulo-tubériens (diencéphaliques), mésencéphaliques (pedoncule) et bulbaires. Ces centres sont reliés entre eux et à ceux qui sont situés à un niveau inférieur (médullaires) par des tractus de fibres nerveuses non représentés ici.

diffus pourront même altérer les échanges métaboliques et la thermogénèse. *Mais toujours, chez les sujets dont le système vago-sympathique est doté d'un tonus normal, les troubles fonctionnels organo-végétatifs sont d'une intensité en rapport direct avec le degré d'activité des agents pathogènes et l'importance des lésions produites.*

Ainsi, les intoxications, les grandes infections aiguës, sub-aiguës et même chroniques, les affections des grands appareils, les troubles endocriniens (hypo et hyper-fonctionnement de la thyroïde,

de la surrénale, de l'hypophyse; crise pubertaire; phénomènes menstruels, de la grossesse et de la ménopause), les états psycho-

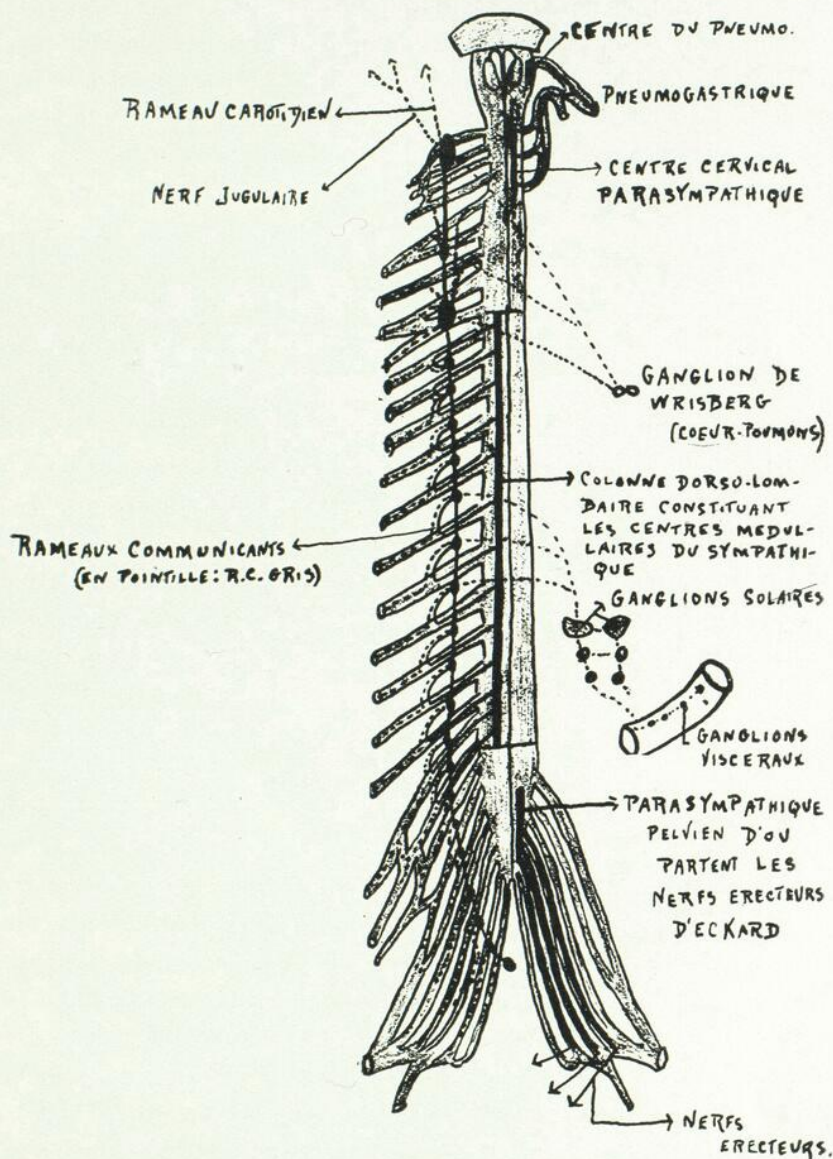


Schéma indiquant la disposition du système sympathique suivant la conception moderne. Le système sympathique proprement dit, thoraco-lombaire, est représenté du côté droit; le parasympathique crânien et pelvien est représenté du côté gauche. *Schéma et texte d'Hovelacque.*

névrotiques et les troubles mentaux transitoires, le shock traumatique (atonie neuro-végétative) bouleversent, irritent, déséquilibrent le système vago-sympathique.

circulatoire, digestive et respiratoire; comme localisation c'est la psychonévrose de tout le domaine du vago-sympathique."

Il décrivait ensuite les symptômes attenants aux trois appareils mentionnés et concluait en prétendant que cette névropathie psychosplanchnique se développait sur un fond primitif: le neuro-arthritis, disposition neuropathique héréditaire ou acquise. "Une crise occasionnelle, écrivait-il, détermine l'explosion de la névrose et sa forme."

Mais c'est surtout depuis les travaux d'Eppinger et Hess (1910) que l'attention s'est portée sur les troubles fonctionnels vago-sympathiques. Jusque-là, la physiologie neuro-végétative n'avait pas érigé en systèmes aussi différenciés les éléments d'innervation végétative. Et, par-dessus tout, on n'avait pas scindé aussi catégoriquement la pathologie de l'un et l'autre système qui forme le complexe.

Les auteurs viennois se sont appliqués surtout à décrire ce qu'on appelle maintenant la *vagotonie*. Cette description dérivait de l'observation clinique d'un certain groupe de malades, et de celles qui furent faites sur des sujets soumis à des épreuves pharmacologiques (pilocarpine, atropine, adrénaline). *Ils signifiaient par là une hyper-excitabilité anormale du système vague, engendrant tout un ensemble de perturbations définies. Ils opposaient à la vagotonie, la sympathicotomie caractérisant un éréthisme du système sympathique, facteur de troubles d'allure autonome.*

Pour les auteurs viennois, *vagotonie* et *sympathicotomie* étaient donc l'hypertonie de l'un et l'autre système, hypertonie le plus souvent constitutionnelle. Toujours, selon Eppinger et Hess, cette hypertonie se manifeste avec éclat, sous l'effet d'agents pharmacologiques à action élective, par des troubles fonctionnels particuliers et divisés en deux catégories; et spontanément, en pathologie, sous l'effet de causes multiples occasionnelles. D'autre part, ces agents pharmacologiques et pathogènes ne provoquent aucune anomalie, quand il n'existe ni sympathicotomie ni vagotonie préalables.

Ce travail d'Eppinger et Hess eut un retentissement considérable.

Mais, en contre-partie, on s'aperçut bientôt que, dans l'édification de cette doctrine, l'esprit, pour une fois de plus, avait devancé les faits et que, selon ses tendances habituelles, il avait entrevu et déduit d'une façon trop artificielle.

Les fonctions du sympathique et du para-sympathique ne peuvent être disjointes au cours de leur activité chez le vivant; d'où on ne

Depuis longtemps, surtout depuis le 18^e siècle, à la suite des études d'anatomie de Winslow et de Bichat, des études physiologiques de Claude-Bernard, de Vulpian, de Langley et de Gaskell, il est reconnu que, chez certains sujets, l'activité du système d'innervation végétative peut être marquée d'un tonus anormal, et que les conséquences en sont d'autant plus manifestes que la perturbation se montre dans le sens de l'hypertonie.

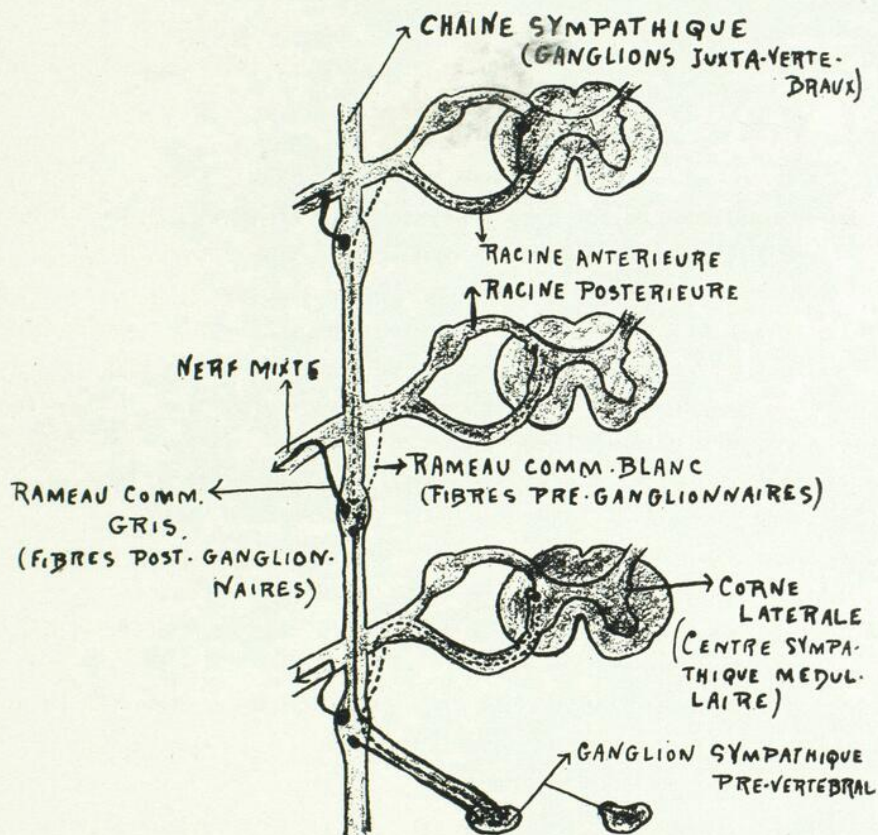


Schéma d'Hovelacque. Sympathique médullaire. Centres cellulaires à la corne latérale. Fibres pré-ganglionnaires passent par la racine antérieure, par le rameau communicant blanc vers le ganglion de la chaîne. Les fibres post-ganglionnaires se rendent au nerf mixte par le rameau communicant gris. Des fibres pré-ganglionnaires se rendent directement aux ganglions pré-vertébraux (exemple: ganglions solaires); des fibres post-ganglionnaires s'y dirigent aussi, s'étant articulées d'abord dans le ganglion juxta-vertébral de la chaîne.

Ainsi, en 1909, Grasset, décrivant le syndrome vago-sympathique, s'exprimait ainsi: "La névropathie complète comprend des éléments circulatoire, digestif et respiratoire, mais chacun de ces éléments peut prédominer dans chaque cas particulier, d'où les formes cliniques

peut admettre un dérèglement fonctionnel d'un composant sans perturbations manifestes de l'autre et, par le fait même, sans l'apparition de troubles relevant de l'un et l'autre système.

D'autre part, ces deux systèmes n'agissent pas seuls sur les organes et les viscères. Ces derniers présentent, dans leurs tuniques et leurs tissus, des centres nerveux autonomes, réagissant à l'impulsion d'autres agents: excitation d'origine humorale, d'origine locale. Il s'ensuit donc que des réactions viscérales peuvent très bien se montrer sans, pour cela, qu'elles doivent être regardées comme étant la conséquence directe et obligatoire de l'intervention sympathique ou vagale.

Comme l'avait bien entrevu Grasset, et comme il semble logique, on doit s'arrêter à cette notion basale qu'il peut exister une hypertonie neuro-végétative désignée "*amphotonie*" par Daniélopou et "*neurotonie*" par Guillaume; que cette hypertonie, chez certains sujets, est à prédominance vagale, chez d'autres, sympathique.

Cet état neuro-tonique comporte un aspect organo-végétatif et un état affectif particuliers. Il crée une pathologie spéciale à syndromes des différents appareils, et, notion importante, *il rend les individus qui en sont l'objet, susceptibles de réactions morbides, violentes et excessives à des causes affectives, thermiques, humorales, toxiques et pharmacologiques qui, par elles-mêmes, ne sont pas pathogènes chez des sujets normaux.*

Afin de mieux comprendre cette pathologie, j'énumérerai les symptômes que l'on reconnaît comme devant caractériser la sympathicotonie et la vagotonie.

A la vagotonie, on attribue, dans le domaine digestif: l'état nauséux, la sensation de boule thoracique ou épigastrique, la constipation par spasme colique.

Dans le domaine cardio-respiratoire: la tendance à l'arythmie cardiaque, à la mauvaise circulation périphérique (stase), à l'hypotension artérielle.

Dans le domaine respiratoire: lenteur de la respiration, sensation d'oppression et de gêne respiratoire.

A la vagotonie appartiennent encore: la tendance à transpirer et saliver, le dermographisme (instabilité de la circulation), la sensation de chaleurs subites, la grande fréquence du besoin de miction.

Enfin, *la vagotonie* s'accompagnerait d'un état psycho-affectif, fait de dépression psychique et de psychasthénie.

La sympathicotonie montrerait les caractères suivants: tendance à l'exophtalmie, à la mydriase, la sècheresse de la peau et de la bouche, la fréquence de la chair de poule, la tendance à la tachycardie, à l'hypertension artérielle, la tendance aux décharges diarrhéiques, la douleur précordiale à caractère angineux, la polyurie, la frilosité, le tremblement, la tendance à l'insomnie. Enfin, la *sympathicotonie* serait accompagnée, dans le domaine affectif, de l'hyperémotivité.

La neurotonie alternante et intriquée, infiniment plus conforme aux faits observés, comporte l'ensemble de ces accidents s'objectivant soit d'une façon alternante, soit d'une façon intriquée.

On a dressé toute une série d'épreuves cliniques et pharmacologiques permettant d'identifier la forme particulière du dérèglement neuro-végétatif soupçonné. Je me contenterai d'en énumérer les principales:

Réflexe oculo-cardiaque (excitation du vague).

Réflexe cœliaque (excitation du sympathique).

L'épreuve à l'adrénaline, surtout celle de Goetsch (excitation du sympathique).

L'épreuve à l'atropine (inhibiteur du vague).

L'épreuve à l'ésérine (excitant du vague).

L'épreuve à la pilocarpine (excitant neuro-végétatif à prédominance vagale).

L'épreuve de Daniélopolu, qui consiste à adjoindre l'orthostatisme à l'épreuve de l'atropine.

* * *

Quels sont les syndromes fonctionnels principaux et les plus intéressants que la neurotonie peut produire ou, au moins, favoriser ?

Et d'abord, il semble que l'*anaphylaxie* et les accidents paroxystiques ou permanents qui en sont la conséquence se manifestent par l'intermédiaire du système neuro-végétatif. Bien plus, il apparaît qu'elle est conditionnée, du moins en partie, par un état neurotonique chez lequel la vagotonie serait prédominante. En France, Tinel, Santenoise et Garrelon ont démontré, à cet égard, l'importance du terrain vagotonique. En conséquence, les syndromes migraineux, asthmatique, urticarien, le coryza spasmodique, les chocs toxiques comme la crise nitritoïde, enfin tous les désordres à mécanisme anaphylactique apparaîtraient chez des sujets à constitution parti-

culière au sein de laquelle un des éléments les plus importants serait la neurotonie.

Quant à *certaines syndromes affectifs* comme la dépression psychique, la psycho-névrose anxieuse, les états psychasthéniques, il est évident qu'ils s'accompagnent toujours de déséquilibres vago-sympathiques. Il est difficile de prétendre que ces derniers sont la cause des troubles affectifs concomitants; on peut toutefois affirmer que dans les éléments constitutionnels des prédisposés à ces psycho-névroses, en outre des tares psycho-affectives, on découvre toujours des signes somatiques indiquant que le tonus neuro-végétatif est troublé. Pour ma part, il ne faut pas voir, dans ces signes, la cause des troubles psychiques, mais plutôt des éléments associés et, au moment des accès de psycho-névrose confirmée, des répercussions somatiques facilitées.

La *constipation spasmodique*, l'*entérite muco-membraneuse*, la *crise solaire* caractérisée par une douleur gastrique violente, des battements artériels abdominaux énergiques et de la diarrhée, la *dyspepsie hypercinétique et hyperchlorhydrique* qui s'accompagne, par intermittences, de bouffées de chaleur, de bourdonnements d'oreilles, d'angoisse, d'arythmie et d'engourdissements des extrémités, *certaines arythmies bradycardiques ou tachycardiques*, *certaines acrocyanoses* et *certaines syndromes de Raynaud*, *certaines formes de syndromes angineux* sont des manifestations neurotoniques.

Dans le déclenchement occasionnel de ces syndromes et des paroxysmes au cours de leur évolution, les facteurs moraux et affectifs sont d'une extrême importance. *Neurotonie et affectivité sont sœurs*; leurs influences réciproques sont d'autant plus étroites.

Si on recherche les causes efficientes des déséquilibres neuro-végétatifs, on ne manque pas de découvrir que, le plus souvent, *la neurotonie est constitutionnelle et héréditaire*; on découvre qu'elle est liée, presque toujours, à des modifications humorales et endocriniennes particulières.

Je ne chercherai pas la genèse de cette hérédité morbide; elle a sa source dans les tares et les affections des parents.

Dans d'autres cas, *la neurotonie est acquise*. La *pathogénie endocrinienne* est sûrement l'un des facteurs les plus effectifs de cette dystonie acquise.

Les troubles thyroïdiens (goitre toxique avec sympathicotonie), les syndromes surrénaliens (mal. d'Addison avec hypotonie sympa-

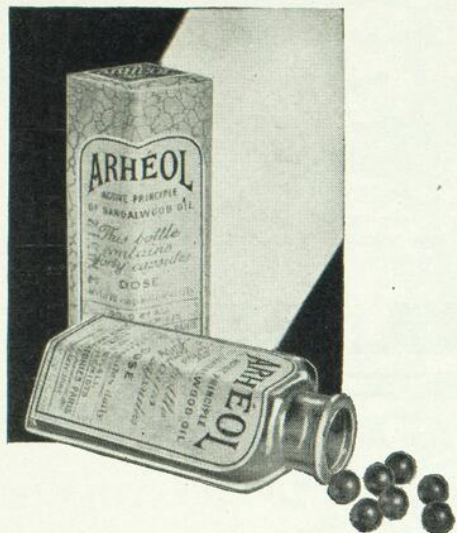
ACTION ANTISEPTIQUE

prolongée

sur

L'APPAREIL

URINAIRE



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

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

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

ARHÉOL (Astier)

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

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

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

Pour renseignements et échantillons, écrivez à

ROUGIER FRÈRES

350, rue LeMoine, Montréal

Dépositaires canadiens pour les produits des

Laboratoires P. Astier, Paris, France

SEDLITZ CHANTEAUD

Granulé et Déshydraté

Laxatif — Purgatif

FOIE — INTESTIN

*Sulfate de Magnésie pur.
Tartrate de Soude.*

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

STÉNOL CHANTEAUD

Tonique — Diurétique

FAIBLESSE — SURMENAGE — NEURASTHÉNIE

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

*Dose: 1 à 2 cuillerées à café
par jour.*

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

TOUTES LES TOUX
SIROP ET GOUTTES
RAMI
au bromoforme

Dépôt : **ROUGIER FRERES. Montréal**

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

thique — tumeur surrenalienne avec sympathicotomie), l'insuffisance pancréatique provoquant la sympathicotomie, certains phénomènes excessifs de la ménopause constituent des faits probants.

D'ailleurs, on n'ignore pas la synergie fonctionnelle entre certaines glandes endocrines et le vago-sympathique; on sait aussi que leur embryogenèse même et leur physiologie respective se confondent.

Le rôle des chocs émotifs, des soucis, des ennuis répétés et constants, de l'insomnie est à retenir; il a sa part d'importance dans la naissance des syndromes organo-végétatifs, même chez les sujets non spécialement prédisposés.

Les infections et surtout certaines intoxications comme celles par le café, le thé, le tabac et l'alcool, l'auto-intoxication intestinale peuvent ébranler l'harmonie neuro-végétative.

Enfin, il y a des neurotonies réflexes. L'irritation constante que produisent une lésion d'un organe ou une algie persistante sur le système nerveux végétatif, déclanche parfois l'éréthisme de ce dernier dans toutes ses parties ou dans certaines d'entre elles.

Dans cette étude, je n'ai envisagé que les états hypertoniques du vago-sympathique, parce qu'ils sont les plus fréquents et les plus apparents. D'ailleurs, il faut se rappeler cette notion que l'hypotonie d'un des composants, du fait de l'antagonisme fonctionnel, implique l'hypertonie de l'autre et que pratiquement seuls les états de shock et de déchéance organiques peuvent amener une baisse profonde de la tension vago-sympathique.

* * *

B) *Voyons maintenant les conséquences des lésions des centres ou des nerfs du sympathique.*

J'aborde ici le domaine véritablement neurologique du sympathique.

Il ne s'agit plus d'étudier les variations globales d'un système, une pathologie fonctionnelle diffuse, complexe et mobile, comme le sont l'ensemble des organes au sein duquel elle s'objective, mais bien des syndromes liés à des lésions localisées créant des troubles plus ou moins circonscrits et stables des téguments. *Il s'agit de la pathologie du sympathique tégumentaire.*

En face d'une telle étude, je me sens bien limité par le temps et intimidé par l'étendue du sujet.

Aussi ne pourrai-je vous fournir qu'une vue d'ensemble; elle vous permettra d'entrevoir un domaine qu'on n'aborde pas habituellement, mais qui n'en est pas moins riche de renseignements cliniques et de phénomènes physiologiques à approfondir.

Des lésions peuvent apparaître au sein des centres encéphaliques et médullaires du sympathique, dans ses ganglions juxta-vertébraux, sur ses rami-communicants, sur ses fibres périvasculaires et sur celles qui parcourent les nerfs mixtes. Ces lésions sont destructives ou irritatives; elles sont donc susceptibles de créer des symptômes de paralysie ou d'excitation sympathiques.

Ces phénomènes paralytiques et d'excitation pourront intéresser globalement les fonctions sympathiques tégumentaires; très souvent les troubles seront dissociés ou incomplets, dans ce sens que l'excitation et la paralysie plus ou moins frustes n'entraveront qu'une partie des fonctions.

Ces dernières sont constituées par la vaso-dilatation et la vaso-constriction, la sécrétion sudorale, la pilo-motricité ou l'érection des poils.

Le syndrome de paralysie du sympathique tégumentaire se reconnaît donc cliniquement par l'absence de sueur, par de la vaso-dilatation passive, par l'absence de l'horripilation et en conséquence par de la sècheresse de la peau, de l'hyperthermie et de l'hyperémie localisées.

Le syndrome d'excitation sympathique se caractérise par une horripilation spontanée, par de la sudation spontanée ou de l'hyper-sudation intermittente, soit par de la vaso-constriction ou de la vaso-dilatation active, selon que les vaso-dilatateurs ou les vaso-constricteurs sont excités.

S'il y a vaso-constriction, les régions intéressées sont hypothermiques, pâles et des accès d'asphyxie ou de syncope locale peuvent survenir. S'il y a vaso-dilatation, l'hyperémie et l'hyperthermie locales sont perceptibles et, en plus, il est possible que des syndromes algiques, type causalgique ou érythro-mélagique, se déclanchent. En plus, des troubles trophiques et des œdèmes s'installent souvent, à la suite des perturbations vaso-motrices.

La trophicité des tissus est liée directement à son irrigation sanguine; aussi les troubles trophiques qui apparaissent, au cours de certains syndromes neurologiques, ont comme cause primordiale les troubles vaso-moteurs. Ceux-ci sont attribuables aux lésions ou à

Pébranlement secondaire du sympathique tégumentaire. On doit se rappeler que le syndrome de Claude-Bernard-Horner (exophtalmie, myosis, fente palpébrale plus petite) objective une lésion paralysante soit des centres sympathiques bulbaires, ou médullaires au niveau du 1er segment dorsal, soit des fibres qui en émergent et qui se dirigent vers l'œil.

La pathologie du sympathique tégumentaire possède toute *une sémiologie spéciale*. Elle repose sur la constatation et l'interprétation des faits cliniques, mais aussi sur l'emploi de certains procédés qui les mettent en lumière plus vive.

On recourt ainsi au réchauffement et au refroidissement généraux et locaux, par l'usage de bains de chaleur, par le moyen de l'immersion dans de l'eau chaude et froide, afin de rendre plus évidentes les asymétries de température et de congestion localisées.

On se sert de la thermométrie pour enregistrer le décalage de température, d'appareils à oscillométrie, afin de juger de l'état d'amplitude artérielle et, par là, de la vaso-constriction ou de la vasodilatation.

Par excitation mécanique ou chimique (sinapisation), on provoque la rubéfaction, afin de doser les vaso-dilatateurs. On fait transpirer par l'exercice, par l'action médicamenteuse (pilocarpine), par la chaleur, afin de mieux circonscrire les zones hypo ou anhydrotiques.

On fait apparaître la chair de poule par refroidissement, chatouillement ou malaxation des téguments dans des zones électives.

J'aimerais vous renseigner sur les localisations précises des troubles selon l'atteinte lésionnelle de telle ou de telle partie des centres encéphaliques et médullaires, sur telle ou telle étendue du trajet que parcourent les fibres sympathiques efférentes de la moelle.

Je devrais, pour ce faire, entrer dans des détails d'anatomie éminemment importants à la compréhension, mais qui obligeraient à une prolongation de séjour dans cette salle, qui deviendrait une souffrance. Et comme il sied à tout médecin, même à l'égard d'auditeurs bienveillants, j'ai horreur de la douleur imposée et de l'arbitraire.

Qu'il me suffise de dire que toute lésion assez profonde de la plupart des nerfs mixtes, des tuniques vasculaires, des ganglions sympathiques et de leurs rameaux communicants, de la moelle épinière au niveau de la corne latérale et de la partie la plus interne du

faisceau fondamental latéral, de la calotte bulbaire, protubérantielle et pédonculaire, du diencéphale donne naissance à des accidents sympathiques localisés aux téguments d'une région qui varie, par le siège et l'étendue, avec la situation de la lésion nerveuse.

Les lésions des centres cérébraux créent des symptômes croisés; le faisceau sympathique s'entrecroise à un étage supérieur au bulbe.

Les lésions situées au bulbe ou à la moelle donnent lieu à des symptômes, soit à type central ou cordonnal, situés du côté homolatéral des téguments innervés par les segments médullaires inférieurs à la lésion, soit à type périphérique localisés aux zones tégumentaires innervées par les fibres dont les centres médullaires sont lésés.

Existe-t-il une sensibilité sympathique et, en conséquence, certains syndromes algiques particuliers, comme la causalgie, doivent-ils être mis sur le compte de l'irritation des fibres sympathiques ?

Le problème a été posé depuis longtemps. Quoique de très nombreux auteurs l'aient résolu par l'affirmative, des preuves catégoriques n'ont pas été présentées.

Le sympathique exerce-t-il une certaine influence sur la contraction et le tonus des muscles de la vie de relation ?

Certains auteurs (Langelaan) le prétendent. Toute une chirurgie du sympathique a été constituée, à la suite des travaux de Royle et Hunter, dans le but de faire disparaître certaines hypertonies des membres.

La solution de cet autre problème est réservée à l'avenir qui en garde bien d'autres, tant auprès des mystères de la médecine, que des insaisissables de la nature.

MOUVEMENT MÉDICAL

MANUEL DE TECHNIQUE PSYCHOMÉTRIQUE⁽¹⁾ (Suite)

Par Gaston Lef. de BELLEFEUILLE, F.R.C.P. (Canada)
Chef de Service à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu.

CHAPITRE VIII

Instructions pour l'âge de cinq ans.

TEST No 1.—Comparer des poids (2 sur 3): 3-15; 15-3; 3-15.

Matériel: On se sert du plus léger et du plus lourd de la série de 5 cubes utilisés pour l'âge de 9 ans.

Pour les fabriquer: On prend cinq cubes de bois d'environ un pouce de face; ils sont creusés d'une cavité qu'on a préalablement remplie de plomb de chasse enrobé d'ouate et ont exactement les poids suivants: le bloc lui-même pèse 3 grammes; or, au premier on a ajouté 3 grammes de plomb; au second 6 grammes; au troisième 9 grammes; au quatrième 12 grammes; et au cinquième 15 grammes. Un planchette de bois, collée sur la face creusée, dissimule la cavité et donne à ce côté l'aspect des autres.

Pour épargner du temps et éviter d'être obligé de soupeser soi-même chaque bloc, on les a marqués à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, de la façon suivante: le plus léger porte sur ses six faces la lettre H; le second la lettre Y; le troisième la lettre M; le quatrième la lettre E; et le cinquième la lettre N. Aussi, lorsque les blocs sont disposés suivant leur poids croissant, d'un coup d'œil on peut lire: HYMEN; ce mot, dans les circonstances, ne souligne nullement l'hyménée future du sujet examiné, pas plus qu'il ne s'applique à un certain repli de muqueuse, dont l'importance sociale est considérable, mais est simplement formé de la première syllabe des deux mots: "HYgiène MENTale".

(1) Voir Union Médicale, numéros avril, mai et juin 1933.

Technique: Posant devant l'enfant le plus lourd et le plus léger des cubes éloignés l'un de l'autre de deux à trois pouces, on dit: "Tu vois ces blocs-là, ils sont bien pareils, mais il y en a un qui pèse et un autre qui ne pèse pas, essaye-les et dis-moi lequel pèse le plus?"

Si le sujet ne s'exécute pas, la formule est répétée: "Lequel "que c'est" qui pèse le plus?"

Quelquefois, l'enfant se contente d'indiquer un bloc du doigt, ou en prend un au hasard, croyant qu'il s'agit de deviner le plus lourd; on dit: "Non, pas comme ça, il faut que tu les prennes dans ta main, pour savoir lequel pèse le plus." En même temps prenant un bloc, puis l'autre, on les soupèse devant lui.

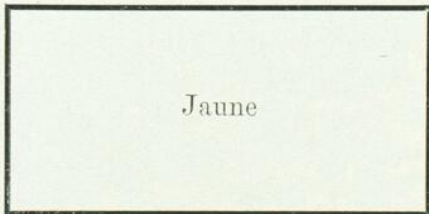
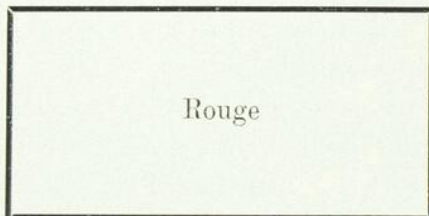
Après un premier essai, on recommence une seconde et une troisième fois, en changeant la position des blocs, c'est-à-dire: 15-3, 3-15 et 15-3.

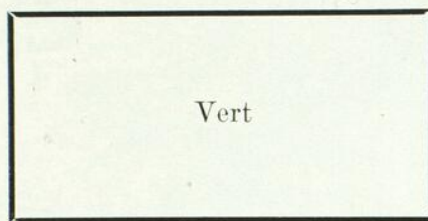
Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, lorsque de trois essais, deux sont corrects.

TEST No 2.—Nommer quatre couleurs: rouge, jaune, bleu et vert.

Matériel: On utilise des bandes de papier de 1 pouce par 2, de couleurs rouge, jaune, bleue et verte, collées sur un carton blanc, superposées les unes sur les autres à environ $\frac{1}{2}$ pouce de distance.

COULEURS





Technique: Le carton posé devant l'enfant, on indique du doigt successivement les quatre couleurs dans l'ordre donné et on dit: "Quelle couleur que c'est ça?"

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, lorsque toutes les couleurs sont nommées correctement et sans hésitation; on ne tient pas compte des qualificatifs: pâle, foncé, etc.

Remarque: On ne doit pas changer la technique en disant: "Montre-moi le rouge, montre-moi le jaune". Cette façon de faire rendrait ce test beaucoup trop facile.

Si le sujet s'est trompé sur une couleur, on ne peut y revenir, même si les trois autres ont été nommées correctement.

TEST No 3.—Désigner la plus jolie figure (3 sur 3).

Matériel: On utilise les six croquis ci-dessous représentant des têtes de femmes: les unes sont jolies, les autres sont laides, elles sont disposées de façon que la jolie figure soit tantôt à droite, tantôt à gauche, afin d'éviter que le sujet donne une réponse juste parce qu'il prendrait l'habitude de désigner toujours la figure du même côté.

Technique: Les croquis placés devant l'enfant, avec un buvard ou une feuille de papier, on cache les deux groupes inférieurs de façon que seul le groupe supérieur soit visible, afin d'éviter que l'attention du sujet se diffuse, on dit: "Tu vois ces madames-là, laquelle est la plus belle?" La réponse obtenue, découvrant le second groupe, on

APPRECIATIONS ESTHÉTIQUES



D'après Alfred Binet et Th. Simon: "La mesure du développement de l'intelligence chez les jeunes enfants".

dit: "Et dans celles-là, laquelle est la plus belle?" On procède de même pour le troisième groupe.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, lorsque les trois appréciations esthétiques sont justes, toute hésitation constitue un échec.

Remarques: Si une réponse est inexacte, on ne doit pas revenir à nouveau, afin de permettre au sujet de se reprendre, mais l'apprécier telle que donnée. Quelquefois, l'enfant indique en riant une des figures laides comme la plus belle; cette façon de faire est un échec. On ne doit pas utiliser le mot "jolie", car à 5 ans, ce terme est moins connu et moins employé que le mot "belle".

Terman, dans son bouquin: "The measurement of intelligence", note que l'on serait tenté de croire que les appréciations esthétiques sont sans rapport avec le niveau mental, et que personne n'aurait pu prévoir avant ces expériences que les retards dans le développement intellectuel pourraient s'extérioriser autant par une insuffisance du sens esthétique, que par les manifestations pathologiques plus complexes de la mémoire, du jugement, du raisonnement, du langage, etc. Mais la méthode expérimentale démontre le parallélisme qui existe entre le développement de l'intelligence et le sens esthétique.

TEST No 4.—Définitions (4 sur 6).

Technique: Les mots utilisés sont: "Chaise, cheval, fourchette, poupée, crayon et table".

On dit: "Tu connais ça une chaise, tu en as déjà vu une chaise, dis-moi qu'est-ce que c'est qu'une chaise?" Quelquefois, on a un peu de difficulté à obtenir une réponse, l'enfant ne sait de quelle façon exprimer sa pensée; mais avec tact et encouragement, on réussit habituellement à vaincre sa timidité; il ne faut pas oublier certaines phrases, telles que: "Je suis certain que tu sais ce que c'est qu'une chaise, tu en as vu des chaises, maintenant dis-moi ce que c'est qu'une chaise?"

Sauf les cas où il est nécessaire de prodiguer des encouragements exagérés, il vaut mieux ne pas manifester d'approbation ou de désappointement après chaque réponse, mais attendre que le test entier ait été donné; si, après avoir répondu d'une façon médiocre, on multiplie les "bien", "très bien", il y a possibilité que l'enfant croit sa première réponse suffisante.

Appréciation de la réponse: Généralement, l'enfant de 5 à 6 ans définit un objet par son usage, c'est-à-dire à quoi il sert, ce que l'on en fait.

Les définitions par énumération des attributs, par la substance de l'objet ou par la classification, la variété à laquelle il appartient, sont déjà des définitions supérieures à l'usage.

De toute façon, l'épreuve est réussie, lorsque quatre mots sur six sont définis par l'usage ou par une qualité supérieure à l'usage. Voici quelques exemples de réponses satisfaisantes:

Chaise: "C'est pour *s'assire*". "On s'assit là-dessus". "C'est fait en bois, puis ça a des pattes". "C'est une chose".

Cheval: "C'est pour atteler". "Pour se promener". "Pour travailler". "C'est pour *runner* une voiture". "C'est gros et puis, ça a 4 pattes". "C'est un animal".

Fourchette: "C'est pour manger avec". "C'est pour prendre de la viande". "C'est fait en fer puis ça pique à un bout".

Foupée: "C'est une *catin*". "Les petites filles jouent avec ça". "C'est fait comme un petit bébé". "C'est une chose". "C'est pour jouer à la mère".

Crayon: "C'est pour écrire". "C'est en bois, puis il y a de la mine dedans". "C'est une chose".

Table: "C'est pour manger". "On mange là-dessus". "C'est fait en bois puis ça a des pattes". "C'est une chose".

Exemples d'échec: "Une chaise, c'est une chaise". "En voilà une chaise" (montrant du doigt).

On cote une telle réponse un échec, et on n'insiste pas pour une meilleure. Un enfant, définissant tous les objets, le cheval excepté, par: "C'est une chose", manifeste une tendance à la stéréotypie du mot chose, ce qui est l'équivalence d'un échec.

S'éloigner de la formule donnée plus haut et demander: "Une chaise, comment est-ce fait?" ou: "Pourquoi faire une chaise?" "Qu'est-ce qu'on fait avec une chaise?", etc., enlève au test toute sa valeur, cette façon de poser la question met littéralement la réponse dans la bouche de l'enfant.

TEST No 5.—Refaire le rectangle divisé (2 sur 3). Une minute par essai.

Matériel: Deux cartons rectangulaires de 2 pouces par 3, avec faces de couleurs différentes; un des rectangles est coupé en diagonale et forme deux triangles.

NORMACOL



*Un
correctif
physiologique
de l'inertie
intestinale.*

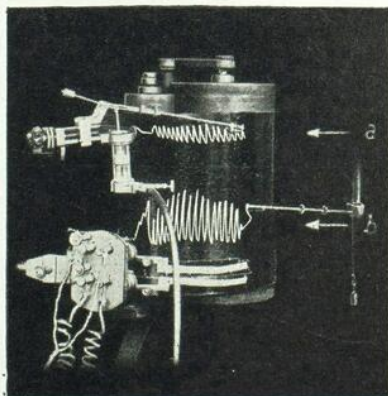
Grâce à son remarquable pouvoir d'expansion par la rétention de l'eau, Normacol corrige la constipation en donnant à la masse fécale la meilleure consistance requise pour stimuler le réflexe péristaltique normal.

Normacol amollit et sépare les particules fécales, produisant une selle qui est évacuée facilement, sans douleur, colique, ni précipitation.

Normacol est purement végétal et ne contient ni huile minérale, ni drogue irritante.

La courbe illustrée ici indique l'accroissement de l'activité péristaltique (b) résultant d'un accroissement dans le volume du contenu de l'intestin (a).

Normacol s'offre dans les emballages originaux — Boîtes contenant 200 grammes.



★ SCHERING (CANADA) LTD. MONTREAL ★

Case Postale 358, Montréal.



AFFECTIONS des VOIES RESPIRATOIRES à tous les AGES

BRONCHITES
RHUMES
ASTHME
GRIPPE

BRONCHODERMINE

PNEUMONIE
PLEURITE
ETC.,
ETC.

La PEAU est l'AGENT D'ABSORPTION le PLUS SIMPLE

C'est l'absorbant et dialyseur à grande surface

RESPECT DES VOIES STOMACALES, INTESTINALES ET RÉNALES

La simple figure jointe rend compte de ses avantages et de son mode d'emploi

GAÏACQL. SÈVE DE PIN. TERPINOL, HÉLÉNINE arrivent droit au poumon

MODE D'EMPLOI. — Enduire le dos, la poitrine et les aisselles et recouvrir de flanelle ou d'ouate, la même jusqu'à la fin du traitement.

Ni atropine, ni belladone, dangereux
□ par accumulation ou habitude □

SUPPRIMENT LE SPASME
AUCUN TOXIQUE

ASEPTISENT
HUMECTENT
DIVISENT
EXPULSENT

AGGLOMÉRATION
VOLUME
FORME
AROME

GRAINS DE ANISÉS CHARBON TISSOT

Utiles à tout âge
pour Estomac net, Intestin net
Exonération régulière facile et douce

MODE D'EMPLOI. — Pour les enfants,
quelques grains Adultes : 1 ou 2 cuillères à café après les repas ou 2 le soir (croquer ou avaler).

SIROP GUILLIERMOND

Iodo-Tannique

Affections Cardio-Vasculaires

Affections Pulmonaires chroniques

Lymphatisme, Goître, Dermatoses.

Maison Bertaut - Blancard frères, 64 rue de la Rochefoucauld, Paris 9ème.

Prescrire : SIROP GUILLIERMOND, un Flacon

Agent général pour le Canada: H. B. de PASSILLE, 426 rue Cherrier, Montréal.

Echantillon gratuit sur demande.

LABORATOIRE "YSE"
65, R. LOUIS BLANC
PARIS
X^e

DRAGÉES NÉVROSTHÉNIQUES "YSE"

H. CHATELUT
PHARMACIEN
Echantillon
médical

PHOSPHURE DE ZN, NUX VOMICA, KOLA GUARANA
NEURASTHÉNIE, SURMENAGE INTELLECTUEL, DÉPRESSIONS PHYSIQUES & CÉRÉBRALES

Agent au Canada: H. B. de PASSILLE, 426 rue Cherrier, Montréal.

Technique: Poser devant l'enfant le carton dans toute sa longueur; à quelques pouces et un peu plus près du sujet, placer les parties du rectangle divisé de façon que les hypothénuses soient en sens inverse.

On dit: "Tu vois, ces deux morceaux-là (indiquant les triangles), je veux que tu les mettes ensemble, que tu les colles ensemble, pour que ça fasse pareil comme ce'ui-là (désignant le carton entier). Si l'enfant hésite, on répète la formule avec une bienveillante insistance.

Faire trois essais d'une minute chacun, une seule réussite peut être du hasard. Si la première tentative est un échec, on remet les triangles en place, on dit: "Non, pas comme ça, colle-les ensemble, pour que ça fasse comme celui-là (désignant le rectangle). Si un des cartons est retourné, le problème devient insoluble, c'est pourquoi il est préférable d'avoir des teintes différentes au recto et verso; dans ce cas, le triangle devra être replacé à la norme et l'expérience reprise.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, lorsque le sujet a deux succès sur trois essais.

On appelle essai au point de vue test, la série de mouvements, les diverses tentatives de juxtaposition que fait l'enfant avant de laisser donner son travail; un essai ne peut durer plus d'une minute.

TEST No 6.—Faire trois commissions: (3 sur 3).

Technique: On dit: "Ecoute bien, je veux que tu fasses quelque chose pour moi; voici une clef (ou un crayon ou un objet quelconque), tu vas commencer par aller la mettre sur la chaise là-bas (la montrant du doigt), ensuite, tu vas ouvrir (ou fermer) la porte, puis pour finir, tu vas m'apporter le papier qu'il y a sur l'autre table (le désignant du doigt); tu comprends bien, tâche de faire tes commissions comme il faut, commence par mettre la clef sur la chaise, ensuite tu fermeras la porte, puis pour finir tu m'apporteras la feuille de papier (montrant toujours du doigt). Bon, commence maintenant."

On doit insister sur les mots: "Commencer", "Ensuite", "Et pour finir", afin que le sujet comprenne clairement que les commissions doivent être exécutées dans l'ordre donné, mais on ne doit pas ajouter d'explication. Si le sujet hésite, ou s'arrête dans l'exécution du test, on ne peut l'aider en lui disant: "Qu'est-ce que c'est après?"

Il faut avoir assez de volonté pour résister à l'inclination qu'on a d'aider par une parole, ou même par un regard.

Appréciation de la réponse: Les trois commissions doivent être exécutées correctement et dans l'ordre donné.

Il y a échec, si l'une des commissions est oubliée ou si elles ne sont pas exécutées telles que demandées.

TEST SUPPLEMENTAIRE.—Donner l'âge.

Technique: On dit: "Quel âge as-tu?"

Appréciation de la réponse: La seule difficulté rencontrée provient de l'absence de renseignements nécessaires pour contrôler la réponse de l'enfant, car certains sujets donnent un âge inexact avec une parfaite assurance.

CHAPITRE IX

Instructions pour l'âge de six ans.

TEST No 1.—Droite et Gauche (3 sur 3 ou 5 sur 6).

Technique: On dit: "Mets ta main droite en l'air".

L'ordre exécuté, on continue: "Très bien, maintenant montre ton oreille gauche", puis "Ton œil droit".

Il faut avoir soin d'insister sur les mots: "Oreille gauche et œil droit". Si l'enfant se trompe, on répète les éléments du test, mais en disant cette fois: "Main gauche, oreille droite, œil gauche".

Il faut se garder d'aider, soit par une mimique satisfaite ou déçue, soit par un regard vers la partie du corps que l'enfant doit désigner, soit de toute autre façon.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, lorsque l'enfant répond correctement aux trois questions, ou dans le cas d'une erreur, à la série des trois nouvelles questions.

Remarques: Si le sujet indique d'abord un œil, et ensuite l'autre, on note la seconde réponse quelle qu'elle soit, sans tenir compte de la première.

Ne pas oublier que le mot "œil" est, pour un enfant de 6 ans, un terme beaucoup plus rare que le mot yeux; aussi, si la

première expression semble l'embarrasser, il ne faudrait pas craindre de dire: "Montre-moi ton *yeux* droit, ton *yeux* gauche".

Nous savons que cette expression est incorrecte, mais combien plus facile pour le sujet, et notre tâche n'est pas de lui enseigner quelque chose ou de le corriger, mais bien d'établir son niveau mental.

TEST No 2.—Noter les lacunes des croquis (3 sur 4).

Technique: Poser devant le sujet un carton représentant des croquis de personnages incomplets; il faut avoir soin de couvrir les dessins de façon qu'on ne puisse voir qu'une gravure à la fois, afin de concentrer l'attention de l'enfant; on dit: "Regarde bien cette image-là et dis-moi qu'est-ce qu'il lui manque dans son visage, à cette madame-là?"

Quelquefois, l'enfant répondra: "Elle n'a pas de jambes, ou pas de corps" ce qui est vrai, mais en dehors des données du test, on dit: "Non pas ça, je parle du visage, regarde comme il faut et dis-moi qu'est-ce qu'il lui manque dans son visage."

Si l'enfant donne une réponse incorrecte, on indique du doigt l'endroit où devrait être l'œil, en disant: "Tu vois bien qu'il lui manque un œil là"; cette façon de faire n'est tolérée que pour la première figure.

Pour les autres, on utilise la formule ordinaire, et pour la gravure sans bras, la question est: "Regarde bien la grande madame, et dis-moi qu'est-ce qu'il lui manque dans tout son corps."

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, lorsque le sujet indique correctement 3 des 4 lacunes.

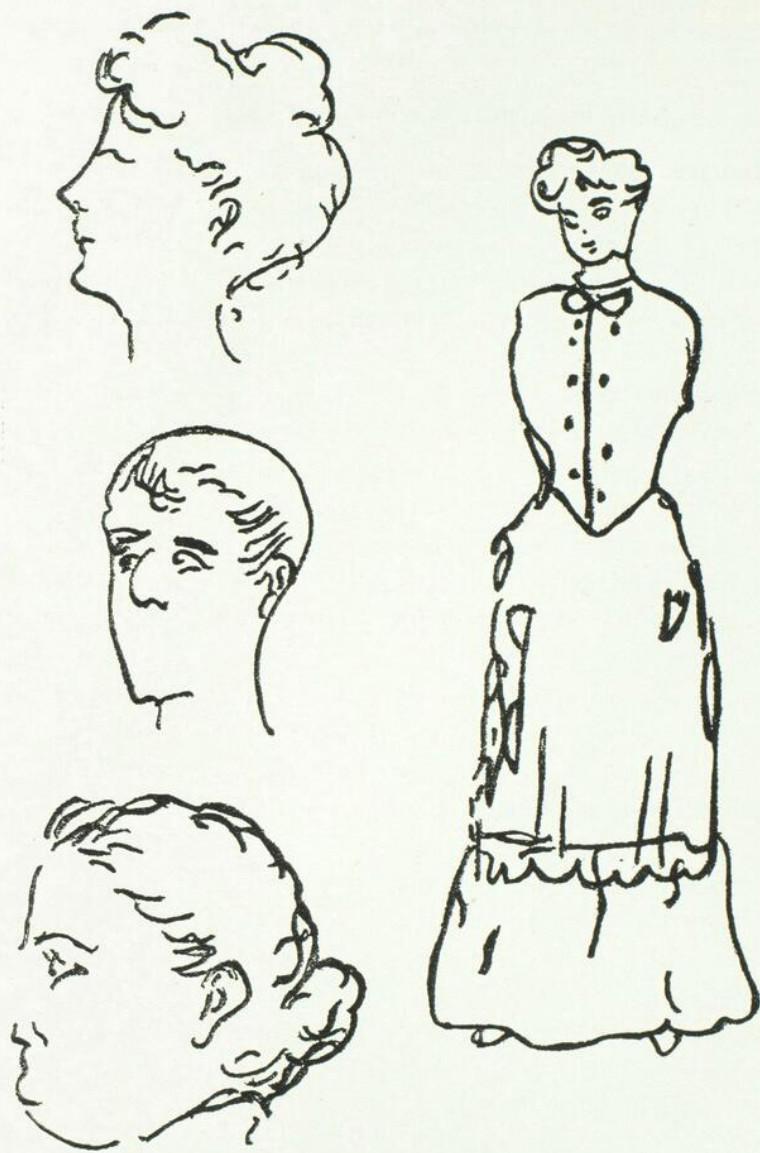
Remarque: On ne tient pas compte d'erreurs légères, telles que: les yeux, pour l'œil dans la première gravure, le nez et une oreille au lieu du nez seul dans la troisième, enfin les mains au lieu des bras dans la quatrième.

Des réponses: "L'autre œil" ou "L'autre oreille" dans la première ou la troisième; "Les oreilles" dans la quatrième, doivent cependant être cotées des échecs.

TEST No 3.—Compter 13 sous (1 sur 2).

Matériel: On utilise 13 grains de chapelet montés sur une ficelle ou une chaînette et séparés les uns des autres par un espace d'un quart de pouce; cet appareil remplace avantageusement les 13 pièces d'un sou, lourdes et encombrantes.

CROQUIS AVEC LACUNES



D'après Alfred Binet et Th. Simon: "La mesure du développement de l'intelligence chez les jeunes enfants".

Technique: On dit: "Tu vois ces graines-là, tu vas les compter tout haut avec ton doigt".

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, lorsque l'énumération des chiffres correspond à l'indication du doigt.

Remarque: Si le premier essai comporte une erreur légère, en comptant l'omission d'un chiffre, ou le manque à coïncider du doigt et du chiffre, un second essai doit être fait.

Pour qu'il y ait succès, il est indispensable que l'énumération des chiffres corresponde exactement avec le mouvement du doigt; énoncer seulement le dernier chiffre (13) ne suffit pas pour réussir l'épreuve.

TEST No 4.—Compréhension du 2ème degré.

Technique: On dit: A "Supposons que demain, quand tu vas partir de chez vous pour venir à l'école, tu t'aperçois qu'il pleut (qu'il *mouille*), qu'est-ce que tu vas faire?"

B "En arrivant chez vous ce soir, si tu vois que le feu est pris après la maison chez vous, qu'est-ce que tu vas faire?"

C "Tu es obligé d'aller chez Dupuis (ou chez Eaton, suivant le quartier) et en arrivant au coin de la rue pour prendre ton tramway (ou les petits chars), le tramway passe avant que tu aies le temps de le prendre, qu'est-ce que tu vas faire?"

Appréciation de la réponse: Pour que l'épreuve soit réussie, deux réponses sur trois doivent être justes.

Une bonne réponse à la question A, démontre que le sujet comprend qu'il doit se protéger contre l'intempérie.

Exemples: "Prendre un parapluie"; "Mettre un imperméable"; "un capot"; "des claques".

Des enfants habitant près de l'école, diront: "Courir". Dans ce cas, j'ai l'habitude de demander: "Pourquoi vas-tu courir?" Et si l'on répond: "Pour pas que je me fasse mouiller", une telle réponse indique le moyen utilisé pour se protéger contre le mauvais temps et doit être cotée bonne.

Exemples de mauvaises réponses: "Rester chez nous"; "Pas aller à l'école"; "Attendre que la pluie finisse"; "Aller à l'école pareil".

B: Une bonne réponse indique que le sujet comprend qu'il doit se protéger ou protéger la propriété.

Exemples: "Sonner l'alarme"; "Appeler les pompiers"; "Eteindre le feu"; "Me sauver"; "M'en aller chez ma tante, ou ma mémère".

C: Si l'enfant affirme qu'il doit quand même se rendre en tramway à tel endroit, c'est une bonne réponse.

Exemples: "En attendre un autre"; "Prendre celui qui va venir après", etc.

Exemples de mauvaises réponses: "M'en retourner chez nous"; "Pas y aller"; "Marcher"; "Courir après le tramway"; "Tâcher de ne pas le manquer".

TEST No 5.—Reconnaître la monnaie: 5-1-25-10 sous (3 pièces sur 4).

Technique: On utilise une pièce de 5, de 1, de 25 et de 10 sous, que l'on montre les unes après les autres dans l'ordre donné plus haut, disant chaque fois: "Qu'est-ce que c'est que cette affaire-là?"

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie lorsque 3 des 4 pièces sont reconnues et nommées.

Remarque: Si le sujet change sa première réponse, on ne tient compte que de la seconde, quelle qu'elle soit. Certains enfants répondent: "C'est de l'argent"; on reprend: "Oui, c'est vrai, mais comment tu l'appelles cet argent-là, celui-là?" Aucune question ou explication n'est permise.

TEST No 6.—Répéter 16 à 18 syllabes. (1 phrase sur 3, exacte, ou 2 avec une erreur).

Les phrases sont:

A Nous irons à la promenade. Donnez-moi ce joli chapeau.

B Charlotte a déchiré sa robe. J'ai donné 2 sous à un pauvre.

C Jean s'est bien amusé en vacances, il allait pêcher tous les jours.

Technique: On dit: "Écoute, je vais te dire quelque chose, et quand j'aurai fini, je veux que tu le dises pareil comme moi, écoute comme il faut pour le dire pareil comme moi."

On prononce alors les mots de la première phrase d'une voix lente, distincte et expressive. Si la première réponse n'est pas nettement mauvaise, on encourage l'enfant, en disant: "C'est très bien,

Hémostyl

Anémies

Du Dr.

ROUSSEL

Hémorragies

SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL

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

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

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

Sirop ou Comprimés
de sang hémopoïétique
total

ANÉMIES
CONVALESCENCES
TUBERCULOSE, etc.

Echantillons, Littérature

97, RUE DE VAUGIRARD — Paris.

Le son possède une valeur inestimable

DANS LA cure d'amaigrissement.

L'OBESITE chez les adultes est dangereuse. Les statistiques des compagnies d'assurance-vie soulignent ce fait.

Dans la conception d'une cure d'amaigrissement on doit tenir compte de plusieurs facteurs. Il est important que les menus pourvoient à la cellulose suffisante. Autrement la constipation ordinaire peut se développer. Il est également important que les vitamines et les substances minérales soient contenues dans le menu.

Des recherches récentes de laboratoire ont démontré que le son, aliment pauvre en calories, fournit deux substances diététiques essentielles. Ce sont la Vitamine B pour exciter l'appétit et faciliter l'élimination et le fer assimilable pour régénérer le sang et prévenir l'anémie secondaire.

En plus, le son fournit beaucoup de cellulose. Des procédés spéciaux de cuisson et de pulvérisation rendent le Kellogg's All Bran meilleur et plus agréable au goût. Dans l'organisme, il absorbe beaucoup de liquide et forme une masse molle qui entraîne facilement les déchets intestinaux.

Excepté dans les cas d'individus qui souffrent de conditions intestinales telles que cette cellulose serait contre indiquée, Kellogg's All Bran peut être prescrit.

Kellogg's All Bran satisfait l'appétit sans l'addition de beaucoup de calories au régime. Egalement délicieux comme céréale avec du lait ou des jus de fruit ou cuit sous forme d'appétissants muffins, de pain, d'omelette, etc. On trouve des recettes et des suggestions dans les paquets rouge et vert. Fait par Kellogg à London.

écoute encore, je vais t'en dire une autre, et tu vas la dire pareil comme tantôt." On donne alors la deuxième phrase, puis la troisième.

Après ce test, il n'est plus permis dans les épreuves de mémoire de répéter la première phrase. Si cette pratique était tolérée aux tests d'âge inférieur à celui-ci, c'était pour vaincre la timidité du sujet et établir un meilleur lien entre examinateur et examiné.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, lorsqu'une phrase sur 3 est dite d'une façon parfaite, ou lorsque 2 phrases sont répétées avec une erreur chacune.

Toute omission, interpolation, ou transposition de mot est une erreur; la phrase exacte doit être répétée verbatim; même si le sujet en donne le vrai sens avec d'autres mots, il y a échec. Les réponses doivent être notées textuelles sur le blanc d'examen.

Remarque: Dans ce test comme dans toutes les épreuves de mémoire, basées sur la répétition de phrases ou de chiffres, il n'est pas sans intérêt de demander après chaque réponse: "L'as-tu dit comme il faut?" En effet, un enfant satisfait d'une réponse manifestement mauvaise, présente un trouble de l'auto-critique.

TEST SUPPLEMENTAIRE.—L'avant-midi ou l'après-midi.

Technique: On dit: "Est-ce qu'on est dans l'avant-midi ou dans l'après-midi, là?"

On doit, en posant la question, intervertir les derniers mots: "Avant-midi" ou "Après-midi", de façon à les opposer à la période de la journée où le test est fait; on dira le matin: "Est-ce qu'on est dans l'avant-midi ou l'après-midi?" et: "Est-ce l'après-midi ou l'avant-midi?" si l'examen est fait après dîner.

Cette technique oblige l'enfant qui répond correctement, à résister à l'automatisme mental qui le porte à répéter servilement le dernier membre de phrase.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, lorsque le sujet sait de façon positive que c'est l'avant-midi ou l'après-midi. Si l'enfant doute, qu'il croit que c'est telle période de la journée, cette incertitude équivalait à un échec, même si la réponse est juste.

CHAPITRE X

Instructions pour l'âge de sept ans.

TEST No 1.—Total des doigts.

Technique: On dit: "Combien as-tu de doigts à ta main droite?" puis: "Combien à ta main gauche?" enfin: "Combien ça fait en tout?"

En réponse, si le sujet commence à compter ses doigts, on dit: "Non, ne les compte pas, dis-moi le sans les compter"; et la même question lui est de nouveau posée.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, lorsque l'enfant répond correctement, promptement et sans compter, aux trois questions.

Certains sujets ne tiennent pas compte du pouce et répondent 4 doigts et 4 doigts, 8 en tout; cette façon de faire est cotée une bonne réponse.

TEST No 2.—Décrire une gravure (2 sur 3).

Matériel: On se sert de gravures utilisées au test No 3, pour l'âge de trois ans, en les présentant dans l'ordre suivant: 1o La maison hollandaise; 2o La scène de la rivière; 3o Le bureau de poste.

Technique: On dit: "Regarde bien et dis-moi ce que représente cette image?" "Qu'est-ce que veut dire cette image?"

Il faut toujours demander la double question et suivre exactement la formule. On enlèverait au test toute valeur en disant: "Dis-moi tout ce que tu vois sur cette image?" La question ainsi posée, détermine le sujet à donner une énumération des objets qu'il voit, plutôt qu'une description.

S'il ne répond pas, le problème peut être répété.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, lorsque 2 des 3 gravures sont décrites ou mieux encore interprétées.

Souvent la réponse est un mélange d'énumération, de description et d'interprétation, mais l'épreuve n'est réussie que si la description ou l'interprétation prédomine.

Réponses satisfaisantes pour la gravure A :

"La petite fille pleure, la maman la regarde et il y a un petit chat sur le plancher".

"La maman a soin de son bébé et le chat regarde dans un trou du plancher et il y a une lampe et une table, je pense que c'est la salle à manger."

"La petite fille a des sabots, sa maman est assise sur une chaise et a un drôle de chapeau sur la tête." "Le chat est couché sur le plancher, et il y a un panier près de la maman, et une table avec quelque chose dessus." "Ça se passe en Hollande, et la petite Hollandaise pleure et sa maman est assise". "Il y a une petite fille hollandaise, sa maman, et ça c'est un petit chat, et la petite fille a ses mains en l'air comme si elle faisait quelque chose à son front, elle a des souliers qui remontent en avant". "Une dame hollandaise— et le petit bébé ne veut pas aller à sa maman, et le chat guette des souris." "La maman est assise, et la petite fille tient ses mains sur ses yeux. Il y a un seau près de la maman, et une chaise sur laquelle il y a du linge, et une table avec des plats. Et ici, il y a une lampe et là des rideaux."

Réponses satisfaisantes pour la gravure B :

"Il y a du monde dans un bateau, l'eau est haute, et s'ils ne font pas attention, le bateau va verser."

"Des sauvages, puis une dame et un homme, ils sont dans un bateau sur la rivière, et le bateau risque de verser, et il y a des arbres morts qui vont tomber."

"Il y a beaucoup d'eau qui coule, pour noyer du monde qui sont dans un bateau, et le bateau va caler."

"Il y a du monde dans un canot, et la femme se penche du côté de l'homme parce qu'elle a peur."

"Il y a un sauvage, et du monde dans un bateau, je pense qu'ils font un tour de canot."

"L'image représente un homme et une femme dans un canot, et ils descendent une rivière et s'en vont à la mer."

"Ils font un tour de bateau sur la mer et l'eau est si haute qu'il y en a un qui a peur, ici il y a des arbres, et il y en a deux qui vont tomber, ici il y a une petite place, comme un pont pour rester dessus; cet homme-là touche la tête de celui-là, et celui-là tient sa main."

"L'eau revole partout, il y a des arbres sur le bord, et là, il y a une grosse roche, et des arbres qui vont tomber. Le monde a une couverture sur eux-mêmes."

Réponses satisfaisantes pour la gravure C :

“Il y a un homme qui vend des œufs, et puis 2 hommes qui lisent “La Presse” puis deux autres qui les regardent.”

“Il y a des hommes qui regardent un journal, et puis il y en a un qui a un panier d'œufs, et puis celui-là est allé à la pêche.”

“Il y a un homme avec un panier d'œufs, et puis un autre qui lit “La Presse”, et puis une femme qui étend du linge, il y a une maison toute proche.”

“Il y a un homme qui essaye de lire un journal, puis les autres veulent le lire aussi. Ici il y a une femme qui s'en va à la grange. Là, il y a des maisons, et là aussi, un homme avec un panier.”

“Il y a une grosse maison de brique, et puis 5 hommes à côté, et puis un autre homme avec un panier d'œufs et puis une affiche de *Post Office* et une dame qui s'en va chez eux”.

“Ils regardent tous sur un journal, celui-ci regarde par-dessus l'épaule de l'autre homme, et celui-là regarde en arrière du journal; là, une femme qui nettoie sa cour et son poulailler.”

“Un homme qui lit “La Presse”, un homme avec un panier d'œufs, une femme, puis un arbre, puis encore une maison. Cet homme-là a un tablier, ici c'est la *Post Office*”.

Les réponses insuffisantes sont complètement ou en grande partie composées d'énumérations.

Quelquefois la description est satisfaisante, mais brève; un peu d'encouragement: “Ça va bien, continue”, stimule l'enfant et l'aide à la compléter.

TEST No 3.—Répéter 5 chiffres (1 sur 3).

Technique: On emploie les groupes de chiffres : 3-1-5-2-9 ; 4-2-8-3-5 et 9-8-1-7-6.

On dit: “Ecoute bien, je vais te dire des chiffres et quand j'aurai fini, tu vas les dire, toi aussi, pareil comme moi.”

On énumère le premier groupe de chiffres à la cadence un peu plus rapide qu'un chiffre à la seconde, d'une voix distincte, d'un ton uniforme et sans les grouper.

Remarques: On tolérât une seconde lecture du premier groupe, dans les tests de chiffres antérieurs, si le sujet ne répondait pas à la première; mais dans les épreuves de l'âge de 7 ans ou plus, les chiffres ne doivent être donnés qu'une seule fois.

On n'avertit pas le sujet de la quantité de chiffres qu'il devra répéter, mais on attire son attention avant chaque groupe. Durant la réponse, on regarde de côté, ou sur la feuille d'examen, en évitant de fixer l'enfant, pour prévenir un effet paralysant.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, lorsqu'après une seule audition, le sujet dit correctement et dans l'ordre donné, un de ces groupes.

Remarque: Les chiffres doivent être inscrits sur le blanc d'examen, à mesure que le sujet les donne.

Il vaut mieux commencer par un groupe de chiffres fixé pour un âge mental inférieur à celui qu'on présume chez le sujet; mais on ne doit pas débiter loin de cet âge, car la valeur du test peut être infirmée par l'habitude créée ou par la fatigue.

Chez les enfants très jeunes, à cause de la fatigabilité de leur attention volontaire, on ne demande pas les groupes de chiffres des différents âges les uns après les autres, ils doivent être intercalés, au contraire, de tests d'un autre genre, et ce, pour la même raison.

Il est intéressant de noter la variété d'erreurs que fait un examiné: la plus fréquente est l'omission d'un ou de plusieurs chiffres, habituellement les premiers du groupe. Si le niveau mental du sujet est très inférieur à l'âge de l'épreuve, il peut ne donner que 2 ou 3 chiffres sur un groupe de 5 ou 6.

Les substitutions d'un chiffre à un autre sont également fréquentes; si elles sont assez nombreuses pour altérer considérablement le groupe, ceci démontre une faiblesse de l'auto-critique.

Dans les cas d'insuffisance plus marquée de l'auto-critique, à la série 9-8-1-7-6, l'enfant pourra donner la réponse: 1-2-3-4-5-6, c'est-à-dire substituer au travail de la mémoire, une simple association automatique de mots et manifester une complète satisfaction de sa réponse absurde; aussi n'est-il pas sans intérêt, dans ces cas, de demander après chaque groupe de chiffres: "Est-ce que c'est correct?"

TEST No 4.—Faire une boucle (d'après modèle).

Matériel: a) Un abaisse-langue de bois, sur lequel on a fixé au moyen d'un premier nœud et d'un second nœud à 2 boucles un bout de galon d'environ 15 pouces de long (ce que l'on fait quand on attache les lacets de sa chaussure).

b) Un autre abaisse-langue et un galon libre, de même longueur que le premier.

Technique: Posant le modèle devant le sujet, de façon à ce qu'il en voit tous les détails, on dit: "Tu vois cette boucle-là, je veux que tu m'en fasses une pareille avec ce cordon-là; moi je vais tenir le bâton, et tu vas la faire autour".

Certains enfants disent qu'ils ne peuvent faire une boucle, mais après expérience, réussissent souvent; aussi faut-il insister pour que le sujet essaye.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, lorsqu'en une minute, l'enfant fait d'abord un nœud simple puis un autre à deux boucles, le tout étant suffisamment serré pour tenir; un nœud avec une seule boucle est compté pour un demi-succès, c'est-à-dire vaut un mois d'âge mental.

TEST No 5.—Donner la différence (2 sur 3).

A) Une mouche et un papillon.

B) Une pierre et un œuf.

C) Du bois et de la vitre.

Technique: On dit: "Tu sais ce que c'est qu'une différence? C'est quelque chose de pas pareil dans deux affaires".

"Tu connais ça une mouche, tu en as déjà vu, et puis un papillon, tu en as déjà vu aussi, quelle différence qu'il y a entre une mouche et un papillon, en quoi c'est pas pareil?"

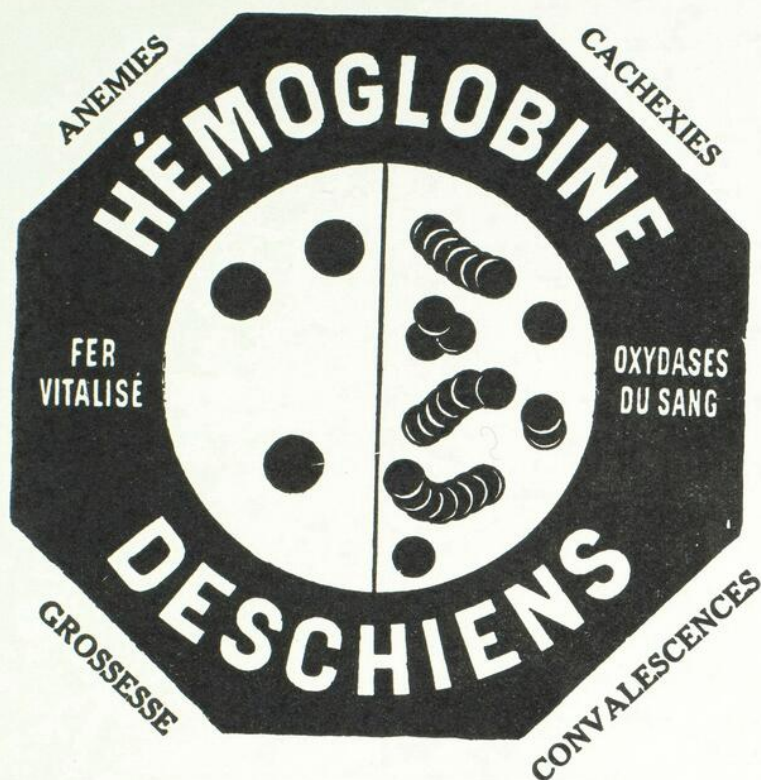
Souvent le sujet par insuffisance de vocabulaire ne sait comment exprimer sa pensée, on doit alors l'encourager: "Tu connais ça, tu vas me le dire." On ne peut aider par d'autres questions ou explications, il doit trouver la différence de lui-même.

Quelquefois il dira: "L'un est plus gros que l'autre (dans la question de la mouche et du papillon). On doit, dans ce cas, lui faire préciser lequel est le plus gros. On procède ainsi pour les deux autres questions.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, lorsqu'une différence réelle est trouvée à 2 des 3 questions.

Exemples de réponses suffisantes pour A:

"Le papillon est plus gros que la mouche". "Le papillon a des grandes ailes"; "La mouche est noire, puis pas le papillon". "Le papillon est jaune ou blanc, etc., et la mouche est noire". "La



Opothérapie Hématique

Totale

Sirop de DESCHIENS

à l'Hémoglobine vivante

Renferme intactes les Substances Minimales du Sang total

MÉDICATION RATIONNELLE DES
Syndromes Anémiques
et des
Déchéances organiques

Une cuillerée à potage à chaque repas.

DESCHIENS, Docteur en Pharmacie 9, Rue Paul-Baudry, Paris (8e)

Canada: ROUGIER FRÈRES, à Montréal.

Dans la Myocardite -- Prescrivez

THEOCALCIN

(théobromine-salicylate de calcium)

Donnez Theocalcin pour augmenter l'efficacité de l'activité cardiaque, diminuer la dyspnée et réduire l'oedème. Theocalcin est un diurétique puissant et un stimulant cardiaque à la dose de une à trois comprimés, trois fois par jour, pendant ou après les repas.

Littérature et échantillon envoyés sur demande.

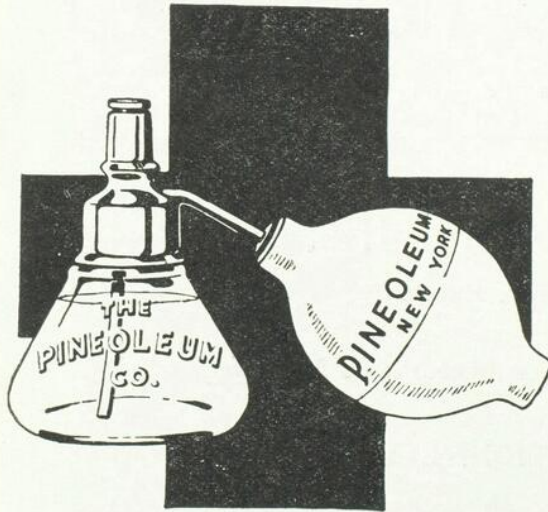
MERCK & CO. LIMITED

412, rue St-Sulpice, - MONTREAL

VENDEURS AUTORISÉS

Manufacturiers **BILHUBER-KNOLL CORP.**, Jersey City, N.J.

LES SOLUTIONS HUILEUSES DANS LA LARYNGITE



La vaporisation d'une solution huileuse est utile dans le traitement de la laryngite. C'est la conclusion d'une récente enquête auprès de 57% des Médecins Américains.

"Pineoleum", huile calmante et pénétrante, est surtout efficace dans le traitement des muqueuses enflammées soit dans l'infection limitée au larynx, soit dans le catarrhe généralisé des voies respiratoires. Il peut être prescrit pour un traitement supplémentaire à la maison, — soit en flacons compte-gouttes ou en vaporisateurs.

PINEOLEUM

(nom déposé)

The Pineoleum Co.,
a/s Lyman Agencies, Ltd.
Montréal, Canada.

S. V. P. envoyer un échantillon de Pineoleum.

Nom

Adresse

mouche pique, mais pas le papillon". "Le papillon a comme de la poudre sur les ailes, mais pas la mouche". "La mouche vole plus droit que le papillon". "Les papillons on trouve ça dehors puis les mouches dans la maison". "Les mouches sont plus dangereuses pour la santé". "Les papillons vivent pas aussi longtemps que les mouches". Quelquefois, sans l'exprimer clairement, le sujet soulignera une double différence: "Une mouche c'est petit, un papillon c'est beau".

Exemples de réponses insuffisantes:

La plupart expriment des faits inexacts: "La mouche est plus grosse". "La mouche a des pattes, puis la papillon en a pas". Une mouche, c'est une mouche, et un papillon, c'en est pas".

Quelquefois, le sujet donne une réponse vague: "La mouche est pas pareille". Dans ce cas, pour faire préciser sa pensée, on dit: "Comment est-ce qu'elle est pas pareille? de quelle façon qu'elle n'est pas pareille?" Et si l'enfant explique suffisamment, l'épreuve est réussie.

Exemples de réponses satisfaisantes pour B:

"La pierre est plus dure". "L'œuf est plus mou". "L'œuf casse plus facilement". "L'œuf casse, et la pierre casse pas". "La pierre est plus pesante". "L'œuf est blanc, la pierre ne l'est pas". "L'œuf a une écale, puis pas la pierre". "L'œuf il y a du blanc et du jaune dedans, la pierre n'en a pas". "On met l'œuf dans le manger". "Un œuf c'est plus rond qu'une pierre". "Un œuf on peut casser ça, mais pas une pierre". "Un œuf c'est pour manger, pas une pierre".

Même remarque que ci-dessus pour les différences doubles, insuffisamment expliquées: "Un œuf on le fait cuire, et une pierre on la *garroche*". "Une pierre c'est dur, et un œuf on le mange".

Exemples de réponses insuffisantes:

"Une pierre c'est plus gros (ou plus petit) qu'un œuf". "Une pierre c'est carré, et un œuf c'est rond". "Un œuf c'est jaune et une pierre c'est blanc". "Un œuf c'est rond, et une pierre c'est rond des fois".

On notera que ces réponses sont partiellement vraies, mais la partie erronée de l'affirmation les rend inacceptables; la plupart des échecs sont des erreurs de volume, de forme ou de couleur; cependant, de temps à autre, on rencontre quelques réponses étranges.

Exemples de réponses satisfaisantes pour C :

“La vitre casse plus facilement que le bois”. “La vitre casse puis le bois casse pas”. “Le bois est plus fort que la vitre”. “La vitre on peut voir à travers, pas le bois”. “La vitre ça coupe, puis pas le bois”. “Le bois ça fait des échardes, pas la vitre”. “La vitre ça fond, pas le bois”. “Le bois ça brûle, mais pas la vitre”. “Le bois, il y a de l'écorce autour, mais pas la vitre”. “La bois ça pousse, puis pas la vitre”. “La vitre c'est plus pesant que le bois”. “La vitre ça brille au soleil, pas le bois”.

Encore la même remarque que ci-dessus, pour les doubles différences insuffisamment expliquées. “Le bois ça brûle, et la vitre on peut voir à travers”. “Le bois on met ça dans le poêle pour chauffer, et la vitre on met ça dans les châssis pour regarder (ou pour ne pas avoir froid), etc.”

Réponses insuffisantes: “Le bois est noir, et la vitre est blanche”. (Dans ce test, les différences de couleur ne sont pas satisfaisantes, à moins que la notion de transparence ne soit nettement exprimée.) “La vitre c'est carré, puis le bois c'est rond”. “La vitre c'est plus gros que le bois” (ou vice versa). “Le bois c'est en long et la vitre c'est carré”. “La vitre c'est mince, puis le bois c'est épais”. “Le bois ça vient des arbres, puis la vitre vient des châssis”.

Remarques: Lorsqu'une différence a été trouvée suffisante pour une épreuve, évitant tout nouvel effort mental, certains enfants s'efforcent d'utiliser la même réponse pour les autres tests. Exemple: “Un papillon c'est plus gros qu'une mouche; une pierre c'est plus gros qu'un œuf; du bois c'est plus gros que de la vitre”.

C'est une forme de stéréotypie verbale rencontrée chez les enfants très jeunes ou chez les sujets arriérés.

TEST No 6.—Reproduire un losange. (2 sur 3).

Matériel: Sur un carton, en lignes bien distinctes, on a tracé un losange dont la grande diagonale mesure 3 pouces et la petite 1 pouce et demi.

Technique: Posant ce modèle devant l'enfant, la grande diagonale vers lui, on présente un crayon et une feuille de papier, disant: “Regarde bien cette affaire-là, je veux que tu en fasses une pareille, là” (montrant du doigt un endroit sur le papier).

On demande trois essais, répétant chaque fois: "Fais-la pareille comme celle-là".

Après chaque expérience, on dit: "Est-ce qu'il est correct?" et les trois essais terminés, on demande: "Lequel est le mieux fait?"

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, lorsque deux dessins sur les trois sont aussi bien faits que ceux cotés satisfaisants à la page suivante. Le losange doit être tracé à peu près droit, et la position des diagonales respectée.

Remarque: Du doigt on montre à l'enfant le losange, en évitant d'en suivre le contour.

Terman insiste pour que le losange soit tracé à l'encre; Binet et Simon en font un test de 6 ans dans l'édition de 1921, après en avoir d'abord fait une épreuve de 7 ans dans celle de 1918, en utilisant un simple crayon; pour ma part, la technique que j'emploie est l'usage du crayon et elle me semble satisfaisante.

TEST SUPPLEMENTAIRE No 1.—Les jours de la semaine avec 2 contrôles. (2 sur 3).

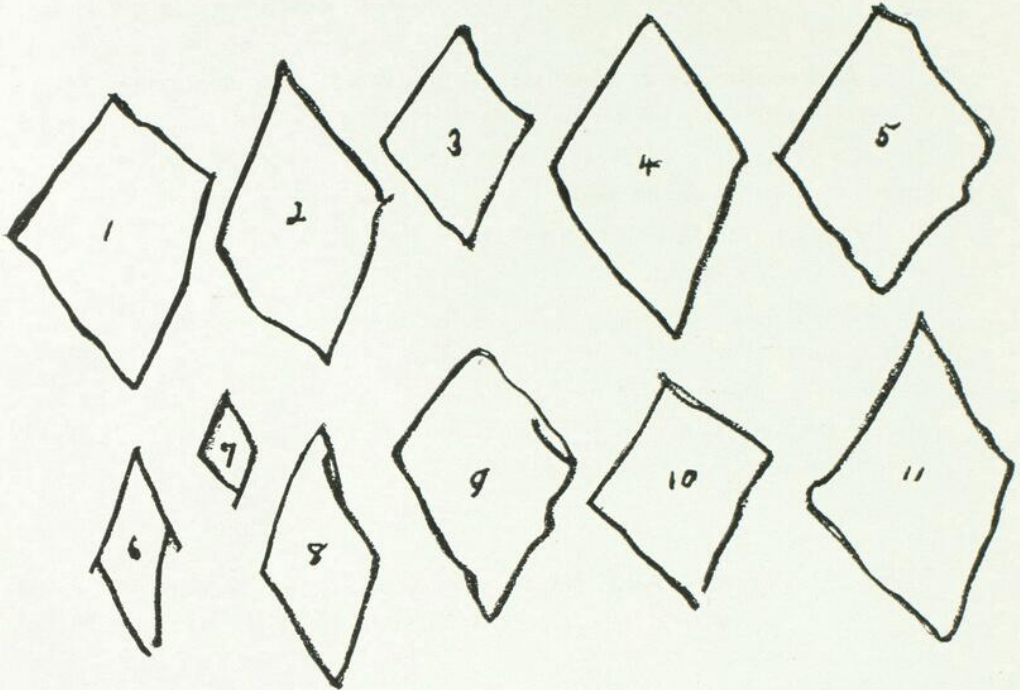
Technique: On dit: "Comme de raison, tu connais les jours de la semaine, tu vas me les dire". Quelquefois, l'enfant répondra: "Le Jour de Noël, le Jour de l'An", etc., etc. Dans ce cas, il est permis d'ajouter: "Non, ce n'est pas cela que je veux, tu vas me dire tous les jours qu'il y a dans une semaine".

Aucune explication complémentaire n'est tolérée et l'examineur doit se surveiller pour que le sujet ne puisse lire sur sa figure une marque de satisfaction ou de regret. Si les jours ont été correctement nommés, et pour savoir s'il s'agit d'une simple association automatique de mots, ou le produit d'une activité mentale réfléchie, on utilise 3 questions de contrôle, demandant: "Quel jour vient avant mardi? quel jour vient avant jeudi? et quel jour vient avant vendredi?"

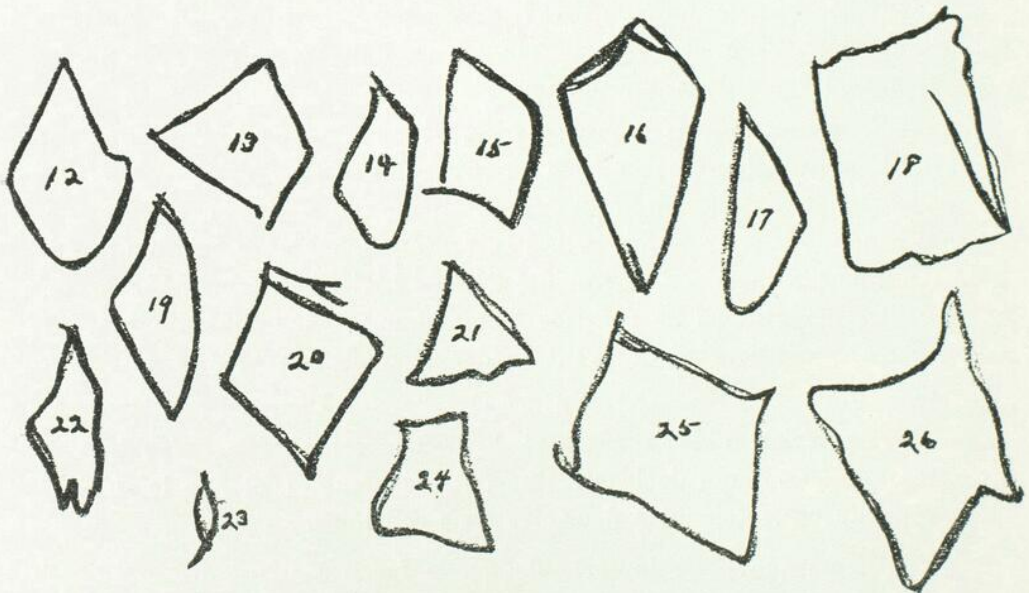
Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, lorsqu'en 15 secondes, les jours de la semaine ont été nommés, et que le sujet a répondu correctement à deux des trois contrôles.

Remarque: Peu importe de quelle façon l'enfant commence la série des jours de la semaine, pourvu qu'il les énumère tous dans leur ordre régulier.

FAC-SIMILES DU LOSANGE



1 à 11 sont satisfaisants.



12 à 26 sont des échecs.

D'après Terman: "The measurement of intelligence".

TEST SUPPLEMENTAIRE No 2.—Répéter 3 chiffres à rebours. (1 sur 3).

On utilise les groupes: 2-8-3; 4-2-7; 9-5-8.

Technique: On dit: "Écoute bien, je vais te dire des chiffres et je veux que tu les répètes à l'envers; je vais te donner un exemple pour te faire comprendre; supposons que je dise: 1-2-3, toi pour les dire à l'envers, tu vas dire: 3-2-1. As-tu compris?"

Ces instructions peuvent être répétées, et le sujet ayant compris, on dit: "Es-tu prêt, écoute comme il faut, et n'oublie pas qu'il faut que tu les dises à l'envers".

Alors, d'une voix distincte, comme pour tous tests de groupes de chiffres, on donne le premier groupe qui ne peut être répété, et les autres de la même façon.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, lorsqu'un groupe de chiffres sur les trois est répété à rebours sans erreur.

Remarque: Si le premier groupe est dit textuellement au lieu de l'être à rebours, on renouvelle les instructions; avant chaque groupe on demande au sujet d'écouter attentivement, lui rappelant qu'il doit les donner à rebours.

Parfois l'enfant dit un chiffre ou deux, puis s'arrête, ne se rappelant plus les suivants; certains arriérés tournent la difficulté en donnant n'importe quel chiffre; mais des sujets intelligents facilitent leur tâche, en divisant mentalement le groupe en sous-groupe, ainsi: 6-5-2-8, sera donné: 8-2 (pause) 5-6.

CHAPITRE XI

Instructions pour l'âge de huit ans.

TEST No 1.—Balle perdue dans un champ. (Système inférieur ou meilleur.)

Matériel: Un carton sur lequel on a tracé un cercle incomplet, d'environ 2½ pouces de diamètre, les deux extrémités, ne se joignant pas, laissent entre elles un espace vide.

Technique: On dit: "Maintenant, on va faire un petit jeu; tu as déjà joué avec une balle, tu connais ça?" "On va dire que tu jouais à la balle en plein ici (indiquant un endroit quelconque en dehors du cercle), ça, c'est un champ (l'intérieur du cercle) avec une

clôture noire autour. Sans faire exprès, tu as envoyé la balle par-dessus la clôture, elle est tombée dans le champ, elle a roulé et s'est trouvée perdue; ici il y a une petite barrière (l'espace vide), tu vas entrer avec ton crayon dans le champ et tu vas chercher la balle comme il faut, parce que tu ne sais pas à quelle place elle est au juste. Partout où tu vas passer en cherchant ta balle, tu vas marquer avec ton crayon le chemin que tu vas suivre et quand tu auras fini, moi je vais voir comment tu as fait pour la trouver." Ces instructions sont suffisantes; on évitera d'employer les mots "autour du champ", qui pourraient suggérer des recherches à type circulaire.

Parfois l'enfant explique sa méthode sans se servir du crayon, on dit: "Non, il faut que tu marques avec ton crayon, pour que je puisse voir comme il faut."

Certains enfants tracent un bout de ligne et s'arrêtent, disant: "Je l'ai trouvée". On reprend: "Mais supposons que tu ne l'aies pas trouvée, qu'est-ce que tu ferais?"

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, lorsque l'enfant fait ses recherches d'une façon systématique, et non au hasard, à la façon d'un chien qui va et vient, quêtant une pièce de gibier.

A 8 ans, le système peut être de type inférieur, c'est-à-dire, l'enfant n'a pas couvert le champ d'une façon méthodique, néanmoins on doit constater que la fantaisie seule ne l'a pas guidé dans ses recherches, mais bien un système.

A 12 ans, le même test est utilisé; pour que l'épreuve soit réussie, les recherches doivent être faites d'après un système parfait couvrant méthodiquement toute la superficie du champ.

Types d'échecs: A) L'enfant n'ayant pas compris les données ne fait aucune recherche.

B) Les ayant comprises à demi, hésite, cherche au hasard, sans système.

Les modèles ci-dessous illustrent mieux que toute description, les différents types de succès et d'échecs les plus fréquents.

TEST No 2.—Compter de 20 à 1 en 40 secondes (une erreur tolérée).

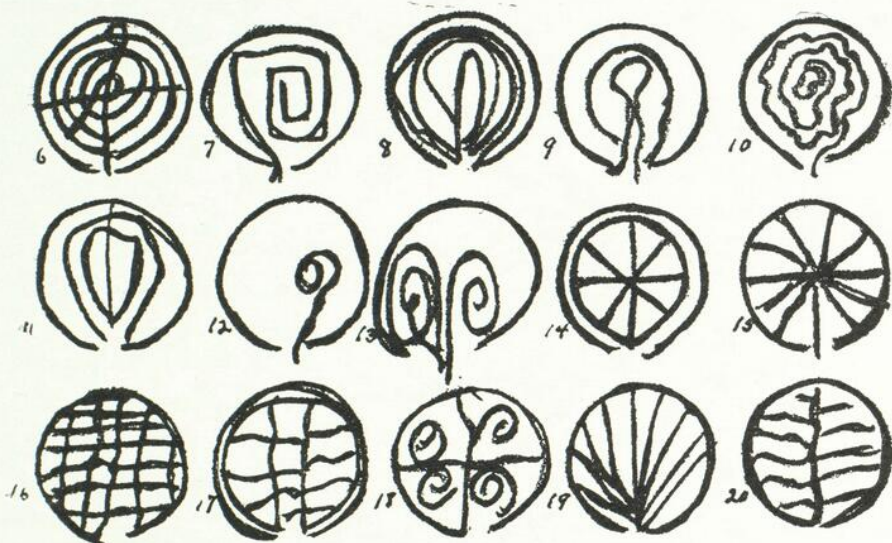
Technique: On dit: "Ecoute bien, je voudrais que tu comptes à l'envers en commençant à 20 et en descendant jusqu'à 1. Comme ça, 20-19-18... Continue maintenant."

FAC-SIMILE DE LA BALLE PERDUE

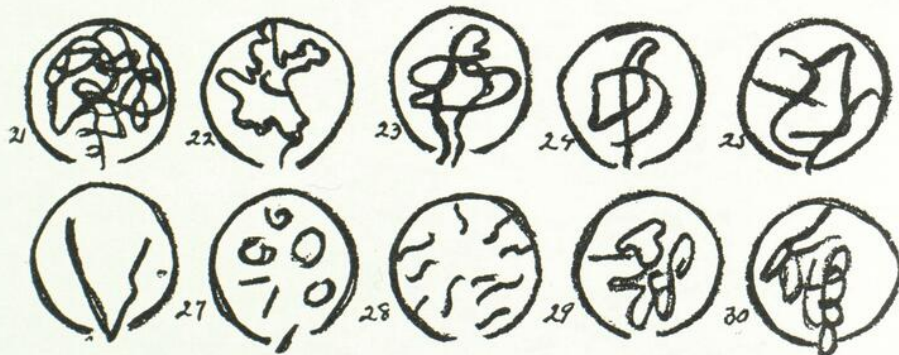
à 8 et à 12 ans



1 à 5 sont du système supérieur et valables à 12 ans.



6 à 20 sont d'un système inférieur mais suffisants à 8 ans.



21 à 30 sont des échecs.

D'après Terman: "The measurement of intelligence".

Si le sujet se dit incapable d'accomplir cette tâche, on doit insister et lui demander d'essayer.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, lorsqu'en 40 secondes, avec une erreur au plus, l'enfant compte de 20 à 1.

Remarque: Une erreur, c'est l'omission ou la transposition d'un chiffre, une faute corrigée spontanément n'est pas comptée. On n'avertit pas le sujet qu'il a un temps déterminé pour accomplir sa tâche et on ne doit pas le presser.

Ce test est en partie une épreuve d'instruction, puisqu'il faut déjà savoir compter pour compter à rebours. Mais cette inversion des chiffres a toute la valeur d'un véritable test intellectuel, tandis que compter de 1 à 20 ne serait que faire appel à une association automatique de mots qui ne demanderait aucun effort intellectuel.

TEST No 3.—Compréhension du 3e degré (2 sur 3).

Les phrases sont :

A) "Que dois-tu faire si tu as cassé quelque chose qui ne t'appartient pas?"

B) "Que dois-tu faire, si en t'en venant à l'école tu t'aperçois que tu es en danger d'arriver en retard?"

C) "Que dois-tu faire, si en jouant un ami te fait mal, à toi, mais sans le faire exprès?"

Technique: Celle des autres tests de compréhension: chaque question peut être répétée, la formule ne doit pas être modifiée et aucune explication supplémentaire donnée.

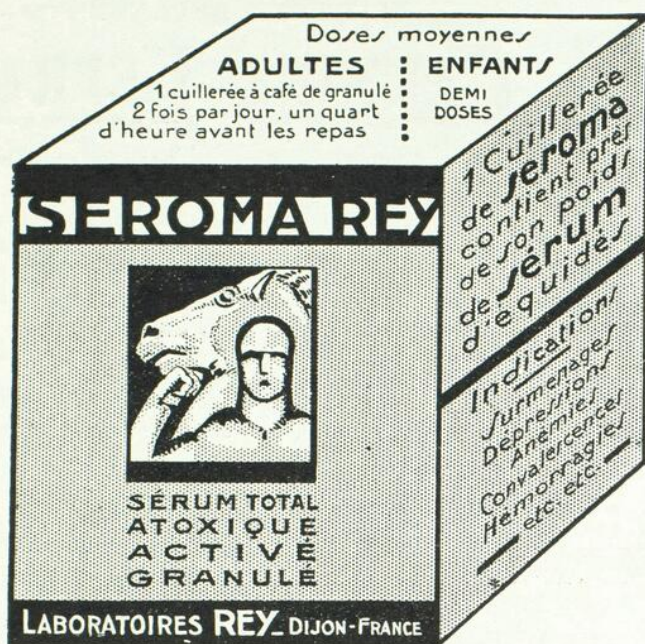
Appréciation de la réponse: Une bonne réponse pour A exprime l'idée de remplacer l'objet brisé, en acheter un autre, ou s'excuser de l'avoir brisé; un aveu sans excuses, n'est pas suffisant.

Exemples de réponses satisfaisantes pour A: "En acheter un autre"; "Le payer"; "Donner d'autre chose à la place"; "Demander à mon père de l'arranger"; "Dire que ça me fait bien de la peine, je ne l'ai pas fait exprès"; "Le remettre" (l'objet brisé remplacé par un autre).

Réponses insuffisantes: "Dire que c'est moi qui l'ai cassé"; "Le dire à ma mère"; "Le ramasser"; "C'est un péché"; "Aller à confesse"; "Le laisser à terre".

Réponses satisfaisantes pour B: "Se dépêcher"; "Courir"; "Marcher vite"; "Pas s'amuser".

J'ai obtenu, une seule fois, la réponse: "Prendre un taxi". Après enquête, le père de cet enfant était chauffeur de taxis.



SANS IODURE

SANS ALCOOL

LUDIN

SIROPGRANULES*est aussi une arme efficace**contre les ECZÊMAS rebelles, même très anciens**et la plupart des DERMATOSES***DOSES MOYENNES***pro die*

Adultes: 6 Granules ou 3 cuillerées à soupe de Sirop.

Enfants: Sirop par cuillerées à café ou à dessert, suivant l'âge.

LABORATOIRES REY - DIJON

*Echantillon et Littérature sur demande.***H. B. DE PASSILLÉ**

IMPORTATEUR

426, RUE CHERRIER,

MONTREAL

Téléphone HARbour 0373



ALIMENT & RECONSTITUANT

CARNINE LEFRANCO

pour Adultes
et pour Enfants

3 Grandeurs de Flacons

Suc de Viande de Bœuf Crue
Concentré dans le Vide et à Froid
avec addition de Sucre et de Glycérine

(NE CONTIENT PAS DE SACCHARINE)

La Carnine Lefrancq est agréable à prendre
(Aux Enfants : Une cuillerée à café par année d'âge et par jour).

CONVALESCENCES
ANÉMIE - BLESSURES
MALADIES CHRONIQUES
MANQUE D'APPÉTIT
INTOLÉRANCE
POUR LES ALIMENTS



Renferme les Ferments et les Substances alimentaires de la Viande Crue.
Bien tolérée par l'Estomac et l'Intestin.
Transmet aux aliments stérilisés les propriétés vitales des Ferments qu'elle contient.

ÉTABLISSEMENTS FUMOUBE, 78, Faubourg Saint-Denis - PARIS

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

BISMUTHOÏDOL

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

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

COMPLÈTEMENT INDOLORE

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

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

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

Exemples de réponses insuffisantes: "Aller voir le principal"; "Dire à mon professeur que je ne l'ai pas fait exprès"; "Trouver une excuse"; "Aller à l'école pareil"; "Etre puni"; "Attraper la volée"; "Pas le faire encore"; "Partir à bonne heure"; "Me lever de bonne heure".

Réponses satisfaisantes pour C: Ces réponses expriment l'idée d'excuser l'acte ou de n'en pas tenir compte. "Je ne ferais rien parce qu'il ne l'a pas fait exprès"; "Je l'excuserais"; "S'il me demandait pardon, je dirais oui"; "Je lui dirais c'est correct"; "Je continuerais à jouer"; "Je ferais comme si c'était une farce"; "Je lui dirais de faire plus attention une autre fois"; "C'est pas de sa faute, il l'a pas fait exprès".

Exemples de réponses insuffisantes: "Je me vengerais"; "Je lui donnerais la volée"; "Je lui dirais de ne pas recommencer"; "Je lui dirais de s'excuser"; "Je lui dirais que ce n'est pas une chose à faire"; "Je ne jouerais plus avec lui"; "Je le dirais à ma maman" (ou à sa mère); "Je lui dirais de s'excuser"; "J'irais le dire à la sœur" (ou au maître).

TEST No 4.—Trouver une ressemblance entre deux objets (2 sur 4).

Les mots sont: A) Bois et charbon; B) Pomme et poire; C) Fer et Argent; D) Bateau et automobile.

Technique: "Tu sais ce que c'est qu'une ressemblance, c'est quand il y a quelque chose de pareil dans deux affaires".

"Du bois et du charbon, qu'est-ce qu'il y a de pareil là-dedans?"
"Quelle ressemblance il y a?"

La première réponse obtenue, on demande les autres groupes de mots, disant: "Très bien, maintenant dans une pomme et une poire qu'est-ce qu'il y a de pareil, quelle ressemblance il y a?"

On doit quelquefois insister, si le sujet ne répond pas ou dit qu'il ne le sait pas; on ne peut donner d'explications supplémentaires ni suggérer de réponse, se contenter de répéter la question, ajoutant: "Je le sais bien que tu es capable de me dire cela, toi".

Une erreur fréquente chez l'enfant jeune, chronologiquement ou mentalement, est de donner une différence au lieu d'une ressemblance; dans ce cas, on dit: "Non, là tu me dis quelque chose de pas pareil, je voudrais que tu me dises quelque chose de pareil dans les deux".

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, lorsqu'une ressemblance quelconque est donnée pour 2 des 4 groupes de mots.

Exemples de réponses satisfaisantes pour A: "Il brûlent tous les deux"; "On chauffe avec tous les deux"; "On met ça dans le poêle ou la fournaise tous les deux"; "Ça vient de la terre tous les deux"; "C'est dur, c'est pesant, ça coûte cher tous les deux"; "On achète ça au *clos*, tous les deux".

Réponses insuffisantes: Persistance à donner des différences; incapacité de répondre; affirmations erronées: "Ils sont de la même couleur"; "Ils sont noirs tous les deux"; "Ils sont sales tous les deux"; "On peut pas les casser"; "Le charbon brûle mieux"; "Le bois est moins pesant".

Réponses satisfaisantes pour B: "Ils sont ronds tous les deux"; "Ils sont faits pareil"; "Sont de la même couleur"; "C'est pour manger tous les deux"; "On peut les faire cuire"; "Ils ont de la peau" (des noyaux, une queue, de la graine) tous les deux; "Ça pousse dans un arbre"; "C'est des fruits tous les deux".

Réponses insuffisantes: "Ça a le même goût"; "Une pomme c'est plus gros"; "La pomme est rouge et la poire est blanche".

Réponses satisfaisantes pour C: "C'est un métal tous les deux"; "C'est en fer et en espèce de fer"; (Cette réponse m'a été donnée par un enfant qui ne connaissait apparemment pas le mot métal ou minéral). "On trouve ça dans la terre tous les deux"; "Ça coûte cher, c'est pesant, c'est dur, tous les deux"; "On peut faire fondre ça"; "On peut les plier tous les deux"; "On peut faire des affaires avec ça"; "On peut frotter ça".

Réponses insuffisantes: "C'est mince" (ou épais); "Des fois c'est fait pareil"; "Ça a la même couleur"; "Ça rouille"; "On peut pas manger ça".

Réponses satisfaisantes pour D: "Ça marche tous les deux"; "Ça *runne* tous les deux"; "Ça va vite"; "Il y a un engin dans tous les deux"; "Il y a une roue pour les conduire"; "Ça se casse tous les deux"; "Il y a du bois dedans"; "Il y a des sièges pareils".

Réponses insuffisantes: "C'est noir tous les deux" (ou d'une autre couleur); "C'est gros tous les deux"; "C'est fait pareil"; "Ça marche sur des roues"; "Le bateau ça va dans l'eau et l'automobile sur la terre"; "Une auto ça va plus vite qu'un bateau"; "Un bateau ça marche avec du charbon et une automobile avec de la gazoline".

Remarques: Certains enfants normaux de 7 à 8 ans ratent parfois ce test, mais c'est sans contredit l'arriéré qui donne le plus grand nombre de réponses absurdes; de plus, il présente une tendance marquée à donner des différences au lieu de ressemblances.

TEST No 5.—Définitions supérieures (2 sur 4).

Les mots employés sont: A) Aéroplane; B) Tigre; C) Balle; D) Soldat.

Technique: On dit: "Qu'est-ce que c'est qu'un aéroplane?"

La réponse obtenue, on continue de même façon avec les autres mots; aucun commentaire est fait avant que les quatre définitions soient données. Si l'enfant ne répond pas ou hésite, la question est répétée avec des paroles encourageantes, aucune explication supplémentaire n'est permise.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, lorsque 2 des 4 mots sont définis de façon supérieure.

Les définitions supérieures comprennent:

a) Celles qui décrivent l'objet lui-même, ou quelques-unes de ses particularités (forme, volume, couleur, apparence générale, etc.).

b) Celles qui indiquent la nature, la substance dont l'objet ou une partie de celui-ci est composée.

c) Celles qui définissent l'espèce, la classe, à laquelle appartient l'objet, ou la liaison qui existe entre cet objet et ceux appartenant à d'autres espèces.

Exemples de réponses satisfaisantes pour A: "Un aéroplane, c'est une affaire qui marche dans les airs"; "C'est une affaire qui est faite en bois, ça a un moteur et ça monte dans l'air"; "C'est une grosse affaire, ça vole vite et ça mène du train quand ça passe"; "C'est fait en fer-blanc, on attache ça au plafond, on remonte ça avec une clef, et ça vole".

Réponses insuffisantes: "C'est gros"; "Un aéroplane, c'est un aéroplane".

Réponses satisfaisantes pour B: "Un tigre, c'est un animal féroce, c'est fait comme un chat"; "C'est comme un gros chat, c'est méchant, ça mange le monde"; "C'est un animal sauvage"; "C'est fait comme un gros chat"; "Ça reste dans les bois, puis ça mange de la viande".

Réponses insuffisantes: "Pour nous manger"; "Ça tue le monde"; "Il y en a dans les cirques"; "Un tigre, c'est un tigre", etc.

Réponses satisfaisantes pour C: "C'est fait en cuir pour jouer au base-ball"; "C'est en caoutchouc, on joue avec"; "C'est rond, et quand on jette ça sur le trottoir, ça *retentit*"; "Le *pitcher* *garroche* ça, et on le *batte*".

Réponses insuffisantes: "Pour jouer avec"; "Les garçons jouent avec ça"; "C'est rond"; "C'est dur"; "Une ballè, c'est une balle".

Réponses satisfaisantes pour D: "C'est un homme qui va à la guerre"; "C'est un homme courageux"; "C'est un homme qui passe et repasse, en tenant un fusil"; "C'est un homme qui écoute son capitaine et marche droit"; "C'est un homme qui va à la guerre, et tue les Allemands"; "C'est habillé en jaune, puis ça marche en rangs".

Réponses insuffisantes: "Pour tirer du fusil"; "Pour aller à la guerre"; "Un soldat c'est un soldat"; "Un soldat qui marche"; "Ça se bat"; "Ça tue le monde"; "Quand on marche et puis qu'on tire du fusil".

TEST No 6.—Définition de 20 mots.

Matériel: Au début de la campagne d'Hygiène Mentale dans le district de Montréal, le Dr Omer Noël, surintendant médical de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, nos gardes-malades psychologues, Mlles B. Bourbonnais et B. Laliberté, et moi, utilisons les termes de la Revision de Stanford traduits de l'anglais. L'expérience démontra que la traduction modifiait le quantum des difficultés, certains mots rares de la version anglaise traduits par des mots usuels dans la française, rendaient cette épreuve plus facile que l'original.

Je choisis alors les 100 mots du vocabulaire ci-dessous, pris de façon systématique, dans un petit dictionnaire Larousse, édition 1908, excepté le mot *catalogne*, du vocabulaire canadien, que je substituai au mot *thibaude*, qui a presque le même sens en France.

Pendant près d'une année, tous les enfants examinés par moi dans les écoles de la Commission Scolaire Catholique de Montréal, furent soumis méthodiquement à l'épreuve du vocabulaire traduit de l'anglais et à celle du vocabulaire canadien. Cette série d'expériences démontra que cette épreuve était 5% plus difficile que la traduction de la version anglaise et présentait à peu de chose près les mêmes difficultés que le test du vocabulaire Stanford.

Il me restait à classer ces 100 mots, du facile au plus difficile. La définition en fut demandée à 100 enfants pris au hasard, à plusieurs centaines de sujets dont le quotient intellectuel était de 60 à 80, à des premiers de classe, à un certain nombre d'adultes moyens et à environ 25 adultes supérieurs: confrères, étudiants en médecine, élèves de l'Ecole d'Hygiène Sociale Appliquée, etc.

Les 50 ou 60 premiers mots me paraissent assez bien classés, les autres le sont moins; étant plus difficiles, j'ai obtenu une diminution plus marquée du nombre des définitions, au fur et à mesure de l'épreuve; enfin, 4 ou 5 n'ont jamais été expliqués.

Littérature et

Echantillons

sur demande à

Pour procurer aux malades
**un Sommeil bienfaisant
et réparateur**

Le Sirop Gelineau

(Bromure de potassium et chloral)
est resté

LA PRÉPARATION CLASSIQUE
sûre en ses résultats, supérieure aux
hypnotiques récents;
toujours bien tolérée, son administration
ne laissant à redouter aucun accident
consécutif.

J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

Épilepsie!!

dans l'état actuel
de la Science, les

Dragées Gelineau

(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine)
demeurent toujours

**le remède le plus actif.
le plus puissant
à combattre l'Épilepsie**
J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

ROUGIER FRERES

350, rue Le Moyne,

Montréal.

Elixir-Ducro

TONIQUE RECONSTITUTIF PAR EXCELLENCE

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

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

IL EST PRESCRIT:

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

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

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

DURIEZ, Successeur de Ducro & Cie

Dépôt Général pour le Canada: ROUGIER FRÈRES, à MONTRÉAL.

OCREINE GREMY

Principe actif du corps jaune de l'ovaire.

**Traitement des Troubles menstruels
par Insuffisance ovarienne.**

*2 à 5 pilules par jour pendant les 8 jours qui précèdent les règles
et pendant leur durée.*

P. S. — Dans le cas de troubles menstruels par insuffisance ovarienne associée à de l'insuffisance thyroïdienne, employer de préférence la THYROCREINE (Association de THYRENINE et d'OCREINE).

LABORATOIRES G. GREMY, 14, rue de Clichy, PARIS.

STRYCHNAL LONGUET

Dérivé synthétique de la Strychnine
de toxicité dix fois moindre

Toutes indications de la Strychnine

Granules dosées à 1 ctgr.

Ampoules de 1 cc. à 1 ctgr.

LABORATOIRES P. LONGUET, PARIS.

VULCASE BRISSON

Comprimés laxatifs-dépuratifs
Soufre organique et opothérapie biliaire.

**Constipation. — Affections du Foie et de l'Intestin.
Dermatoses.**

Comme laxatif: 3 à 4 comprimés le soir au coucher.

Comme dépuratif: 2 comprimés le matin à jeun.

LABORATOIRES P. BRISSON & Cie, PARIS.

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

Technique: On dit: "Tu vois sur cette feuille de papier, il y a 100 mots, il y en a de difficiles pour les grands garçons (ou les grandes filles), et il y en a qui sont faciles: maintenant je voudrais savoir combien tu en connais de ces mots-là; nous allons les voir ensemble, les uns après les autres, et tous ceux que tu connaîtras, tu le diras, et quand ça sera fini, on va les compter et on va voir combien tu en connais".

TEST DU VOCABULAIRE

1—Papa	35—Député	69—Effondrer
2—Eau	36—Pelotonner	70—Finaud
3—Coucher	37—Bétail	71—Houblon
4—Allumette	38—Aurore	72—Inconcevable
5—Collier	39—Epître	73—Lutrin
6—Gaz	40—Ininflammable	74—Naturalisation
7—Jaser	41—Violence	75—Opportuniste
8—Mine	42—Rhum	76—Précepteur
9—Travail	43—Aqueduc	77—Rescinder
10—Rouge	44—Capacité	78—Superlatif
11—Cadran	45—Marine	79—Torpiller
12—Fou	46—Usagé	80—Stéréotyper
13—Citrouille	47—Renaissance	81—Purpurine
14—Sourd	48—Trompettiste	82—Dégénérescence
15—Catalogne	49—Borax	83—Fatalement
16—Année	50—Bréviaire	84—Intuitivement
17—Légume	51—Attroupement	85—Bagout
18—Passer	52—Contrister	86—Smala
19—Plisser	53—Enjoliver	87—Vénéneux
20—Taille	54—Étaler	88—Rabelaisien
21—Monnaie	55—Grenu	89—Fuselé
22—Réfléchir	56—Outrepasser	90—Basaltique
23—Moyen	57—Pétrole	91—Godiche
24—Liseur	58—Ponctuer	92—Dithyrambe
25—Ile	59—Accumulateur	93—Exérèse
26—Haleine	60—Arriviste	94—Séparatisme
27—Pile	61—Cautionnement	95—Proclitique
28—Lac	62—Croiseur	96—Octaèdre
29—Agneau	63—Chantage	97—Scabieux
30—Médecine	64—Débit	98—Noctuélien
31—Témoin	65—Chevaleresque	99—Salicaire
32—Ravaler	66—Eminence	100—Xylène
33—Malhonnête	67—Confidentiel	
34—Héritage	68—Déviation	

*
* * *

Si le sujet sait lire, une copie est placée devant lui ; l'examineur lit devant l'enfant et montre du doigt les mots les uns après les autres.

Pour les 6 premiers termes, je me contente de dire : "Un papa, tu sais ce que ça veut dire?" Si l'enfant répond affirmativement, je passe au second et ainsi de suite jusqu'au mot "jaser" que je fais définir, en disant : "Qu'est-ce que ça dire "jaser"?"

Appréciation de la réponse: Cette épreuve a pour but d'apprécier les acquis de l'examiné du côté vocabulaire ; une définition quelconque, démontrant que le mot est connu du sujet et qu'à l'occasion il pourrait l'utiliser dans son langage, est suffisante; peu importe que le sens donné soit ordinaire, ou ait une signification exceptionnelle, populaire, etc.

Si l'enfant hésite, ne sachant comment exprimer sa pensée, avec un sourire encourageant, on dit : "Tu sais ce que ça veut dire jaser ? Dis-le avec tes mots, comme tu voudras" Si le sujet prolonge son mutisme, au lieu d'insister il vaut mieux passer au mot suivant et à chaque réponse prodiguer les "Bien! Très bien! Tu en connais beaucoup de mots, toi".

On ne doit pas faciliter la tâche en utilisant le mot dans une phrase, s'en tenir exactement à la formule donnée. Toutefois, si la définition est ambiguë, on peut la faire préciser en disant : "Je ne comprends pas bien, explique mieux ce que tu veux dire". Si la réponse est manifestement mauvaise on l'accepte sans commentaires; il n'est pas permis de reprendre l'examiné pour en obtenir une meilleure.

Dans un examen très détaillé, les définitions doivent être notées verbatim, ou au moins celles qui sont particulièrement bonnes, douteuses ou défectueuses.

Lorsqu'une désignation douteuse se rapproche suffisamment du sens réel d'un mot, elle doit être comptée un demi-succès, mais habituellement il faut éviter cette façon de faire.

Remarque: Lorsque l'examiné a donné un certain nombre de définitions, mais manque dix explications consécutives, il est inutile de continuer le test.

Pour trouver le vocabulaire d'un sujet, on multiplie le nombre des succès par le chiffre 180; le résultat de cette opération est le nombre approximatif de mots utilisés par l'examiné.

Total de mots aux différents âges.

8 ans	20 mots	Vocabulaire	3600 mots
10 "	30 "	"	5400 "
12 "	40 "	"	7200 "
14 "	50 "	"	9000 "
Adulte moyen	65 "	"	11700 "
Adulte supérieur	75 "	"	13500 "

Exemples de réponses satisfaisantes :

1.—Papa: "Notre père"; "Un homme qui a des petits enfants"; "Le père de la maison".

2.—Eau: "C'est pour boire"; "Ça vient de la pompe"; "Pour se laver".

3.—Coucher: "Se coucher le soir"; "C'est pour dormir"; "Se mettre au lit".

4.—Allumette: "C'est pour allumer le poêle"; "C'est fait en bois et il y a un petit bout"; "C'est pour allumer une cigarette"; "Pour mettre le feu".

5.—Collier: Les enfants nés à la ville répondent: "C'est pour se mettre dans le cou"; "C'est un bijou"; ceux de la campagne disent plutôt: "C'est pour atteler les chevaux".

6.—Gaz: "C'est pour allumer le poêle"; "C'est pour faire chauffer le souper"; "Ça fait marcher les autos"; "C'est dans les *tanks*".

7.—Jaser: "Parler"; "Babiller".

8.—Mine: "Dans les crayons"; "C'est pour écrire"; "Pour miner le poêle"; "Comment le monde paraît"; "Pour faire sauter avec de la dynamite"; "C'est une excavation dans la terre, pour chercher des minéraux"; "Un mine, c'est un petit chat, un petit minou".

9.—Travail: "Faire quelque chose"; "C'est quand on travaille"; "On fait ça pour gagner de l'argent"; "Faire de l'ouvrage"; "Notre père travaille".

10.—Rouge: "C'est une couleur"; "C'est pour mettre sur les lèvres"; "C'est comme de la craie rouge, ou du crayon rouge" (expliquer).

11.—Cadran: "C'est pour marquer l'heure"; "C'est fait comme une grosse montre"; "C'est une espèce d'horloge"; "C'est pour voir l'heure"; "C'est pour réveiller le matin"; "Ça sonne le matin".

12.—Fou: "Il a une maladie de nerfs"; "Il est tout énérvé"; "Il ne sait pas ce qu'il fait"; "Il n'est pas bien fin"; "Il a perdu la tête"; "Il y en a à l'asile"; "Il y en a à la Longue-Pointe"; "C'est un homme qui est sur les nerfs"; "C'est un sans-cervelle"; "Il manque de certaines facultés"; "C'est un imbécile"; "Il a perdu la boule".

13.—Citrouille: "C'est un légume"; "C'est gros, c'est jaune, et on mange cela"; "On fait des confitures avec cela"; "Des tartes".

14.—Sourd: "Il n'entend pas"; "Il ne comprend pas"; "Il a les oreilles bouchées".

15.—Catalogne: "C'est pour nous *abriller*"; "C'est une couverture"; "C'est pour se couvrir"; "On met cela sur le lit"; "C'est un tapis"; "On met cela sur le plancher"; "C'est fait avec des guenilles".

16.—Année: "C'est une partie du temps"; "C'est fait avec des jours" (des semaines, des mois ou des saisons); "C'est comme en l'année 1933"; "C'est comme la première année, la deuxième année à l'école"; "Ça va du mois de janvier au mois de décembre"; "Il y a 4 saisons là-dedans"; "C'est le temps qu'on va à l'école"; "On avance tous les jours de l'année".

17.—Légume: "C'est un aliment"; "C'est pour manger, comme des choux, des carottes". (Légume est quelquefois défini: un fruit, c'est un échec.)

18.—Passer: "Quand quelqu'un passe devant nous"; "Quand ça ne reviendra plus"; "Quand on passe, c'est quand on marche"; "On est passé dans une rue"; "Quelqu'un est passé, il s'en va"; "Partir d'un endroit pour aller à un autre"; "Hier, c'est passé"; "Passer devant quelqu'un, c'est marcher devant lui".

19.—Plisser: "Faire des plis"; "Faire un ourlet"; "Quand on est vieux" (indiquant les rides); "Comme cela" (montrant les plis d'une étoffe).

20.—Taille: "Tailler quelque chose"; "Couper du linge pour faire une robe"; "La charpente d'une personne"; "C'est là la taille" (indiquant le milieu du corps).

21.—Monnaie: "De l'argent"; "Du *change*".

22.—Réfléchir: "Penser"; "C'est avec notre tête qu'on réfléchit"; "Penser avant de le dire"; "Raisonner".

23.—Moyen: "Trouver le moyen de faire quelque chose"; "Un homme qui a de quoi"; "Un homme riche"; "Pas grand et pas petit"; "Entre les deux"; "Capable de payer"; "Avoir une manière de faire quelque chose".

24.—Liseur: "Celui qui lit"; "Un homme qui lit".

25.—Ile: "De la terre entourée d'eau"; "C'est comme l'île Sainte-Hélène".

26.—Haleine: "C'est quand on souffle"; "C'est du vent qui sort de la bouche"; "Quand on a mauvaise haleine"; "C'est quand on respire"; "Courir à courte haleine"; "Il court longtemps et n'est pas essoufflé"; "Quand on court et qu'on a de l'haleine, on ne s'essouffle pas"; "Quand on vient de courir et qu'on souffle"; "C'est l'air qui sort de la bouche".

27.—Pile: "C'est comme une pile de linge, une pile de livres"; "Quand on pile des patates"; "C'est un tas, un amas"; "Mettre du linge l'un par-dessus l'autre".

28.—Lac: "C'est de l'eau entourée de terre"; "Comme le lac Saint-Pierre".

29.—Agneau: "C'est un animal"; "Comme un petit mouton".

30.—Médecine: "C'est un remède"; "C'est pour soigner le monde"; "C'est pour quand on est malade"; "C'est comme un docteur"; "C'est comme une garde-malade"; "C'est quelque chose qui peut empêcher de mourir".

31.—Témoin: "C'est quand il y a un accident, et puis, il l'a vu"; "C'est pour aller en Cour, pour dire la vérité"; "Celui qui témoigne"; "Quelqu'un qui témoigne en justice".

32.—Ravaler: "Avaler une autre fois"; "C'est quand les bas sont descendus"; "Quand il y a des plis dans les bas"; "Quand les bas sont baissés".

33.—Malhonnête: "C'est pas honnête"; "Il garde ce qu'il trouve"; "Il dit des bêtises au monde"; "Quand on vole"; "Quand on donne pas la mesure juste, quand on pèse quelque chose"; "voleur"; "polisson".

34.—Héritage: "C'est de l'argent qu'on a quand notre père meurt"; "Ça vient quand nos parents sont morts".

35.—Député: "C'est un homme haut"; "C'est comme Fernand Rinfret"; "C'est comme une espèce de maire"; "Ça fait de la politique"; "C'est un homme qui gouverne"; "Un homme qui représente un comté".

36.—Pelotonner: "Rouler de la corde, de la laine"; "Faire une boule avec de la laine".

37.—Bétail: "C'est des animaux"; "C'est un gros homme mauvais"; "Des animaux à cornes"; "Singulier de bestiaux".

38.—Aurore: "Un nom de fille"; "C'est le matin quand le soleil se lève"; "Ce qu'on voit dans le ciel au jour"; "Le lever, le commencement du jour".

39.—Epître: "Une lettre, un écrit"; "C'est dans la messe"; "L'Epître et l'Evangile"; "Une des oraisons du prêtre"; "Lettre que les apôtres envoyaient".

40.—Ininflammable: "Ça peut pas brûler"; "Ça ne prend pas en feu"; "Ça ne flambe pas".

41.—Violence: "C'est fort"; "Un homme méchant"; "Quand il vente fort"; "Comme en colère"; "Comme un poison violent, on meurt raide".

42.—Rhum: "De la boisson"; "C'est une espèce de remède" (expliquer).

43.—Aqueduc: "Ça amène l'eau à la pompe"; "Il y a de l'eau pour boire là-dedans"; "C'est comme une pompe"; "Pour transporter l'eau".

44.—Capacité: "C'est être capable de faire quelque chose"; "C'est un homme qui sait travailler"; "C'est un homme qui fait une grosse journée"; "Le contenu".

45.—Marine: "C'est pour les bateaux"; "Les bateaux sur la mer"; "C'est le métier des matelots"; "C'est un homme qui travaille sur la mer".

46.—Usagé: "Qui est usé"; "Qui a déjà servi"; "Qui n'est pas neuf".

47.—Renaissance: "Renaitre"; "Revenir au monde".

48.—Trompette: "Un homme qui joue de la trompette".

49.—Borax (ou Bora): "Ça sert pour laver"; "C'est pour faire des remèdes"; "Pour empoisonner les coquerelles"; "Pour désinfecter"; "C'est une poudre blanche".

50.—Bréviaire: "C'est un livre que les prêtres lisent"; "Les prêtres lisent dans ce livre-là"; "C'est le livre du prêtre".

51.—Attroupement: "Beaucoup de monde ensemble"; "Une troupe de monde"; "Un lot de gens qui sont en paquet"; "Bien du monde réuni".

52.—Contrister: "Rendre triste"; "Mettre quelqu'un triste".

**“J’ai employé le Morrhuate de Soude B. D. H.
avec des résultats magnifiques.”**

L. R. C. S.

Le traitement des varices par injection est maintenant un procédé de routine dans la clientèle générale; de là l’importance pour le médecin d’avoir un produit de la nature du Morrhuate de Soude B.D.H.

Le Morrhuate de Soude B.D.H. est préparé en solutions stériles de deux titrages différents — à 5% et à 10% — et son injection dans la veine ne produit aucun effet désagréable; à la vérité il est employé avec le plus haut degré de sécurité et selon l’expression citée plus haut “avec des résultats magnifiques”.

MORRHUATE DE SOUDE B.D.H.

Tous les renseignements seront fournis par

THE BRITISH DRUG HOUSES (CANADA) LTD

Dépositaires généraux: **TORONTO 2, Ont.**

SM/Can/3307F

CONTRE LES CRISES ASTHMATIFORMES

des BRONCHITIQUES CHRONIQUES et des EMPHYSÉMATEUX

et contre l’ASTHME à toutes ses périodes.

L’ÉPHÉIODINE BÉRAL

(Elixir à 3cg d’Ephédrine et Lobélie iodurée par cuillerée à café)

est une véritable PROVIDENCE

parcequ’elle

Dilate les bronches

Evite les crises

Favorise l’expectoration

Soulage toujours.

En périodes d’accès : 1 cuillerée à café le matin et 1 ou 2 cuillerées à café dès le début de l’accès.

Entre les accès : 1 cuillerée à café le matin.

LABORATOIRE DE L’ÉPHÉDRINE NATURELLE BÉRAL
194, rue de Rivoli, PARIS

Au Canada: HERDT & CHARTON, INC., 207, McGill College Avenue MONTREAL




Epilepsie

ALEPSAL

simple, sûr, sans danger

Echantillons & Littérature
 LABORATOIRES GÉNÉVRIER 2 Rue du Débarcadère PARIS.



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

Massage médical, chirurgical et hygiénique sous la
 prescription de Messieurs les Médecins
 et Chirurgiens

Masseur expert

Fernand Gatine

Diplômé de l'Ecole Française d'Orthopédie et de Massage
 de Paris.

(Reconnue de l'Etat)

916 Boul. St-Joseph, Est

MONTREAL

Tél. FRontenac 8402.

Se rend à domicile.

Heures de bureau sur rendez-vous.

- 53.—Enjoliver: “Rendre plus joli”.
- 54.—Etaler: “Etendre quelque chose”; “Montrer quelque chose”; “Installer pour faire voir”.
- 55.—Grenu: “C’est en grains”; “Comme des petits grains”; “Tout écrasés en petites miettes”.
- 56.—Outrepasser: “Aller au delà”; “Dépasser une marque”; “Passer par-dessus”; “Au delà de ses droits”.
- 57.—Pétrole: “C’est une espèce d’huile”; “On brûle ça dans les poêles”; “Pour allumer le poêle”; “C’est une matière liquide qui vient de la terre”; “Liquide qui sert à allumer”; “Ce qu’on met sur la tête pour tuer les poux et les lentes”.
- 58.—Ponctuer: “Mettre des points et des virgules”; “Mettre les signes de ponctuation”.
- 59.—Accumulateur: “C’est comme dans les autos pour le *starter*”; “Une batterie”.
- 60.—Arriviste: “C’est un homme qui se pousse pour arriver”.
- 61.—Cautionnement: “C’est de l’argent qu’un homme donne pour ne pas aller en prison”; “Déposer une somme d’argent en attendant le procès”.
- 62.—Croiseur: “C’est une espèce de bateau”.
- 63.—Chantage: “Se faire donner de l’argent par un homme qui a peur qu’on le dénonce”; “Faire payer quelqu’un au moyen de menaces de révéler quelque chose”.
- 64.—Débit: “Manière de parler”; “Le débit et le crédit”; “Le passif d’une personne”; “Les dépenses”.
- 65.—Chevaleresque: “Comme un chevalier”; “D’une manière noble”.
- 66.—Éminence: “C’est une hauteur”; “Petite montagne”; “On dit cela aux évêques”.
- 67.—Confidentiel: “Quelque chose qu’on ne doit pas dire”; “C’est une manière de secret”.
- 68.—Déviation: “C’est quelque chose qui n’est pas droit”; “Prendre une autre direction”.
- 69.—Effondrer: “Quand quelque chose se casse”; “Une maison qui tombe à terre”; “Qui s’abat”.
- 70.—Finaud: “Quelqu’un qui est fin”; “Qui est plein de tours”; “Un nom de chien ou de chat”; “Qui se croit fin”.

- 71.—Houblon: "C'est pour faire de la bière"; "Plante qu'on emploie dans la fabrication de la bière".
- 72.—Inconcevable: "Qui ne peut être conçu ou compris".
- 73.—Lutrin: "C'est une espèce de pupitre dans les églises".
- 74.—Naturalisation: "Quand un étranger devient citoyen d'un pays".
- 75.—Opportuniste: "Celui qui profite des circonstances pour arriver".
- 76.—Précepteur: "C'est une espèce d'instituteur privé".
- 77.—Rescinder: "Changer d'idée"; "Annuler un contrat".
- 78.—Superlatif: "Plus haut que comparatif".
- 79.—Torpiller: "Envoyer une torpille"; "Lancer une torpille".
- 80.—Stéréotyper: "C'est dans l'imprimerie"; "Imprimer avec des planches dont les caractères sont clichés".
- 81.—Purpurine: "Couleur rouge violet"; "Comme pourpre".
- 82.—Dégénérescence: "Dont la qualité diminue".
- 83.—Fatalement: "Qui arrive d'une manière certaine"; "Comme grave".
- 84.—Intuitivement: "Qu'on sait sans avoir étudié".
- 85.—Bagout: "C'est un homme qui parle beaucoup", "Qui a de la *parlette*".
- 86.—Smala: "C'est toute la famille"; "C'est quand il y a beaucoup d'enfants dans une maison".
- 87.—Vénéfère: "Qui contient du venin".
- 88.—Rabelaisien: "Qui se rapporte à Rabelais".
- 89.—Fuselé: "Fait en forme de fuseau"; "C'est pointu des deux bouts".
- 90.—Basaltique: "C'est une espèce de pierre".
- 91.—Godiche: "C'est un pas fin"; "Un sot".
- 92.—Dithyrambe: "C'est une espèce de poésie"; "Des compliments exagérés".
- 93.—Exérèse: "Opération chirurgicale".
- 94.—Séparatisme: "Doctrines politiques".
- 95.—Proclitique: "Se dit d'un mot qui s'appuie sur le mot suivant et lui donne son accent".
- 96.—Octaèdre: "Corps géométrique à 8 faces".

- 97.—Scabieux: "Qui se rapporte au scabies".
98.—Noctuélien: "Insectes qui ne sortent que la nuit".
99.—Salicaire: "Espèce de plante".
100.—Xylène: "Corps chimique".

A part quatre ou cinq définitions qui sont du dictionnaire, les autres ont été recueillies par mon infirmière psychologue, mademoiselle Blanche Bourbonnais, qui m'a fourni pour la compilation des réponses, un concours éclairé et un aide précieux, ou par moi.

TEST SUPPLEMENTAIRE No 1.—6 pièces de monnaie (6 sur 6).

Technique: Semblable au test 5 pour l'âge de 6 ans, mais en outre des pièces de 5, 1, 25 et 10 sous, le sujet doit nommer le billet d'un dollar et la pièce de 50 sous.

Appréciation de la réponse: L'épreuve est réussie, lorsque les 5 pièces de monnaie et le billet de 1 dollar sont nommés correctement.

Si le sujet change spontanément sa première réponse, on note la dernière, quelle qu'elle soit.

TEST SUPPLEMENTAIRE No 2.—Ecrire: "Vois le petit chat".

Technique: Présenter un crayon et dire: "Tu vas écrire ici (montrant du doigt): "Vois le petit chat".

Appréciation de la réponse: "L'épreuve est réussie, lorsque le sujet écrit la phrase lisiblement, sans aucun mot oublié ou déformé.

On ne tient pas compte des fautes d'orthographe, à moins que le mot ne puisse être lu, même phonétiquement.

On dicte la phrase en entier, sans la répéter ni la montrer, car une partie de l'épreuve repose sur la capacité de conserver le souvenir du groupe de mots entendus, pour les écrire.

FORMULAIRE

QUELQUES POTIONS DIGESTIVES

Il ne s'agit ici rien de ce qui serait utile en cas d'ulcère, soit stomacal soit duodénal — mais contre des troubles digestifs mal définis.

Mais avant de prescrire, si vous avez affaire à un dyspeptique chronique, amaigri, asthénisé, insomniaque et constipé — prenez la précaution de vérifier s'il ne s'agirait pas d'une ptose de l'estomac dans le bassin — car alors il y a conjointement et nécessairement de la ptose encore plus marquée du côlon transverse, avec amputation sous-hépatique et splénique.

Le Rayon X vous dira ces choses.

Alors dans un tel cas — les potions digestives seront sans effet tant qu'une "gastro-suspension" n'aura pas été faite d'abord.

Faites-la faire et vous serez "rapidement surpris" de ses bons résultats. Après quoi vos potions digestives seront effectives.

A. Potion digestive acide.

R	Acide nitro-muriatique dilué	12 c.c.
	Teinture de noix vomique	12 c.c.
	Sirop simple	40 c.c.
	Elixir Lactopepsine ad.	180 c.c.

Sign.: Une cuil. à dessert avec eau en finissant les repas.

B. S'il y a infection intestinale — ou entérite infectieuse nous conseillons de remplacer l'Acide Nitro-Muriatique par l'Acide Lactique.

R	Acide Lactique dilué	12 c.c.
	Teinture de noix vomique	12 c.c.
	Sirop simple	40 c.c.
	Ess. Caroiide ad.	180 c.c.

Sign.: Une cuil. à dessert avec eau après les repas.

Ces deux potions — surtout la dernière, ont légère tendance astringente.

C. Potion digestive Alcaline (Laxative).

R	Bicarbonate de soude	15 grammes
	Teinture de Rhubarbe	12 c.c.
	Teinture de noix vomique	12 c.c.
	Sirop simple	50 c.c.
	Aqua ad.	180 c.c.

Sign.: Une cuil. à dessert avec eau après les repas.
ou encore

plus douce et agréable

D.	R	Elixir Lactopepsine	50 c.c.
		Lait Magnésie ad.	180 c.c.

Sign.: Une cuil. à dessert après les repas — et répétée au besoin. L'expérience a montré l'utilité de ces potions digestives.

Eug. ST-JACQUES, M.D.,

ANALYSES

MEDECINE

Jules COTTET. — **Appréciation de l'activité fonctionnelle des reins d'après la valeur du rapport du taux de l'urée sanguine à l'urée urinaire des 24 heures.** La Presse Médicale, 22 mars 1933, p. 457.

L'auteur présente une nouvelle épreuve du fonctionnement rénal basée sur la comparaison du taux de l'urée sanguine et du débit uréique urinaire de 24 heures. Je l'appelle "*rapport uréique hémato-urinaire*". Dès 1904, Widal et Javal en avaient établi le principe lorsqu'ils appelaient *indice de rétention uréique* le rapport de l'urée sanguine à la quantité d'albumine ingérée dans le régime.

Il résulte en effet de leurs travaux, d'une part, que chez les brightiques, l'élévation du taux de l'urée sanguine ne résulte pas de l'accumulation passive de l'urée que le rein ne suffit pas à excréter, mais qu'elle est conditionnée par le jeu d'un mécanisme régulateur qui en augmente la concentration dans le sang pour vaincre la résistance du rein et, d'autre part, que le taux de l'urée sanguine n'a de valeur comme indice du pouvoir excréteur du rein pour cette substance qu'en rapport de la quantité d'albumine ingérée.

En d'autres termes, pour une teneur identique du régime en substances albumineuses, le taux de l'urée sanguine variera en rapport direct de l'insuffisance du parenchyme rénal.

L'utilisation de ces connaissances pour apprécier la valeur fonctionnelle des reins n'a pu entrer dans la pratique à cause de la difficulté d'établir un régime d'une composition invariable en albumines, et c'est pour contourner la difficulté que C. propose de remplacer dans le rapport: urée sanguine/albumines ingérées, ce dernier terme par celui: quantité d'urée urinaire des 24 heures, celle-ci étant en rapport direct de celles-là.

Dans la pratique, le rapport est établi en divisant le chiffre de l'urée sanguine en centigrammes pour mille grammes par le nombre de grammes d'urée urinaire des 24 heures. Une valeur inférieure à 2.20 est considérée comme normale. Le sang est prélevé à jeun vers 9 a. m. et les urines recueillies intégralement de 7 heures du matin au lendemain.

Cette épreuve, que l'auteur emploie depuis plusieurs années, serait supérieure à la constante d'Ambard pour apprécier exactement la valeur fonctionnelle des reins.

Cette dernière, après avoir connu à son apparition une fortune éclatante, est de plus en plus abandonnée par les cliniciens qui l'ont trop souvent trouvée en désaccord avec les données de l'observation clinique. Des auteurs: Pasteur Vallery-Radot, André Weill, ont signalé chez un même malade des variations rapides du chiffre de la constante qui ne répondaient évidemment pas à des variations de la valeur du parenchyme rénal, mais bien à des causes extra-rénales. Pour d'autres (Paulesco, Marza, Trifu), les lois de la constante sont erronées.

L.-Henri GARIEPY.

H. CHABANIER, C. LOBO-ONELL et E. LELU. — **Remarques sur l'insuline huileuse et ses indications.** La Presse Médicale, 8 mars 1933.

Les auteurs ont déjà, dans des communications précédentes, rapporté des observations où ils établissent la possibilité de traiter des diabètes graves par une préparation huileuse d'insuline dérivée des travaux de Bernhardt et Strauch. (Bull. Ac. Méd., 29 juillet 1930.)

Par cas graves, M. Chabanier entend des diabètes où, à dose très élevée, l'insuline aqueuse ne parvient pas à diminuer d'une façon notable la glycémie et laisse même persister une glycosurie, parfois avec acétonurie.

Devant de tels cas, qui ne sont pas des diabètes insulino-résistants mais les diabètes où l'insuline aqueuse donne des résultats absolument insuffisants, les auteurs ont été amenés tout naturellement à faire l'essai, avec des succès appréciables, de l'insuline huileuse.

Dans des diabètes graves où l'insulinémie était très diminuée, l'insuline huileuse non seulement a fait disparaître toutes les caractéristiques diabétiques, mais a même amélioré de façon notable l'état général.

Faut-il en conclure que l'on devrait substituer l'insuline huileuse à l'insuline aqueuse ? Non, répondent les auteurs, surtout à cause des inconvénients et même des accidents locaux imputables à l'excipient huileux.

Ce doit être une médication de réserve, lorsqu'on aboutit à une situation sans issue avec l'insuline aqueuse; non pas une médication continue, mais un traitement d'attaque, répété à intervalles aussi éloignés que possible et seulement quand les circonstances l'exigent formellement.

Gabriel LAFRESNIERE.

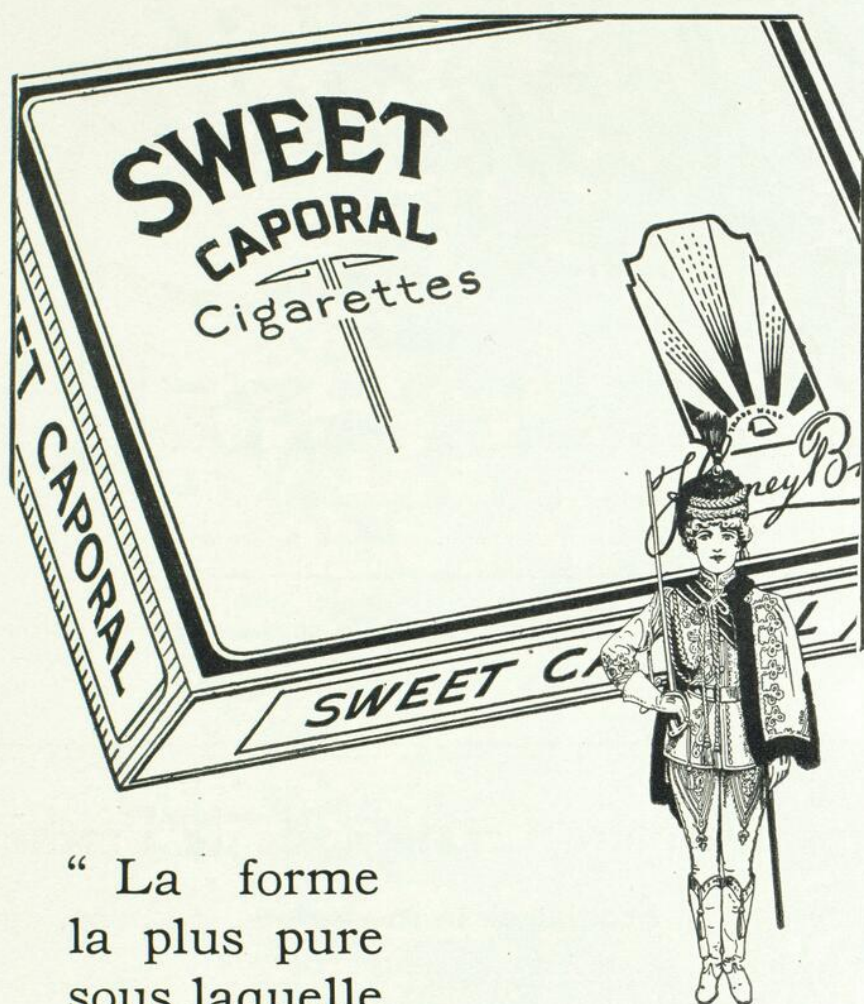
Ed. BENHAMON et N. BLOUMENZWEIG. — **Syphilis gastrique héréditaire tardive.** Arch. Mal. App. Digestif et Mal. de la Nutrition, janvier 1933.

Les auteurs français ont déjà rapporté de multiples observations se rapportant aux manifestations tertiaires de la syphilis acquise.

Pour ce qui a trait à la syphilis gastrique en général et à la syphilis gastrique héréditaire tardive en particulier, ce sont des auteurs étrangers qui lui font la plus large place.

L'observation très intéressante d'un jeune homme de 18 ans, rapportée par les auteurs, s'ajoute à celle de Pozzi, de Russell Verbrycke, d'Eusterman et de Le Wald; elle est très démonstrative surtout grâce aux renseignements radiographiques qu'elle fournit et qu'elle explique si bien l'examen clinique, au cours duquel on trouve une splénomégalie des ganglions épitrachéens, des stigmates dentaires et un état d'infantilisme, caractérisé par l'absence de pilosité, le peu de développement des organes génitaux et l'atrophie des testicules.

Le malade présentait, lors de son entrée à l'hôpital, des vomissements alimentaires qui duraient depuis trois mois, et des douleurs épigastriques vives et continues que les vomissements ne parvenaient pas à atténuer. Aucun passé génital. Wassermann négatif. Un examen du suc gastrique



“ La forme
la plus pure
sous laquelle
le tabac
peut être fûmé.”

Lancet.

COLLECTIONNEZ LES “MAINS DE POKER”

Bronchites

MATIN, MIDI et SOIR
une cuillerée à soupe de

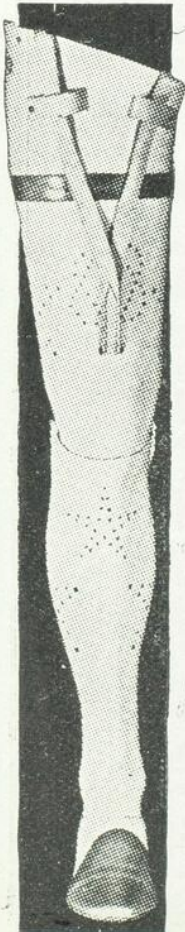
« Éliminé par les Bronches,
« le "Lacto-Crrosote Famel"
« détermine un processus inflam-
« matoire simple, qui fait réagir cet
« organe contre le catarrhe chronique. »
FERRAND.

SIROP FAMEL

Echantillons gratuits sur simple demande adressée à

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

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



Dernière Création de la Prothèse

Prodige de la mécanique moderne.

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

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



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

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

J. A. DUCKETT

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

2014, RUE BLEURY, angle Ontario
MONTREAL

Téléphone HARbour 0630

avec repas peptoné montre une absence totale de l'acide chlorhydrique libre et une acidité totale très diminuée.

Une radiographie laisse voir "un estomac de petite dimension, très haut situé, au-dessus des crêtes iliaques, présentant une altération curieuse de la grande courbure, qui apparaît fortement déchiquetée, anfractueuse, multi-lacunaire et comme irrégulièrement découpée aux ciseaux".

L'atypie des signes cliniques et radiologiques oriente d'abord le diagnostic vers la syphilis gastrique acquise ou congénitale et invite les auteurs, malgré la négativité de la réaction de Wassermann, à instituer un traitement spécifique d'épreuve, dans le but de confirmer ou d'infirmer le diagnostic clinique et radiologique que laissait, par ailleurs, suspecter une image gastrique tout à fait anormale.

Le traitement antisiphilitique consista en 10 ampoules de Muthanol, puis de 20 ampoules de Néo-Trépol injectées sans interruption à raison d'une tous les trois jours.

Le malade, entré à l'hôpital le 8 octobre 1931, voyait, dès le 8 décembre de la même année, disparaître tout vomissement de même que devenait normale la silhouette de l'estomac. Pour traiter ce malade, on n'a eu recours qu'au bismuth; et les résultats brillants et rapides montrent assez, comme le disent les auteurs, qu'il a été un traitement de choix dans ce cas de syphilis gastrique héréditaire tardive.

J.-Alfred MOUSSEAU.

CHIRURGIE

Georges LECLERC et Joseph PONT. — **De la sciatique traumatique.**
Presse Médicale, Paris, 19 avril 1933.

Ces auteurs ont observé deux cas semblables où un traumatisme qui se résume à une flexion forcée du rachis a déterminé, sans qu'il y ait eu fracture ni du rachis ni du bassin, une sciatique véritable.

Dans les deux cas, il s'agit de manœuvres qui, au cours d'accidents, furent amenées à faire des mouvements d'hyperflexion forcée du rachis. Les auteurs rappellent que les faits de sciatique traumatique e sont bien connus, mais ordinairement il s'agit d'une névralgie tronculaire par contusion directe du tronc nerveux. Mais dans les cas présents le traumatisme a consisté dans une flexion forcée du rachis. La localisation de la lésion nerveuse et le mécanisme de sa production sont bien différents.

Les deux auteurs font ensuite une revue critique de l'étiologie des sciatiques traumatiques consécutives à une lésion du rachis puis ils en arrivent à cette conclusion intéressante.

"Quoi qu'il en soit, de cette discussion sur la localisation et sur le mécanisme des lésions du nerf, il faut enregistrer les faits et retenir, au point de vue clinique et au point de vue accident du travail, qu'une sciatique peut être la conséquence d'une flexion du rachis".

E. TROTTIER.

Antoine BASSET. — **Duodénostomie à la Witzel.** Journal de Chirurgie de Paris, tome XLI, No 5, mai 1933, p. 608-697.

Les indications d'une stomie sur le duodénum selon le procédé de Witzel se trouvent réalisées suivant l'A. dans les cas particuliers suivants: a) dans les cas d'infiltration néoplasique inextirpable de l'estomac, lorsque l'étendue des lésions est telle, en hauteur, qu'elle ne permet pas de placer au-dessus d'elles une bouche de gastro-entérostomie; b) dans les cas où il est indiqué de mettre l'estomac au repos absolu, par exemple dans les brûlures gastriques graves, ou en présence de certains ulcères causant des hémorragies intarissables par des moyens médicaux.

La technique de la duodénostomie permanente sur sonde est simple. La condition nécessaire à l'aisance de son exécution est la possibilité d'amener hors du ventre toute la portion méso-colique du duodénum.

Cette intervention se décompose en 6 temps opératoires: 1° incision épigastrique médiane; 2° exploration des lésions; 3° extériorisation du genu superius et de la seconde portion du duodénum; 4° ouverture duodénale pour introduction de la sonde molle en caoutchouc No 16; 5° enfouissement de la sonde sur toute la longueur de la seconde portion sous deux replis de la paroi; 6° sutures de la paroi par des points séparés de fil non résorbable dont 3 ou 4 sont passés dans la partie la plus saillante des deux plis suturés du duodénum et suture de la peau.

Mercier FAUTEUX.

OBSTETRIQUE

André DREYFUS. — **La revision de la cavité utérine faite immédiatement après l'accouchement: ses indications, ses résultats.** (Selon les observations de l'Ecole des Sages-Femmes de Strasbourg.)

La revision de la cavité utérine à indications élargies faite immédiatement après l'accouchement.

L'auteur rapporte la ligne de conduite adoptée et suivie par M. Keller à la Maternité qu'il dirige. Le but n'est autre que d'éviter la rétention placentaire partielle sans abuser de la revision.

Si l'hémorragie survenant après l'expulsion de l'arrière-faix est d'origine utérine, l'inspection et le palper externes ne peuvent pas seuls nous faire conclure à la véritable cause des pertes sanguines.

En même temps l'examen du placenta montre: ou bien qu'il est entier, ou bien qu'il est manifestement incomplet, ou bien qu'il est simplement suspect.

L'hémorragie possible dans chacun de ces trois états peut manquer, mais toutes les fois qu'il y a hémorragie, même avec un placenta apparemment complet, la rétention placentaire est possible.

M. Keller expose le tableau des cas justifiables de la révision :

- I. Dans tous les cas où après délivrance il y a forte hémorragie.
- II. Quand le placenta est manifestement incomplet.
- III. Quand le placenta est suspect, même si la femme ne saigne pas.
- IV. Quand le placenta paraît complet et qu'il persiste un léger suintement sanguin, en autant qu'aucune lésion à l'entrée du vagin ne peut expliquer ces pertes.

L'exploration soigneuse permettra, s'il n'y a pas de rétention, de retracer toute lésion du segment inférieur de l'utérus, du col et des culs-de-sac vaginaux.

L'atonie du muscle utérin ne sera cause d'hémorragie que s'il n'existe ni rétention, ni lésion, et la main introduite dans l'utérus peut alors stimuler la contraction et la rétraction de l'utérus.

Si le placenta est suspect, l'indication de la révision s'impose. Il vaut mieux pécher par excès de scrupule et faire la révision 20 fois de trop plutôt que de laisser passer inaperçue une seule rétention cotylédonaire.

La placenta est douteux :

- I. Si l'aspect vernissé du revêtement décidual manque à certain endroit.
- II. Lorsque le placenta est déchiqueté.
- III. Lorsque le placenta est fissuré ou balaféré.
- IV. La constatation de vaisseaux tranchés à l'étalement des membranes rendant possible l'hypothèse d'un placenta succenturié.
- V. La présence d'une surface rugueuse au pourtour du placenta.
- VI. Lorsque la surface du placenta est irrégulière et bosselée.
- VII. Si la malade est accouchée à l'extérieur et que le placenta n'a pas été examiné.
- VIII. S'il y a eu décollement prématuré.

Enfin la rétention de membranes ne constitue pas une indication, sauf s'il y a soupçon du placenta succenturié.

Mais il y a lieu d'ajouter que la révision sera indiquée toujours lorsque l'on ne peut pas garantir l'intégrité des tissus après toute intervention traumatique ou lorsqu'il y a soupçon d'existence d'une tumeur utérine ou anomalie des organes génitaux.

Ce moyen de diagnostic après un accouchement est d'une grande simplicité.

L'auteur illustre ces données de belles statistiques de 200 révisions faites sur un total de 2057 accouchements, soit 9.7%.

Sur ces 2057 accouchements, aucun cas de rétention placentaire n'a passé inaperçu, ce qui paraît bien démontrer que les indications ci-haut mentionnées sont aptes à assurer la prophylaxie efficace de la rétention placentaire partielle.

Dans l'étiologie des hémorragies tardives du post-partum, en l'absence de toute rétention placentaire, Klafren attribue un rôle à la rétention du caduque.

Ceci cadre bien avec les statistiques ci-haut données, puisque chez 80% de ces accouchées qui ont subi la révision, l'involution utérine s'est faite d'une façon particulièrement rapide.

Chez les autres 20%, la mortalité a été nulle et la morbidité de 19%, mais une morbidité bénigne.

La durée d'hospitalisation des accouchées qui ont subi la revision confirme l'innocuité de cette intervention.

Et l'auteur appuie sur le fait basé sur ses statistiques que la fièvre pendant le travail ne constitue pas une contre-indication absolue à la revision utérine après l'accouchement.

Conclusion: innocuité de la revision faite immédiatement après l'accouchement; la morbidité, loin d'être augmentée, au contraire est abaissée quantitativement et qualitativement.

L'auteur décrit ensuite la technique de la revision après laquelle il supprime l'irrigation et le tamponnement intra-utérin, mais il s'assure de l'hémostase par une injection intraveineuse d'hypophysène.

Enfin, ces indications valent d'être recommandées uniquement aux cliniques, et à domicile si on peut avoir la garantie de l'asepsie de l'entourage.

J.-A. MANSEAU.

M. Joel MOGNIN et Mme ANDREANI-CONSTANTIN. — Utilisation du cobaye mâle pour le diagnostic biologique de la grossesse. Obstétrique et Gynécologie, janvier 1933.

L'idée première de ces deux auteurs a été d'obtenir une réaction à la fois *pratique* et *rapide* pour le diagnostic de la grossesse.

Elle est, 1° *pratique*, parce que le cobaye, animal-type de laboratoire, se trouve partout, et de plus cet animal étant d'un volume assez considérable, facilite davantage la lecture de la réaction.

2° *Rapide*, en effet, grâce à l'injection intra-cardiaque que ces auteurs pratiquent, ils obtiennent une réponse, dans les cas positifs, dès le 3e jour après l'injection.

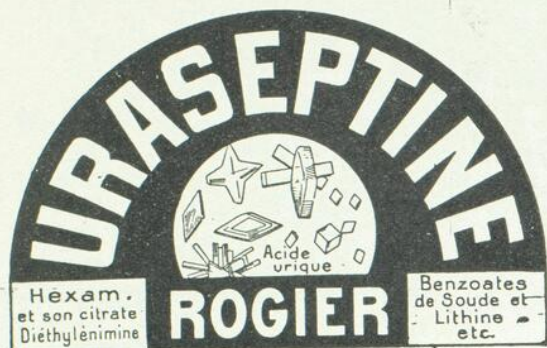
Ces deux auteurs prennent l'urine du matin, prélevée par sondage aseptique, et après avoir injecté 2 cc. de cette urine dans le ventricule gauche, l'animal est sacrifié 48 heures après. Mais dans les cas où la réponse peut attendre quelque peu, ils préfèrent faire suivre l'injection intra-cardiaque du premier jour d'une injection sous-cutanée de 3 cc. d'urine, le 2ème jour; l'animal étant sacrifié le 4ème jour, procédant toujours par comparaison sur des cobayes femelles et mâles impubères.

Voici les résultats obtenus :

Macroscopiquement, dans les cas positifs ils constatent une hypertrophie des organes génitaux (testicules et épидидymes) et une présence évidente de congestion.

Le frottis de la coupe du testicule décèle des spermatozoïdes en abondance, alors que le frottis fait sur le testicule témoin ne montre que quelques rares spermatozoïdes.

La coupe histologique montre une exagération très nette de la spermatogénèse, l'épididyme est, par places, rempli de spermatozoïdes, alors que l'épididyme témoin montre des tubes dont la lumière est vide.

ANTISEPTIQUE URINAIRE ET BILIAIRE par excellence

Se méfier des similitudes de noms

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

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

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

56 Boulevard PEREIRE, PARIS

Diathèse Urique

Arthritisme

dissout et chasse
l'acide urique

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

DOSE : 2 à 6 cuillerées
à café par jour.

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

LACTOLAXINE FYDAU

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

Traitement Biologique

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

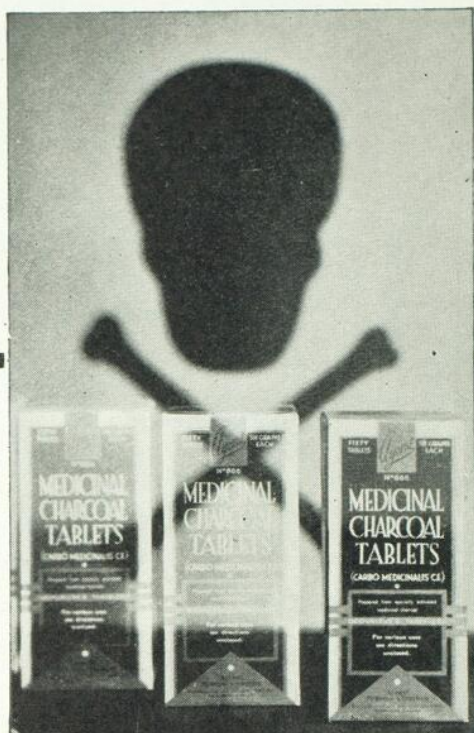
DOSE : 1 à 3 Comprimés le soir au Coucher.

LABORATOIRES BIOLOGIQUES ANDRÉ PÂRIS

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

4, Rue de La Motte-Picquet, PARIS (France).

Echantillons et Dépôt Général : **ROUGIER Frères, Montréal.**



CHARBON MÉDICINAL AYERST

(Carbo Medicinalis C.F.)

POUR L'ADSORPTION DE TOXINES ET DE GAZ

Activé d'après un procédé spécial ...

Possède un pouvoir adsorbant quarante fois supérieur à celui du charbon végétal ou animal.

La médication d'urgence dans les cas d'empoisonnement par des substances alcaloïdes telles que strychnine, morphine, atropine, etc., par les divers sels de mercure, d'arsenic, d'iode, par le permanganate de potasse, le lysol ou des champignons vénéneux.

Le **Charbon Médicinal Ayerst** est aussi préparé en comprimés de six grains qui permettent un usage commode dans le traitement de malaises d'estomac accompagnés de flatulence, de la dysenterie et de la diarrhée chez les adultes et les enfants.

Sans odeur et sans goût.

**AYERST,
McKENNA
& HARRISON
LIMITED**

MONTREAL

PHARMACIENS ET BIOLOGISTES

Envoyez ce coupon à

AYERST, McKENNA & HARRISON Limited
781, rue William, Montréal

et nous vous retournerons gratuitement un paquet de
Charbon Médicinal Ayerst.

Nom

Adresse

Les vésicules des témoins sont filiformes, celles de l'animal injecté sont triplées ou quadruplées de volume, turgescents, et laisse s'écouler une gelée épaisse, blanchâtre, contenant parfois des spermatozoïdes.

La coupe de la vésicule de l'animal témoin est à peu près sèche et à l'expression ils obtiennent difficilement un liquide séreux sans éléments de la série spermatique.

Il n'est pas nécessaire de faire l'injection aussitôt après la prise de l'urine, pourvu que celle-ci soit placée à la glacière. L'hormone peut se conserver 10 à 15 jours. Mais cette conservation nécessite au moment de l'utilisation de l'urine une filtration, car après refroidissement l'urine présente un dépôt de phosphates ou d'urates.

Ces injections intra-cardiaques n'offrent que peu de danger pour l'animal si celui-ci est rigoureusement immobilisé.

Ce qui se présente le plus souvent, c'est un état de choc que ces auteurs traitent par l'injection sous-cutanée d'un centimètre cube d'éther sulfurique et la mise de l'animal dans un endroit chaud.

C'est donc conclure que la toxicité de l'urine n'entre pas en ligne de compte pour le cobaye.

A. GIBEAULT.

GYNECOLOGIE

BRINDEAU et BIDOIRE. — Grossesse survenue après double ligature des trompes. Bull. de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, No 3, mars 1933.

Dans l'observation, les auteurs rapportent l'histoire d'une femme tuberculeuse à qui on avait fait la ligature des trompes et l'interruption de la grossesse pour lésions cardiaques et pulmonaires. Or, cette femme reuevient enceinte l'année suivante. Comme les lésions pulmonaires et cardiaques étaient grandement aggravées (B) pratique une hystérectomie sub-totale.

Cette observation montre qu'une nouvelle grossesse a pu survenir très précocement après la stérilisation, suivant le procédé Madlener, c'est-à-dire l'écrasement des trompes empiétant sur le mésosalpinx et ligature des deux plages d'évasement.

L'examen de la pièce anatomique montre la trompe gauche obturée à deux endroits, la trompe droite est cependant restée perméable. On reconnaît les deux plages d'écrasement par transparence; on voit que le fragment isolé, qui a conservé son volume et sa courbe normale, est relié au segment interne et externe de la trompe par un tout petit conduit gros comme une épingle traversant chaque plage d'écrasement.

L'ovaire, de ce côté, est volumineux et présente un gros corps jaune de grossesse. L'injection des trompes à la pommade mercurielle a montré que la trompe gauche était imperméable au 1/3 moyen de l'organe. A droite la perméabilité est parfaite.

Dans la discussion Paul Guéniot dit que les travaux consacrés à cette question ont été bien exposés au Congrès de Bruxelles en 1929. La ligature et même la résection des trompes ne donnaient pas une garantie absolue de stérilisation définitive.

L.-Arthur MAGNAN.

James C. MASSON et S. MUELLER. — **Tissu thyroïdien dans une tumeur ovarienne.** *Surgery of Gynecology and Obstetric*, mai 1933.

Le tissu thyroïdien et même les glandes thyroïdes accessoires sont assez souvent trouvés dans le cou, à la base de la langue et dans le thorax. De même, il n'est pas rare de rencontrer des masses de cellules identiques au tissu thyroïdien dans les kystes dermoïdes de l'ovaire, mais il est rare de trouver dans l'ovaire normal ou dans son association avec d'autres tissus hétérotypiques des nodules de la glande thyroïde.

En 1899, Gottschalk a décrit une tumeur ovarienne contenant des nodules thyroïdiens. Il a pris cette tumeur pour une transformation maligne d'un follicule de Graaff. A la suite, il y eu d'autres constatations dans les diverses tumeurs ovariennes, surtout dans les kystes dermoïdes.

Après cinq observations, démontrant la présence de nodules thyroïdiens dans les tumeurs ovariennes, les auteurs ont conclu: Les tumeurs d'origine thyroïdienne que l'on rencontre dans l'ovaire sont probablement des nodules de tératome. Comme ces tumeurs contiennent des tissus thyroïdiens, il est possible qu'elles soient la source d'une sécrétion de thiroxine, et dans certains cas, peuvent produire de l'hyperthyroïdisme. Dans trois tumeurs on a fait la recherche de l'iode et l'on en a trouvé une quantité appréciable.

L'hyperplasie de l'épithélium thyroïdien a été observée suivant plusieurs degrés dans toutes ces tumeurs.

Il n'y a pas eu de transformation maligne dans la série de ces tumeurs que nous avons observées.

Il existe fréquemment de l'ascite dans le Douglas.

L.-Arthur MAGNAN.

PEDIATRIE

M. VIGUERIE (de Calais). — **La dyspnée laryngée chez l'enfant.** *Le Monde Médical*, 1er mai 1933.

L'auteur, après certaines précisions anatomiques au sujet du larynx, souligne le fait de la contre-indication de la trachéotomie dans la dyspnée trachéale. Le renversement de la tête en arrière, quoique inconstant, permet de distinguer la dyspnée laryngée des dyspnées par sténose trachéale dans lesquelles la tête est penchée en avant. La radiographie permettra de reconnaître l'hypertrophie du thymus, l'adénopathie trachéo-bronchique.

Certains signes permettent d'affirmer d'emblée l'origine de la dyspnée:

1° Le larynx s'abaisse pendant l'inspiration; ceci se reconnaît en prenant comme repère la pomme d'Adam et en observant ses mouvements par rapport à la fourchette sternale.

2° Le tirage sus-sternal existe, i. e., lorsque l'enfant inspire, la fossette sus-sternale et le creux sus-claviculaire se dépriment.

3° La dyspnée est nettement inspiratoire: l'expiration n'est atteinte que plus tard avant la période d'asphyxie, la respiration devenant alors courte et superficielle, le ralentissement respiratoire ne se faisant au début qu'à l'inspiration.

Dans l'asthme, la dyspnée est expiratoire. Dans les dyspnées pleuro-pulmonaires, la respiration est accélérée, mais le larynx ne descend pas pendant l'inspiration. Dans la dyspnée pharyngée, généralement causée par un abcès rétropharyngien, il n'existe aucun bruit laryngien surajouté, aucune modification de la voix et de la toux. Dans la diphtérie laryngée, rapidement la voix et la toux changent de caractère, la dyspnée apparaît, le petit malade fait appel à tous ses muscles inspirateurs. La dyspnée peut se montrer au cours des laryngites aiguës de la grippe, des fièvres éruptives, de la fièvre typhoïde, de l'érysipèle; il est difficile de la distinguer de la dyspnée due au croup, seul l'examen laryngé tranchera la question.

Dans le faux croup ou la laryngite striduleuse, la tuméfaction de la muqueuse laryngée détermine un rétrécissement momentané de l'orifice des voies aériennes. La dyspnée peut être due à un corps étranger. La coexistence de brûlures de la bouche ou du pharynx pourra faire penser aux brûlures par liquide trop chaud; si la dyspnée est intense, on n'hésitera pas à trachéotomiser l'enfant, le tubage ne donnant que de mauvais résultats.

La dyspnée laryngée peut être due à l'existence de papillômes; à l'examen du larynx, on trouvera sur les cordes vocales de petites tumeurs neuriformes ou en chou-fleur, à insertions multiples et plus ou moins sessiles: la chirurgie et la radiothérapie doivent ici intervenir.

Il est bon de rappeler, dit l'auteur, qu'une trachéotomie faite trop haut favorise la production de sténose laryngée, et que le tubage de l'enfant nécessite une surveillance continue de l'enfant.

Gaston LAPIERRE.

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE

M. FEVRE. — Le traitement chirurgical des scolioses. La Revue d'Orthopédie, No 34, 1932.

Les interventions chirurgicales pour la correction des scolioses ont été pratiquées depuis très longtemps. Dès 1830, Guérin faisait des myotomies et, en 1889, Volkmann a préconisé des résections costales, mais ces deux variétés d'opérations ne donnèrent pas les résultats espérés. Depuis 1913, à la suite des travaux d'Albee et de Hibbs sur les ostéosynthèses vertébrales, plusieurs arthrodèses ont été pratiquées, surtout en Amérique, avec beaucoup de succès. En 1931, Hibbs publia les résultats de 350 interventions. En France, ce traitement est surtout utilisé depuis 1919 et tend actuellement à se généraliser de plus en plus.

Au début, l'arthrodèse fut surtout appliquée pour les scolioses paralytiques, mais toujours tardivement, trois à quatre ans après le début de la poliomyélite. Pour la scoliose congénitale, l'arthrodèse peut être conseillée, si la déformation lombo-sacrée est accentuée.

Les scolioses essentielles peuvent être divisées en plusieurs variétés: celles qui peuvent être corrigées ou être maintenues par un appareil orthopédique; celles qui résistent à tout appareillage; celles qui récidivent lorsque l'appareil est enlevé; les scolioses avec cyphose prononcée, et les scolioses douloureuses.

L'intervention n'est pas justifiée pour les scoliozes de la première variété mais peut être très utile pour celles de la deuxième, surtout si la déformation a tendance à augmenter. Pour la troisième variété, il faut d'abord utiliser le traitement conservateur, et s'il échoue, recourir à l'arthrodèse. Chez l'enfant, l'opération est rarement indiquée, mais chez l'adulte, elle peut rendre de grands services, en donnant d'excellents résultats.

La mortalité opératoire varie de 1 à 3%; le shock opératoire, l'infection et l'hémorragie peuvent causer la mort. L'arthrodèse donne souvent d'excellents résultats; l'état général s'améliore, les fatigues disparaissent rapidement. La correction obtenue est définitive parce que le greffon provoque presque toujours une soudure osseuse complète.

Plusieurs techniques opératoires ont été préconisées, mais la méthode d'Albee, avec légères modifications, semble donner les meilleurs succès. Les soins post-opératoires ne doivent pas être négligés; l'opéré doit porter un corset pendant deux à trois mois, en repos complet au lit. Après cette période, la marche peut être permise, mais un appareil de soutien est encore nécessaire pour une année.

Edmond DUBE.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Albéric MARIN. — **Radiothérapie locale du prurit ano-génital.** La Presse Médicale, 3 mai 1933.

Chacun sait, au moins pour en avoir entendu parler, que certains malades sont pris d'un prurit des parties génitales, qui constitue une véritable torture. Les applications médicamenteuses les mieux choisies, les régimes les mieux suivis n'y ont apporté aucun soulagement. Et les irradiations d'ultra-violets et les effluves de haute fréquence n'y ont pu rien faire. En présence de cas semblables, il faut tout d'abord évidemment en retracer la cause par un examen général et tenter de la faire disparaître. Mais il est un fait d'expérience connu, et c'est l'opinion des auteurs des plus réputés, que le traitement seul est de peu d'efficacité. Aussi, l'auteur de l'article préconise que le traitement du prurit ano-génital idéal est la radiothérapie.

Il n'y a pas très longtemps que la mise au point en a été faite. Et c'est aux Américains qu'en revient l'honneur.

La méthode a été adoptée ensuite au Canada déjà depuis plus de cinq ans, par l'auteur, avec des succès des plus encourageants.

Auparavant déjà, en France, on avait tenté de traiter le prurit ano-génital par la radiothérapie, mais on eut des accidents à cause d'une mauvaise méthode.

L'auteur s'élève avec vigueur contre les préjugés qui veulent que la radiothérapie soit une méthode dangereuse.

Paul POIRIER.

plus économique et pratique

LES COMPRIMÉS DE
QUE LES PRÉPARATIONS LIQUIDES

Codoforme

BOTTU

CALMENT LES TOUX REBELLES ET RESPECTENT L'ESTOMAC

Laboratoires **BOTTU**
35 rue Pergolèse
PARIS

HEMORRAGIES

l'Arhemapedol

GALLIER

SOLUTION ISOTONIQUE STÉRILE, DE PECTINE en CHIRURGIE

en MÉDECINE

NOUVEL HEMOSTATIQUE
Préventif et curatif
NON TOXIQUE
Sans contre-indications
Par voie buccale
Agit uniquement par
Augmentation de la
Coagulabilité du sang

LABORATOIRES **R. GALLIER**
38 Boulevard du Montparnasse

CURES TONICARDIAQUES PROLONGÉES
CARDIOPATHIES VALVULAIRES
MYOCARDITES TOXIQUES ET INFECTIEUSES
INSUFFISANCE CARDIAQUE DROITE ET GAUCHE

TONIQUE CARDIAQUE

DIGIBAÏNE

ASSOCIATION :
DIGITALINE et OUABAÏNE



GOUTTES
Laboratoires Deglaude
préparation exclusive de médicaments cardiaques

Dr L. DEGLAUDE
Docteur en Médecine — Licencié ès-Sciences
Pharmacien de 1ère classe

SOLUCAMPBRE

DELANDE

CAMPBRE SOLUBLE DANS L'EAU

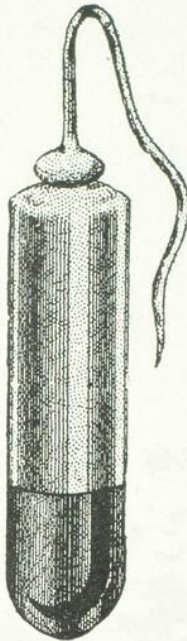
— AMPOULES
GOUTTES
COMPRIMÉS

L'ANCIENNE MÉTHODE (huile campbrée)

LA NOUVELLE MÉTHODE (campbre soluble)

Laboratoires Michel Delalande
COURBEVOIE (Seine)

EN INJECTION SOUSCUTANÉE PROFONDE
INTRAMUSCULAIRE OU INTRAVEINEUSE
OU PER OS



Informations complètes et échantillons seront volontiers fournis aux médecins qui nous les demanderont sur lettre à leur en-tête.

Important pour les médecins Spécialement les Gynécologistes

Les Gynécologistes progressifs et les médecins en général accueilleront favorablement la venue du Tampon Pond qui permet une méthode complète, sûre et facile de médication vaginale et utérine. Il combine la fonction médicale d'un suppositoire vaginal avec le support mécanique offert par un tampon de forme correcte, assurant l'application continue du médicament à la région malade et fournissant en même temps le support nécessaire.

Les médecins verront tout de suite à quels traitements divers s'adapte le tampon, mais nous signalons les lacérations, la leucorrhée, la gonorrhée, les traitements post-opératoires et consécutifs aux couches de même que les hémorragies utérines comme cas particuliers dans lesquels le Tampon Pond est un mode de traitement nouveau et efficace. On trouve quantité d'avantages uniques en traitant par les Tampons Pond.

Les Tampons Pond sont empaquetés à raison de six par boîte et se font dans les médications suivantes :

A—Composé d'Ichthyol, Glycérine et Boro-Glycéride 50%, Ichthyol 2.5%, Iodure resublimé 14%, Acide Carbolique (Phénol absolu) 5%, Hydrastis pulvérisé 1%. B—Ichthyol 10%, Glycérine et Boro-Glycéride 50%. C—Protargol et Ichthyol (chaque 2%), Glycérine et Boro-Glycéride 50%. D—Opium, Belladone et Jusquiame, Glycérine et Boro-Glycéride 50%, Opium pulvérisé 2 grains, Extrait de Belladone 1 grain, Extrait de Jusquiame 2 grains. E—Glycérole de tanin 50%. F—Composé d'Ichthyol avec Iodure d'argent, Glycérine et Boro-Glycéride 50%, Ichthyol 2.5%, Iodure 14%, Phénol 5%, Hydrastis pulvérisé 1%, Iodure d'argent (rendu soluble par Iodure de Potassium) 1%. G—Glycérine et Boro-Glycéride, Glycérine et Boro-Glycéride 50%, Iodure resublimé 25%. H—Glycérine ordinaire à base de Gélatine.

"Les TAMPONS POND sont en vente chez tous les pharmaciens grossistes au Canada".

CANADA POND TAMPON CO.

Seuls Manufacturiers au Canada

Western Distributors Ltd., Distributeurs-Grossistes, Vancouver, B. C.

Jean GATE et Pierre TIRAN. — **Etude de l'arséno-résistance.** Annales des Maladies Vénériennes, avril 1933.

On parle de plus en plus souvent de l'arséno-résistance.

De nombreuses observations ont été publiées, mais en réalité il y en a peu qui ont résisté à la critique.

Ce qui caractérise cliniquement l'arséno-résistance, c'est donc que les doses de novarsénobenzol employées autrefois avec succès et d'après des règles données ne suffisent pas toujours depuis quelques années à blanchir les syphilitiques.

Faut-il croire que des doses plus élevées que celles utilisées jusqu'ici amèneraient la disparition des syphilis résistantes ? Nous avons constaté que des traitements intensifs, maintenus aux limites de la toxicité, n'empêchaient pas l'arséno-résistance de se manifester. Et la chose est grave de conséquences.

De 1927 à 1931, les auteurs ont traité 917 cas de syphilis primaire et secondaire uniquement par le novarsénobenzol. Ils ont relevé 150 cas d'arséno-résistance, soit un pourcentage de 16.3.

Et par arséno-résistance, les auteurs ne comprennent pas l'arséno-résistance sérologique qu'ils considèrent comme une cicatrice tissulaire, ou mieux, sanguine. L'hypothèse qui vient le plus naturellement à l'esprit pour expliquer la recrudescence des syphilis arséno-résistantes est celle d'un fléchissement de l'activité actuelle des novarsénobenzols, correspondant à un changement dans leur composition.

Aussi est-il évident que le novar donne lieu beaucoup plus rarement qu'autrefois à des accidents toxiques. Queyrat suppose que les fabricants ont modifié la composition du médicament en réduisant au minimum les sous-produits toxiques.

Clément Simon a fait remarquer également que les arsénobenzènes n'étaient pas des corps parfaitement définis et qu'il pouvait y avoir des séries de fabrications différentes.

Ehrlich a montré que certaines races de tréponèmes normalement sensibles aux arsénicaux peuvent devenir arséno-résistantes. Levaditi a montré que les arsénobenzènes n'agissaient pas directement en se fixant sur les tréponèmes, comme le croyait Ehrlich, mais subissaient une transformation. Et l'on conçoit bien qu'une défaillance de l'organisme puisse créer l'arséno-résistance.

Paul POIRIER.

G. MILIAN. — **Le traitement du lupus vulgaire.** Aristote, mars-avril 1933.

On sait que le lupus vulgaire est une tuberculose cutanée; les tubercules sont facilement reconnaissables à leur couleur jaunâtre, véritables petits grains de sagou encastrés dans le derme et qui sont beaucoup plus visibles lorsqu'on pratique la vitro-pression. Comme toujours en matière de tuberculose, le traitement général a une grande importance et le lupique doit vivre dans les meilleures conditions hygiéniques. Bien des médicaments ont été employés.

La tuberculine de Koch a un inconvénient: c'est qu'elle peut réveiller des foyers tuberculeux latents; il semble que les petites doses de $\frac{1}{4}$ de mmgr. soient plus efficaces que des doses supérieures.

Les vaccins ont donné de meilleurs résultats que la tuberculine. Par contre, les sels d'or constituent un véritable médicament électif presque spécifique de la tuberculose, et d'une activité fort grande dans les tuberculides, c'est-à-dire dans les manifestations cutanées de la tuberculose.

Selon l'auteur, il ne faut pas s'attarder aux petites doses; ces petites doses sont généralement inactives et elles produisent autant d'accidents que les doses fortes. Il faut rapidement arriver aux doses de .50 et .60 ceg. par injection intraveineuse, administrée deux ou trois fois par semaine pour obtenir un bon résultat. Les sels d'or méritent donc d'être largement employés dans le traitement du lupus vulgaire.

Il est rare, toujours se'on le même auteur, que les traitements généraux assurent une guérison complète du lupus. Aussi différents traitements locaux ont été préconisés. Les Rayons X auraient donné des radiodermites mais il semble que la thérapeutique était mal dirigée.

La diathermo-coagulation est lente dans sa cicatrisation. Mieux vaut l'ancienne méthode des cautérisations ignées et des scarifications.

Paul POIRIER.

PHTISIOLOGIE

Prof. Léon BERNARD. — **Le traitement de la tuberculose pulmonaire par le thiosulfate d'or et de sodium.** Paris Médical, 7 jan. 1933.

Au 31 décembre 1931, c'est-à-dire six ans après le début, sept cent seize cas de tuberculose ont été traités par les sels d'or et bien suivis par l'auteur.

La posologie présente des difficultés; quelques-uns donnent des petites doses, d'autres préfèrent des doses fortes. Deux faits sont certains: 1° il existe une relation entre la dose et la toxicité; 2° le rapport diffère suivant les sujets et même chez un sujet suivant les moments. Des médecins ont essuyé des échecs graves avec des doses répétées de 1 gramme, tandis qu'au-dessous de ce chiffre, ces accidents ne surviennent plus. Pour les malades en évolution aiguë, le traitement d'attaque consiste en injection intraveineuse tous les six ou huit jours de 0 gr. 02 ou 0 gr. 05, suivant la corpulence du sujet; et l'auteur se rend assez rapidement jusqu'à 0 gr. 25 ou 0 gr. 50, mais il ne dépasse jamais ce dernier chiffre, et il continue ainsi jusqu'aux incidents démontrant la saturation, quitte à reprendre plus tard. Aussi les injections se donnent toutes les semaines ou deux. Chez les chroniques, les mêmes règles doivent guider le traitement d'entretien. Certains malades ont ainsi absorbé en quelques années jusqu'à 40 grammes de thiosulfate. En prenant ces précautions, ce traitement n'a pas donné de signes d'intoxication: néphrites parfois mortelles, érythrodermies cachectisantes, entérites graves.

Le premier résultat obtenu par cette méthode, c'est l'arrêt des poussées évolutives démontrant ainsi la stabilité du résultat obtenu et même la régression des lésions.

Au cours des poussées aiguës, l'auteur a obtenu 51% de résultats favorables, dans les cas chroniques 56% de résultats favorables. Pour l'ensemble, 10 à 12% de guérisons cliniques (disparition de tous symptômes, nettoyage radiologique, disparition des bacilles de Koch, le tout durant au moins six mois).

La chrysothérapie doit être tentée chaque fois qu'on a des raisons contre le pneumothorax qui, bien entendu, garde toujours ses indications précises. Seul le temps nous renseignera sur les lésions des organes éliminateurs, lésions occasionnées par la toxicité de l'or surtout chez ceux qui en ont reçu de grandes quantités. Enfin c'est au cours des poussées graves évolutives que l'aurothérapie est indiquée plutôt que dans les formes chroniques, torpides.

Paul-René ARCHAMBAULT.

A. CALMETTE. — La vaccination de la tuberculose par le BCG dans les familles de médecins. Presse Médicale, 1932, No 92.

A. Calmette a fait une enquête auprès de 282 médecins ayant vacciné leurs enfants par le BCG.

Les 280 médecins qui ont répondu sont unanimes à déclarer que la vaccination par le BCG est inoffensive.

514 enfants de médecins furent vaccinés de 1924 à 1932: de ce nombre, 7 sont morts, dont 1 de maladie supposée tuberculeuse.

Les conclusions de cette enquête ne s'appuyant que sur des observations minutieusement suivies, confirment donc celles des 46 rapports de savants étrangers publiés par l'Institut Pasteur en mai 1932 et s'énoncent comme suit:

- 1° parfaite innocuité du BCG;
- 2° diminution importante de la mortalité générale des enfants vaccinés;
- 3° suppression presque totale de la mortalité tuberculeuse dès la première année de la vie;
- 4° résistance plus grande aux maladies du jeune âge (rougeole, coqueluche, entérite, infections pneumococciques).
- 5° abandon définitif de la crainte de la possibilité d'un retour du BCG à la virulence (preuves expérimentales, nécropsiques, accidentelles).

L'auteur pense que la vaccination doit être étendue à tous les enfants qui viennent au monde, même dans les familles qui en apparence sont parfaitement saines, car nul ne sait à quelles contaminations insoupçonnées ils peuvent se trouver un jour exposés. Par contre, A. C. ne croit pas qu'il faille rendre la vaccination obligatoire, non par crainte d'un danger inexistant, mais pour des raisons psychologiques; la vaccination antituberculeuse, comme la vaccination jennérienne, doit pénétrer dans les mœurs avant d'être imposée par la loi.

André DUMONTIER.

J. HEIMBECK (Oslo, Norvège). — **Expériences avec vaccination BCG.**

L'hôpital municipal d'Oslo (3400 tuberculeux) reçoit chaque année environ 120 élèves-infirmières d'une vingtaine d'années. Dès leur entrée, toutes sont soumises à une cuti-réaction: la moitié est Pirquet négatif. Un certain nombre est alors immunisé par le BCG.

Des statistiques compilées depuis 5 ans, (soit 1927, 28, 29, 30, 31), ont permis à l'auteur d'examiner de près les vaccinations et d'en tirer des conclusions.

Les intimes répondirent positivement au Pirquet au nombre de 454; par contre, 253 ne réagirent point (négatifs).

L'auteur cherche donc à vacciner par le BCG les Pirquet négatifs. Les cas observés depuis peu ou non vaccinés étant éliminés, J. H. en étudie 164 cas. En vaccinant par le BCG, l'auteur en a vu 104 devenir positifs au Pirquet et donner une morbidité de 3; par contre, 60 sont toujours demeurés négatifs et ont donné une morbidité de 16.

J. Heimbeck déduit de son étude que :

- 1° La réaction von Pirquet semble un bon signe d'immunité.
- 2° La disposition à la tuberculose se rencontre aussi souvent chez les Pirquet positifs que chez les négatifs, quoique moins souvent chez les premiers que chez les derniers.
- 3° Le BCG vaccine contre la tuberculose quand il provoque la réaction Pirquet. Si la réaction est négative, si l'allergie n'est pas provoquée par le BCG, il n'y a pas de vaccination effective, ni immunisation contre l'infection tuberculeuse.
- 4° Le BCG est variable dans son effet et dans sa composition, d'où son action immunisante dépend d'une probabilité vaccinale.
- 5° La vaccination BCG contre la tuberculose est par conséquent de vacciner, éventuellement de revacciner, et de nouveau vacciner jusqu'à ce que l'allergie soit provoquée.

André DUMONTIER.

NEURO-PSYCHIATRIE

T. DE MARTEL, J. GUILLAUME et J. PANET-RAYMOND. — **La ventriculographie. Technique. Résultats, indications.** La Presse Médicale, 24 mai 1933, p. 41.

Les auteurs, dont notre compatriote Panet-Raymond, donnent la technique à laquelle ils ont recours en vue de l'insufflation directe de l'air dans les ventricules.

On sait que ce procédé est mis en oeuvre dans le but de rendre visibles à la radiographie les ventricules du cerveau, les ventricules latéraux et le troisième, autrement invisibles. On l'utilise tout particulièrement, quand on soupçonne la présence d'une tumeur endocrânienne ou encore quand, la clinique démontrant clairement qu'il en existe une sans toutefois en fournir des signes de localisation, on désire connaître exactement sa situation.

Les ventricules visibles, par leur déformation, leur déplacement, leur effacement ou encore leur dilatation, indiquent l'endroit où se trouve la tumeur.

On peut faire pénétrer l'air dans les ventricules, soit indirectement par ponction spinale, soit directement par pénétration de l'aiguille dans les ventricules après trépano-ponction.

Habituellement on pénètre dans la corne occipitale plus facile d'accès, par trépano-ponction de l'os occipital.

En somme, les auteurs utilisent les grands principes émis par Dandy, éminent protagoniste de la méthode. Ils y ajoutent cependant des modifications personnelles de technique, qui sont intéressantes et surtout qui sont de nature à rendre le procédé plus précis et plus malléable.

En plus, ils fournissent différents clichés de ventriculographie anormale, correspondants à des localisations diverses des tumeurs. C'est préciser, en quelque sorte, la sémiologie ventriculographique des tumeurs endocrâniennes.

Puis ils en viennent aux indications.

Il est important de savoir que la ventriculographie directe est préférable à l'encéphalographie par voie spinale, quand il y a hypertension intracrânienne marquée. Il faut reconnaître aussi que la ventriculographie directe permet un moulage plus exact des ventricules et qu'elle constitue une méthode plus dynamique en vue de l'investigation de la perméabilité des ventricules, enfin qu'elle s'applique exclusivement aux malades obnubilés ou très affaiblis chez lesquels un examen neurologique ou ophtalmologique ne peut être pratiqué et qui ne peuvent être facilement déplacés. L'injection d'air dans les ventricules n'est pas toujours un procédé dangereux. Chez les sujets qui n'ont pas de tumeur, il n'offre aucune occasion de complications sérieuses. Chez les porteurs de tumeur, il ne provoque des accidents graves qu'occasionnellement.

Ainsi, sur 300 ventriculographies, les auteurs ne mentionnent que 4 mortalités. Encore faut-il ajouter que 2 des cas de mortalités sont survenus au tout début de l'utilisation par eux de cette méthode, c'est-à-dire à une époque où ils étaient peu familiarisés avec sa technique, que les 2 autres ont été enregistrées au détriment de malades qui se trouvaient dans un état de résistance excessivement précaire.

Roma AMYOT.

Winchell McK. CRAIG et Ralph K. GHORMLY. — **La signification et le traitement de la douleur sciatique.** The Journ. of the Am. Med. Ass., 15 avril 1933, p. 1143.

Les auteurs, dans une première partie de leur travail, s'occupent de l'étiologie de la sciatgie. Ils y distinguent deux catégories: la sciatgie symptomatique ou secondaire et la sciatgie idiopathique ou primitive.

La sciatgie est souvent secondaire à une intoxication (diabète, alcool, arsenic, plomb, goutte), à la syphilis (radiculite). Elle peut être la conséquence de l'action d'une tumeur médullaire, radiculaire, vertébrale ou pelvienne, d'un processus inflammatoire ou d'une anomalie soit anatomique, soit statique de la colonne lombaire, du trou de conjugaison et de l'articulation sacro-iliaque; elle peut être encore le résultat d'un effort de posture.

Les auteurs ne mentionnent pas la métastase néoplasique vertébrale et le mal de Pott parmi ces causes de la sciatgie secondaire; ces deux facteurs sont pourtant assez fréquents, nous présumons qu'ils les incluent dans le groupe des tumeurs et des affections inflammatoires de la colonne vertébrale.

Cette catégorie de sciatgie secondaire possède une thérapeutique qui doit être appliquée à la disparition de la cause efficiente. Malheureusement, elle ne peut pas toujours atteindre le but auquel elle est destinée.

Mais il existe un groupe important de sciatgies dont la pathogénie demeure incertaine et l'étiologie, vague; c'est le groupe de la sciatgie idiopathique.

Cependant, il semble que cette affection doive être attribuée aux réactions inflammatoires des tissus conjonctifs situés sur le parcours du nerf sciatique et qui accompagnent l'arthrite rhumatismale ou infectieuse lombo-sacrée; ces réactions sont susceptibles d'irriter les fibres nerveuses du nerf à partir de la moelle jusqu'à la grande échancrure sciatique et même au delà.

Les auteurs ont traité des sciatgies ambulatoires par l'injection épidurale de 40-60 cc. d'une solution de procaïne à 1%; ils ont obtenu, par cette méthode, sur 80 malades, la guérison dans 5% des cas, l'amélioration dans 24% et un échec thérapeutique dans 22%.

La diathermie fut utilisée chez un autre groupe de ces malades ambulants. Il en résulta, sur 36 malades, la guérison dans 33% des cas, l'amélioration dans 12%, l'échec dans 55%.

La diathermie et l'injection épidurale, employées en traitement combiné, permirent l'obtention, sur 20 malades ambulants traités de cette façon, de la guérison dans 42% des cas, l'amélioration dans 10%, mais 48% restèrent non soulagés.

Chez 52 malades ambulants, la diathermie et le port d'une ceinture sacro-iliaque furent employés et 32.6% furent guéris, 17% furent améliorés et 54.4% demeurèrent sans changement.

Enfin les auteurs traitèrent un dernier groupe de ces malades ambulants par l'injection épidurale, le port de la ceinture et la diathermie et, sur huit (8) malades, 85% furent guéris, 2% améliorés et 13% demeurèrent comme ils étaient avant tout traitement.

Par contre, un traitement fut appliqué chez 28 malades hospitalisés. Il consiste dans l'emploi de la diathermie, de l'injection épidurale, dans l'injection de protéines étrangères (vaccin typhique), dans l'élimination des foyers d'infection et la double extension de Buck (8-10 livres exerçant une traction sur chaque jambe).

Quatre-vingt-cinq pour cent (85%) de ces malades furent guéris, 14% améliorés.

Enfin, dans 14 cas, on employa la même thérapeutique, l'injection épidurale en moins, et 63% furent guéris, 23% améliorés et 14% n'éprouvèrent aucun soulagement.

Ce traitement de la sciatgie idiopathique est celui qui est mis en œuvre à l'hôpital des Mayo.

Roma AMYOT.

PANCRINOL

du Dr DEBAT

AUGMENTE
LE POIDS
LES HEMATIES
LE TAUX
D'HEMOGLOBINE

AMELIORE
L'ÉTAT GÉNÉRAL

Dans tous les cas

Anémies,
Convalescences,
Surmenage.

LABORATOIRES DU Dr F. DEBAT

60, rue de Prony,

PARIS 17e

AGRIPPOL

CACHETS

Fébrifuge et analgésique

L'Agrippol est un mélange de médicaments choisis, reconnus comme des plus actifs contre la grippe, et constitue une synergie chimique et végétale et un analgésique puissant.

Formule. — Cryogénine 0.10, Salicine 0.02, Citrate de caféine 0.15, Quinquina rouge 0.05, Adonis 0.05, Piloselle 0.05, Acétanilide 0.10, Antipyrrique 0.10, Carbonate de chaux 0.10.

Mode d'emploi. — Prendre un à quatre cachets espacés des repas par vingt-quatre heures, aussi longtemps que la fièvre n'a pas complètement disparu.

Boîte de 6 cachets: \$0.25

LABORATOIRE CHOMEDY

31, Rue Caumartin, PARIS - FRANCE

Distributeurs pour le Canada:

HERDT & CHARTON Inc.

2027 MCGILL COLLEGE AVE, - - - MONTREAL

Les Lithinés du Dr Gustin

Procurent économiquement une
très bonne Eau de table
et de régime

Alcaline - Lithinée - Pétillante - Digestive

Indications :

**ACIDE URIQUE, GOUTTE, MALADIES DU FOIE, VESSIE,
PEAU, ESTOMAC, INTESTIN**

Une boîte de Lithinés contient 12 paquets suffisants
pour 12 grosses bouteilles d'un litre

Magnésie du Dr. Gustin

MAGNESIE LOURDE, ASSIMILABLE

Magnésie, active calcinée.

Ni goût, ni odeur, se dissout facilement dans l'eau.

Dose laxative : une cuillerée à thé. Dose purgative : une cuil-
lerée à soupe.

PRODUITS FRANÇAIS

LA CIE CANADIENNE DES AGENCES MODERNES

6614 DeLORIMIER

CAlumet 0257

MONTREAL

Infirmières diplômées de l'hôpital St-Jean-de-Dieu et de
l'Université de Montréal.

Spécialité: maladies nerveuses et mentales.

CHerrier 8078

Téléphones:

CLairval 1500

LE COLLEGE ROYAL DES MEDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA.

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada annonce que les examens annuels (Primaire et Final) pour le titre d'Agrégé du Collège seront tenus à Montréal du 9 au 14 octobre 1933.

Les candidats qui désireraient obtenir des renseignements au sujet de ces examens sont priés de s'adresser au docteur Warren S. Lyman, 292 rue Somerset Ottawa, Secrétaire Honoraire du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens.

M. M. les Docteurs

R. Boulet & Jules Brault

ont transporté leurs bureaux au

Numéro 418 rue Sherbrooke Est

Téléphone MARquette 7334

où ils continueront à recevoir leurs patients pour le traitement des
MALADIES des YEUX, des OREILLES, du NEZ et de la GORGE.

Antoine BASSET. — **Anesthésies rachidiennes à la percaïne.** Technique de Quarella. *La Presse Médicale*, 8 avril 1933.

L'auteur rapporte les résultats de sa pratique, négligeant les aspects chimique, pharmacodynamique et physiologique de la percaïne, du reste, traités avant lui par d'autres auteurs.

Il existe deux techniques de R. A. à la percaïne: celle de Jones, qui emploie des solutions faibles (1/1.000 à 1/2.000) et celle de Quarella, qui utilise des solutions beaucoup plus fortes (5/1.000). L'auteur se sert exclusivement de la technique de Quarella. Trois quarts d'heure avant l'opération, il injecte 0.01 gm. de morphine et un quart d'heure avant l'opération, il injecte 0.05 gm. d'éphédrine; celle-ci élève la tension artérielle de 2 divisions au Vaquez. Il pratique alors la ponction lombaire, le sujet étant en position assise, prélève environ 5 à 10 cc. de l. c. r., puis il injecte 1 à 2 cc. de la solution de Quarella; il conseille d'aspirer alors 1 à 2 cc. de l. c. r. avant d'injecter la percaïne. L'injection se fait lentement en un ou deux barbotages. Le sujet est ensuite couché sur le dos, tête fléchie par un coussin assez épais tandis que le front est recouvert de compresses chaudes pendant toute la durée de l'opération. La table sera légèrement inclinée si le chirurgien veut avoir une anesthésie un peu haute. L'inclinaison sera progressive quand le malade devra être opéré en position de Tradelenburg. L'anesthésie est complète en 15 minutes. La durée de l'anesthésie permet les opérations les plus prolongées.

Sur 250 cas sur des sujets de 20 à 75 ans, l'auteur a obtenu 178 anesthésies parfaites, 39 très bonnes, 8 bonnes, 8 médiocres, 9 insuffisantes et 5 échecs complets. Il s'est produit des incidents mineurs pendant l'anesthésie dans 4 cas seulement. Après l'anesthésie, 9 opérés ont eu quelques maux de tête, d'ailleurs très fugaces.

En somme, les avantages de ce mode d'anesthésie sont nombreux: absence de choc, anesthésie profonde et prolongée, relâchement musculaire parfait, innocuité du produit injecté et bénignité des incidents. Les insuffisances et les échecs sont plus rares qu'avec les autres méthodes de R. A.

Jean SAUCIER.

L. LARUELLE. — **Le repérage ventriculaire.** *Revue Neurologique*, fév. 1933, page 129.

L'auteur a imaginé un procédé simple de repérer les ventricules cérébraux sans avoir recours aux fortes quantités d'air comme dans la ventriculographie-modelage de Dandy. Il injecte par voie lombaire, une quantité d'air minime: 2 à 5 cc., qui atteint rapidement la partie la plus élevée des ventricules cérébraux, soit la voûte des ventricules latéraux. La radiographie, prise peu de temps après l'insufflation, permet cependant dans la plupart des cas le repérage exact du troisième ventricule, en même temps que celui des ventricules latéraux. Les taches-repères renseignent sur les déplacements et leur absence signale les blocages. La vérification du passage de l'air d'un ventricule latéral à l'autre (épreuve du transit latéral), s'exécute facilement en plaçant la tête alternativement à droite et à gauche. Des schémas

normaux permettent la comparaison avec l'image étudiée par rapport au plan sagittal et horizontal. Il s'agit d'une épreuve excessivement pratique et facile d'application. Elle ne doit pas être faite à la légère et sans raison, mais son innocuité permet d'avoir recours à elle toutes les fois que l'on présume soit une tumeur, soit des anomalies de circulation liquidienne. Elle a permis à son auteur d'établir des diagnostics qui ont été confirmés soit à la salle d'opération, soit à la nécropsie. La technique comporte en tout trois temps: 1° les préparatifs habituels de la p. l.; 2° l'insufflation d'air, le sujet étant assis et installé, tête droite, devant la plaque; et 3° la radiographie à 82 cm. de distance focale plaque, d'abord en position front-plaque, puis en position joue-plaque. La seule contre-indication sera l'hypertension marquée du l. c. r.

En résumé, voici un procédé d'emploi facile et qui constitue une épreuve à la fois dynamique et statique, puisqu'elle nous renseigne sur les conditions de circulation du l. c. r. et qu'elle situe les espaces intracérébraux.

Jean SAUCIER.

MEDECINE LEGALE

P. ENDERLE. — **Le diagnostic médico-légal de la grossesse.** Revue de Droit pénal et de Criminologie, No 4, 1933, p. 360.

Le diagnostic précoce de la grossesse a toujours été la pierre d'achoppement du médecin, spécialiste ou non: les signes maternels, qui dans la pratique médicale journalière n'apportent que des présomptions, se montrent encore plus incertains en médecine légale, où les inculpées ont tout intérêt à mentir et à cacher leur grossesse. Force nous est donc d'attendre les signes fœtaux, qui eux seuls entraînent la certitude; et le diagnostic se trouve retardé au 4ème ou au 5ème mois.

Après avoir énuméré les différents signes maternels ou fœtaux, l'auteur passe en revue les méthodes radiologiques, chimiques ou biologiques, proposées pour faire le diagnostic rapide de la grossesse. Les rayons X ne permettent pas un diagnostic précoce, l'image du squelette n'étant pas visible avant le 4ème mois.

Les méthodes chimiques, consistant en épreuve de glycosurie alimentaire et épreuve de glycosurie provoquée par la phloridzine et basées sur la moindre tolérance des femmes enceintes pour les hydrates de carbone, n'entraînent pas de certitude absolue.

Les méthodes biologiques nous apportent la solution du problème; elles sont basées sur la découverte d'Ascheim et de Zondek, qui en 1928 démontrèrent la présence dans l'urine de femme récemment fécondée, d'une substance assimilable à la sécrétion interne de l'hypophyse et qui, injectée à des souris femelles impubères, provoque des modifications de l'appareil génital caractéristique de l'état de rut.

Cette nouvelle méthode présentait tout de même certains défauts (sélection d'animaux femelles jeunes, injections répétées, examen fait 100 heures après la première injection et nécessitant des examens de coupe en série après coloration) que d'autres auteurs ont essayé d'éviter.

L. Brouha, Hinglais, et Simonnet, en 1930, injectent l'urine de femme enceinte à la souris mâle qui réagit 6 à 10 jours après l'injection, en présentant des vésicules séminales hypertrophiées remplies d'un liquide blanchâtre. Avec cette méthode, l'examen macroscopique des organes suffit, mais la nécessité de pratiquer 10 injections toutes les 24 heures en reporte la réponse au 10ème jour.

Les chercheurs se sont donc ingéniés à abréger la durée de l'expérience. R. Bourg, en 1930, applique le procédé au rat imputèbre mâle ou femelle: la lecture des modifications anatomiques se fait le 5ème jour après injection de 1 cc. d'urine toutes les 24 heures.

Enfin, A. Brouha, Friedman et Lapham en 1931, ont simplifié le procédé en injectant 5 cc. d'urine de femme enceinte dans la veine marginale de l'oreille d'une lapine de 3 mois environ, à la période de repos menstruel, et constatent 24 ou 48 heures après une turgescence et une congestion de l'ovaire.

Cette dernière méthode présente de grands avantages sur les autres procédés et serait positive dès le début de la grossesse.

L'auteur la considère comme une acquisition de valeur pour la science médicale.

Jean-M. ROUSSEL.

LABORATOIRE

Robert L. BENSON, Warren C. HUNTER, Charles H. MANLOVE. — **Rupture spontanée du coeur.** The Amer. Jr. of Path., vol. IX, 1933, pp. 295-329.

Les auteurs ont pu rassembler 40 cas de rupture du cœur sur 7,000 autopsies, à Portland. L'un des cas était vraisemblablement d'origine syphilitique. Un autre, dû à une endocardite par *Streptococcus viridans*, se produisit dans un anévrisme du sinus de Vasalva. Les 38 autres, dont quelques cas peuvent être rattachés à la syphilis, étaient secondaires à des thromboses récentes ou anciennes, à des embolies ou à l'artério-sclérose des coronaires.

L. C. SIMARD.

Allan T. KENYON. — **Les changements histologiques de la glande thyroïde du rat blanc exposé au froid.** The Amer. Jr. of Path., vol. IX, 1933, pp. 347-369.

L'absence de lumière pendant 10 ou 25 jours n'a pas apporté de changements dans la glande thyroïde du rat. L'exposition au froid pendant 10 à 25 jours a occasionné une hypertrophie, une hyperplasie, une diminution de la colloïde, et une augmentation de la vascularisation du corps thyroïde. L'administration d'iode a diminué ou empêché ces transformations.

L. C. SIMARD.



SOCIÉTÉS

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL.

Séance du 2 mai 1933.

HOPITAL ST-JEAN-DE-DIEU

Président: M. O. A. GAGNON.

Travaux scientifiques:

a) **Système explicatif d'une délirante dans un cas de psychose hallucinatoire chronique.** (présentation de malade). M. Paul LARIVIERE.

Le docteur LARIVIERE présente une histoire de cas très détaillée et la malade elle-même vient donner une démonstration de ses conceptions mentales.

M. LARIVIERE discute la pathogénie de cette variété de psychose chronique et en vient à la conclusion que: quoique les pratiques mystiques peuvent aider à désagréger un esprit déjà affaibli, ces psychosés cherchent plutôt un système philosophique pour expliquer les hallucinations pré-existantes.

M. DeBELLEFEUILLE commente l'observation de M. LARIVIERE et croit que les conclusions sont justes.

b) **Hydrocéphalie.** (présentation de malades). M. J. C. LAROSE.

M. LAROSE donne une description clinique complète de cet état anormal et en discute la pathogénie, les symptômes physiques et psychiques, et termine en présentant trois cas très démonstratifs de cette anomalie.

M. GAGNON demande quel serait le résultat du traitement par ponctions lombaires.

M. BOULAIS demande quel est le traitement indiqué dans ces cas.

En réponse:

M. LAROSE: Qu'il y aurait danger quelquefois à employer la ponction lombaire, car il y aurait forte décompression. En somme, il n'y a aucun traitement efficace de cette affection.

c) **Arsénicaux pentavalents et examen du fond de l'oeil.** M. G. LOIGNON.

M. LOIGNON discute les valeurs respectives des dérivés originaux trivalentes et pentavalents dans les lésions spécifiques tardives du système nerveux. Il en discute les inconvénients et illustre ceux-ci en présentant quatre malades souffrant de cécité post-arsénothérapique. Il termine en insistant sur la très grande importance de l'examen oculaire avant et durant les périodes de traitement.

M. BOULAIS: Y a-t-il des cécités qui régressent.

M. ROBERT: Peut-on traiter un bébé à l'acétylarsan sans danger;

M. BARBEAU: a traité soixante et dix cas de spécificité nerveuse par l'impaludation en utilisant comme médication adjuvante le mutanol et le stovarsol, sans complication visuelle.

M. LOIGNON croit que les pentavalents doivent être employés surtout dans le traitement de la paralysie générale et du tabes.

M. LEGRAND: La cécité peut régresser particulièrement, mais peut aussi apparaître tardivement, trois mois après le traitement.

ANTIPHLOGISTINE

Il est un fait bien avéré que lorsqu'il y a absorption de la chaleur par les tissus, celle-ci se transforme en une certaine forme d'activité cellulaire. Les effets de la chaleur sont incalculables. Grâce à son procédé d'hyperémie— inflammation, congestion, etc. — la nature subjugué la maladie, et l'application locale de la chaleur lui aide dans sa lutte contre un processus morbide.

L'hyperémie accroît le métabolisme local et général du corps. Elle a sur les bactéries une action débilante et destructive et, en attirant plus de sang dans l'organe malade, elle augmente la résistance des tissus et contribue à leur régénération.

Il semble donc qu'il ne soit pas nécessaire d'appuyer sur les raisons pour lesquelles l'Antiphlogistine rencontre tant de succès et pourquoi elle est devenue indispensable dans la pratique médicale moderne. L'hyperémie active qu'elle détermine en fait un agent thérapeutique idéal pour le soulagement de l'inflammation des tissus internes, ou superficiels. Appliquée dans le traitement des affections des voies respiratoires, tant inférieures que supérieures, elle entrave l'évolution progressive et augmente les moyens naturels de défense.

Dans le groupe des affections rhumatismales, il n'existe peut-être pas de remède qui exerce une action plus adoucissante et sédative que l'Antiphlogistine, tout en aidant à la restauration des mouvements aux jointures et aux doigts ankylosés. En outre, à cause de sa haute teneur en glycérine et de ses propriétés thermogéniques, relaxatives et bactériostatiques, ce topique fait merveille, employé en applications intravaginales, dans les cas de cervicite et endocervicite.

IODONE ROBIN

GOUTTES

INJECTABLE

R.C. 221839

ARTHRITISME - ARTÉRIO-SCLÉROSE

ASTHME, EMPHYSÈME, RHUMATISME, GOUTTE

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

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

Reconstituant physiologique
Reminéralisation
Polyopothérapie

OPOCALCIUM
 Du Dr GUERSANT

**Cachets, comprimés,
 granulé.**

**Opoalcium arsénié,
 Cachets.**

OPOCALCIUM IRRADIÉ

Ergostérine irradiée (Vitamine D). Associée au
 complexe endocrino-minéral de l'Opoalcium
(CACHETS, GRANULÉ, COMPRIMÉS).

Laboratoires de l'Opoalcium — A. RANSON, Dr en Phcie, — 121, Ave. Gambetta, Paris (20e).

DEPOT GENERAL POUR LE CANADA:

MILLET, ROUX & LAFON Ltée

1215, RUE SAINT-DENIS, MONTREAL.

Tél. MArquette 8495

TROUBLE DE LA MENOPAUSE

INSUFFISANCE OVARIENNE

Maladies du Système Veineux, Varices, Phlébites, Hémorroïdes

Pléthore par Stase Veineuse

1° Simple

Hamamelis
 Marron d'Inde
 Condurango
 Viburnum
 Anémone
 Sénéçon
 Piscidia

INDHAMELINE LEJEUNE

Deux formes : Simple, Pluriglandulaire

20 à 30 Gouttes dans un peu d'eau avant chaque
 repas (20 jours par mois)

Littérature et Echantillon médical

2° Pluriglandu-

laire :
 Hypophyse
 Ovaire
 Surrénale
 Thyroïde
 et principes
 végétaux de
 l'INDAMELI-
 NE LEJEUNE
 simple.

Laboratoire: A. LEJEUNE, 12, rue Emilino Castelar, Paris (12e) R. C. Seine No 111.464

INDICATIONS

—
 Artério-Sclérose
 Affections cardiaques
 Emphysème, Asthme
 Obésité
 Goutte, Rhumatismes
 Lymphatisme, Scrofule
 Faiblesse générale
 Accidents spécifiques

Combinaison Physiologique
 de **PEPTONE ET D'IODE**
 entièrement assimilable

PEPTONE IODEE
LER Y

Gouttes titrées et concentrées mieux tolérées
 que les Iodures

Cinq gouttes contiennent un centigramme d'Iode com-
 biné à la Peptone

Agent Général pour le Canada: J. A. HARRIS, MONTREAL.

M. SABETTA croit que les pentavalents agissent mieux dans la paralysie générale que dans le tabes.

M. LOIGNON emploie surtout le théobismol.

d) **Auto-mutilation et corps étrangers.** (présentation de malade). M. Eug. DUFRESNE.

M. DUFRESNE présente l'histoire de cas d'une malade internée à l'hôpital qui a dû subir trois interventions pour corps étrangers à différents endroits de son anatomie. M. DUFRESNE fait ressortir la grande fréquence de ces perversions du goût chez les aliénés, et au moyen de radiographies il nous fait voir la localisation stomacale d'une cuiller, objet de sa dernière intervention.

M. SAVOIE demande s'il y a souvent absorption d'épingles.

M. DeBELLEFEUILLE insiste sur la fréquence de corps étrangers dans la vessie. Ces corps provoquent de la cystite.

M. DUFRESNE n'a jamais été appelé à enlever des épingles dans le tube digestif chirurgicalement.

e) **Tumeurs hypophysaires.** (présentation de malade). M. Emile LEGRAND.

M. LEGRAND présente l'histoire de cas d'un malade, faisant ressortir les symptômes de céphalée, de cécité, d'obésité et de diabète insipide. La tumeur a été confirmée par la radiographie et traitée radiologiquement.

M. LEGRAND insiste sur le diagnostic précoce de ces tumeurs et croit que dans tous les cas de céphalée il est indiqué de faire un examen du fond de l'œil afin de savoir s'il y a hypertension intracrânienne, et ainsi permettre un traitement précoce qui empêcherait les symptômes visuels définitifs.

M. ROUX demande comment on explique l'hypertension intracrânienne et quel est le rapport entre la pression intracrânienne et la pression artérielle.

M. LEGRAND: Il n'y a aucun rapport entre la pression intracrânienne et la pression artérielle. L'hypertension intracrânienne aurait deux mécanismes: 1° une tumeur augmentant de volume rapidement, et 2° une hyper-sécrétion du liquide céphalo-rachidien.

f) **Lupus.** (présentation de malade.) M. G. RAVENELLE.

M. RAVENELLE présente un cas qu'il a dû interner à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu non seulement à cause d'un état de débilité mentale, mais surtout à cause d'un état physique qui l'empêche de vivre parmi ses concitoyens. Il s'agit d'un jeune homme atteint d'un lupus dans le jeune âge qui est complètement défiguré. Cet état est tel qu'il y a obligation de l'isoler même dans un centre comme Saint-Jean-de-Dieu.

M. GERIN-LAJOIE demande s'il n'y aurait pas lieu d'intervenir au point de vue plastique. Il mentionne les travaux du docteur Sheehan, récemment venu à Montréal.

M. GRENIER croit que le radium pourrait agir dans une certaine mesure sur ces cicatrices keloïdes.

M. GAGNON demande quelle est l'opinion du chirurgien de la maison, M. Dufresne.

M. DUFRESNE dit qu'il considère actuellement ce cas et que probablement il tentera quelques petites interventions palliatives.

M. LAHAISE: L'intervention est-elle possible dans ce tissu cicatriciel ?
 M. GAGNON: Les autoplasties en tissu cicatriciel réussissent souvent.

g) **Psychométrie.** MM. G. DeBELLEFEUILLE et P. LARIVIERE.

Le psychopathe peut se présenter sous trois aspects:

- 1) Diminution des facultés intellectuelles;
- 2) Exaltation des facultés intellectuelles;
- 3) Perversion des facultés intellectuelles.

Dans la diminution nous trouvons trois grandes classes:

- 1° Diminution par arrêt de développement;
- 2° Etat confusionnel;
- 3° Déchéance progressive.

Par arrêt de développement nous avons considéré les idiots, les imbéciles et les débiles.

Il faut classer ces différents cas et il existe une méthode psychométrique qui a débuté par les travaux de Binet et Simon. Il s'agit d'établir le rapport entre l'âge réel et l'âge mental. Le docteur DeBELLEFEUILLE, au moyen de schémas, donne une description complète de la méthode employée pour établir un quotient intellectuel.

Le docteur LARIVIERE donne les statistiques qu'il a pu établir à l'école Gamelin.

M. JARRY félicite MM. DeBELLEFEUILLE et LARIVIERE et les remercie pour leur collaboration appréciée à la Commission Scolaire de Montréal.

M. BARBEAU, en quelques mots, fait ressortir la très grande valeur scientifique de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, et M. GAGNON remercie au nom de la Société Médicale de Montréal.

M. Hervé Gibeault est élu membre titulaire de la Société.

Louis FORTIER,

Secrétaire de Séances.

Séance du 16 mai 1933.

UNIVERSITE DE MONTREAL

Président: M. O. A. GAGNON.

Travaux scientifiques:

a) Le docteur ST-JACQUES s'excuse de ne pouvoir présenter son travail à cette séance et est remplacé par le Docteur SAUCIER qui donne une description de **la maladie de Friedrich**, avec présentation de malade. Il s'agit d'une maladie héréditaire et familiale qui a pour base une lésion scléreuse combinée de la moelle épinière. Il s'agit d'une atteinte des cordons postérieurs et latéraux. Cliniquement, une démarche ataxique, une scoliose, intelligence intacte, les réflexes tendineux sont abolis et il existe un signe de Babinski.

Discussion:

M. MENARD: Y a-t-il radiculite dans ces cas ?

M. SAUCIER: Il n'existe jamais de trouble sphinctérien ou de douleur dans la maladie de Friedrich.

b) **Méthode personnelle d'arthrodèse de la colonne vertébrale.** M. A. BELLEROSE.

M. BELLEROSE présente une nouvelle méthode d'arthrodèse de la colonne vertébrale. Ce procédé simplifie considérablement l'opération employée jusqu'ici pour obtenir l'ankylose de plusieurs vertèbres. Il obvie aux inconvénients présentés par la méthode d'Albee qui nécessitait des interventions sur deux champs différents, et à la méthode de Hibbs qui demande un grand délabrement avec hémostase laborieuse.

La méthode consiste à prélever des greffons à même les apophyses épineuses et à remettre en place ces greffons d'une façon inversée, de sorte qu'au niveau de la colonne dorsale et cervicale ils affectent avec la partie restante de l'apophyse la forme de croisillons, tandis qu'au niveau de la colonne lombaire ils occupent l'espace interépineux.

Pour démontrer les bons résultats du procédé, le docteur BELLEROSE présente une série de radiographies prises à différents intervalles chez un malade qu'il a eu l'occasion d'opérer. A l'examen de ces radios on constate un pont osseux qui augmente progressivement et donne une consolidation satisfaisante.

Discussion:

M. GAGNON remercie M. BELLEROSE pour son travail original et personnel, et croit que cette méthode d'arthrodèse mérite d'être étudiée.

M. LANGEVIN croit que l'on devrait faire connaître aux médecins et au public en général les nouvelles techniques qui sont écrites par les membres de la Société.

M. GAGNON croit que le Bulletin de la Société Médicale pourra répondre à ceci dans une certaine mesure.

M. GERIN-LAJOIE suggère que l'assemblée passe une résolution afin que le Comité Exécutif de la Société s'occupe de la question de publicité.

c) **Discussion anatomique et physiologique de la surrénale.** Le Prof. E. C. ASSELIN.

Le prof. ASSELIN, dans une troisième leçon ayant pour sujet les glandes endocrines, fait ressortir la grande importance de la glande surrénale qui n'est secondaire qu'à la glande thyroïde. Il en donne une description anatomique et insiste sur son origine embryologique. La glande surrénale provient de deux ébauches: une ébauche épithéliale et l'autre du sympathique, donc deux parties à la glande surrénale, l'une périphérique corticale et l'autre, centrale-médullaire.

Le docteur ASSELIN donne une description détaillée de ces deux zones:

1) Substance corticale qui comprend trois zones, glomérulée, fasciculée et réticulée. Il donne les différentes interprétations histo-physiologiques de ces différentes zones. Il insiste sur les fonctions de la corticalité: 1° un rôle important dans le métabolisme de la cholestérine; 2° une relation avec la fonction génitale; 3° un rôle neutralisateur des produits toxiques de source endogène et exogène.

2) La médullo-surrénale. Il n'y a aucun doute que la médullo-surrénale est autant en relation au point de vue fonctionnel avec le système sympathique qu'elle l'est quant à son développement. Si nous comparons les effets produits par l'injection d'adrénaline sur les organes innervés par le sympa-

thique, nous obtenons les mêmes effets que ceux qui se manifestent par l'excitation directe du sympathique, ainsi les effets sur l'œil, le cœur, les bronches, l'intestin, le foie, la vessie, l'utérus, la peau, les artérioles et les muscles squelettiques.

De nos jours on est arrivé à produire par synthèse une substance s'appelant épinine et dont les effets égalent ceux de l'adrénaline.

Le docteur ASSELIN fait alors une description détaillée des emplois de l'adrénaline dans le diagnostic des états endocrinien et neuro-végétatifs.

Discussion:

M. LANGEVIN demande s'il y a une base scientifique à la proposition avancée par certains médecins qui dit qu'en administrant de l'adrénaline au début d'une grossesse on pouvait obtenir des garçons.

M. ASSELIN: Il n'y a actuellement aucune démonstration scientifique de ce fait.

M. ROUX: L'adrénaline est-elle détruite dans le tube digestif? Il croit avoir pu obtenir des résultats en l'employant par la touche, et il emploie l'adrénaline en injections dans les états de chocs post-partum.

M. ASSELIN: L'ingestion d'adrénaline donne peu d'effet car cette substance est oxydée et détruite dans l'estomac.

Discussion au sujet des injections d'adrénaline intracardiaques dans les cas de syncope.

M. DUFRESNE croit que cette injection doit se faire dans les quatre premières minutes.

Au sujet d'anesthésie locale, M. DUFRESNE a déjà vu des plaques de nécrose après l'emploi de l'adrénaline et de la cocaïne combinées. Il emploie maintenant la percaïne.

M. BELLEROSE signale aux membres un cas de syncope blanche qu'il a traité par l'injection intracardiaque, les téguments se sont colorés, mais le cœur n'a pas repris son rythme.

M. BOHEMIER a été témoin de trois mortalités par syncope au cours d'anesthésie, les injections intracardiaques ont été employées sans résultat.

M. GERIN-LAJOIE a pu constater un état hémorragique des surrénales dans un cas de mort par choc post-opératoire. Il emploie l'adrénaline sous-cutanée dans ces états de chocs. Il rapporte un cas de destruction complète des capsules surrénales, présentant cliniquement une pigmentation intense bronzée. Il s'agissait d'un cas d'empoisonnement par l'apiol.

M. BESSETTE a observé un cas de maladie bronzée chez un malade qui a souffert antérieurement de bacillose pulmonaire.

M. LANGEVIN emploie la pitrascine dans les chocs post-partum. Il faut l'injecter intraveineux car sous la peau il n'y a pas d'absorption.

M. LANGEVIN croit que lors d'une césarienne l'on pourrait employer avec avantage les injections de pitrascine dans le muscle utérin. En terminant, M. le Président déclare ne pas avoir vu de résultat sûr à la suite d'injection intracardiaque dans les cas de chocs.

MM. Claude Guilbault, Rosaire Lauzer et Réginald Savoie sont élus membres titulaires de la Société.

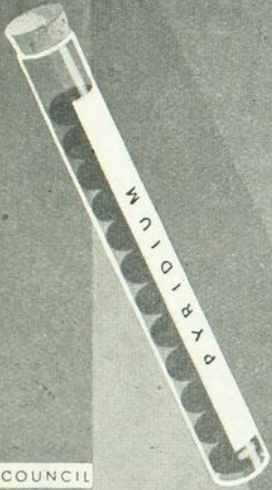
Louis FORTIER,
Secrétaire de Séances.



TRADE

PYRIDIDIUM

MARK



"COUNCIL



ACCEPTED™

Mono-Chlorhydrate de Phényl-azo-Alpha-Alpha-Diamino-Pyridine
(Fabriqué par "The Pyridium Corporation")

Contre les Infections Urinaires

L'administration du Pyridium sous forme de comprimés constitue un moyen rapide et pratique de rendre l'urine antiseptique dans le traitement de la gonorrhée et autres infections chroniques et aiguës du canal ou des organes génito-urinaires. Le Pyridium pénètre rapidement les parties mises à nu et les membranes muqueuses et est promptement éliminé par les voies urinaires. Administré en doses thérapeutiques, le Pyridium n'est ni toxique, ni irritant . . . Le Conseil de Pharmacie et de Chimie de l'Association Médicale Américaine a accepté d'admettre le Pyridium au nombre des remèdes nouveaux et non officiels. Vous pouvez donc prescrire ce médicament avec l'entière confiance que son action thérapeutique sera en tous points conforme aux prétentions élevées à son sujet. Evitez de recourir à tous autres succédanés . . . Le pharmacien qui prépare vos ordonnances peut vous fournir du Pyridium sous quatre formes pratiques: sous celle de comprimés, de poudre, de solution ou d'onguent . . . Ecrivez-nous si vous tenez à recevoir notre nouvelle brochure de 30 pages décrivant l'emploi et l'application cliniques du Pyridium.

MERCK & CO. Ltd.,

412, rue Saint-Sulpice, MONTREAL

Seuls dépositaires au Canada

**APPETIT
POIDS
FORCE**

REALPHENE

**APPETIT
POIDS
FORCE**

ETHER PHOSPHORÉ DE GLUCOSE
ET ACÉTYLAMINO
OXYPHENARSINATE DE CHAUX

Société
Générale
d'Applications
Théra-
peutiques.
157, de Sèvres
PARIS (17^e)

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

**Tout Déprimé
» Surmené**

**Tout Cérébral
» Intellectuel**

**Tout Convalescent
» Neurasthénique**



est justiciable
de la :

NEUROSTHENINE FREYSSINGE

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

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

CHLORAMINE FREYSSINGE

Pil. glut. titrées à 0.05 - 1 à 3 à chaq. repas - 6, R. Abel, Paris
DÉSINFECTION INTESTINALE PORTEURS DE GERMES

‘CAPSULES DARTOIS

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

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

L'ASSOCIATION MÉDICALE DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

La réunion annuelle de l'Association Médicale de la Province de Québec aura lieu le mercredi 6 septembre prochain, en la ville des Trois-Rivières.

Le comité local de la journée clinique annuelle, composé de MM. les docteurs W. Godin, président, H. Normand, secrétaire, R. Hébert, J.-A. Denoncourt et H. Rousseau, est venu rencontrer le Comité Exécutif de l'Association, lors de sa dernière assemblée du mois de juin. Notre sympathique président, le docteur DeBlois, retenu à la chambre, s'était excusé de ne pouvoir assister à l'assemblée.

Comme par les années passées, l'avant-midi sera consacré à des cliniques faites dans les différents hôpitaux par des médecins des Trois-Rivières. Les sujets qui y seront traités intéresseront sans aucun doute les médecins présents, s'il est permis d'en juger par le programme qui a été soumis.

Avant le déjeuner il y aura deux causeries par des médecins étrangers, dont l'un parlera en français et l'autre en anglais.

Immédiatement après, aura lieu l'assemblée annuelle, durant laquelle seront présentés les rapports des différents comités, et enfin l'élection des officiers.

L'ordre du jour comportera aussi l'étude de certaines questions d'intérêts professionnels.

Un comité spécial s'occupera de la réception des dames.

Une innovation, qui nous l'espérons plaira à plusieurs, consistera en un tournoi de golf. L'Association donnera, à cette occasion, une coupe, dont la possession sera disputée annuellement.

Enfin la journée se terminera par un banquet où les dames seront admises.

L'Association est reconnaissante du travail accompli par les confrères des Trois-Rivières en vue de faire de cette journée un magnifique succès. Nul doute que nous saurons leur prouver notre gratitude en se rendant nombreux dans leur belle ville, le 6 septembre prochain.

Docteur Ernest-E. TROTTIER.

FONDATION DE LA SOCIÉTÉ SCIENTIFIQUE D'ALIMENTATION ET DE GASTRO-ENTÉROLOGIE DE MONTREAL

Le 24 mai dernier, au Cercle Universitaire, le professeur J. E. Dubé réunissait quelques-uns de ses collègues des hôpitaux dans le but de fonder, à Montréal, une *Société Scientifique d'Alimentation et de Gastro-Entérologie*.

Dès l'ouverture de l'assemblée, le professeur Dubé prit la parole et dit qu'une société de ce genre répondait actuellement à un besoin: la Diététique n'a pas, chez nous, l'importance qu'elle devrait avoir. Au surplus, une telle société serait utile à nos institutions hospitalières, comme à chacun de nous en particulier, en projetant de nouvelles clartés sur une science dont l'importance pratique s'accroît de jour en jour.

La Société Scientifique d'Alimentation et de Gastro-Entérologie ne viendrait pas en conflit avec les autres sociétés savantes pré-existantes, mais en donnant une impulsion nouvelle à la production scientifique de chez-nous, en augmentant le nombre et la qualité des travaux dans un domaine particulier, elle contribuerait par rebondissement à donner plus d'envergure et de force à nos sociétés médicales, à en accroître même le prestige.

La plupart des collègues présents opinèrent dans le sens du professeur Dubé et demandèrent de procéder immédiatement à l'élection d'un Bureau.

L'Exécutif de la nouvelle société se compose des docteurs: J.-E. Dubé, président; Ovide Normandin, vice-président; Paul Letondal, secrétaire; et Jean LeSage, secrétaire-adjoint.

Les réunions auront lieu au grand amphithéâtre de l'Université de Montréal; toutefois, la Société se réserve le droit de donner à l'occasion quelques séances cliniques dans les hôpitaux, si elle le juge à propos.

Les assemblées auront lieu le troisième mercredi de chaque mois.

Assistaient à cette première réunion: MM. J.-E. Dubé, Albert LeSage, J.-A. Baudouin, J.-A. Jarry, O. Normandin, A. Nové Josserand, P. del Vecchio, Henri Baril, Louis-Henri Gariépy, H.-M. Lebel, Gabriel Lafresnière, Charles Nadeau, J.-A. Corrigan, Jean LeSage et Paul Letondal.

Le Secrétaire,
Paul LETONDAL.



NOUVELLES

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION

Final Program for the Sixty-Fourth Annual Meeting of the Canadian Medical Association; and the Fifty-Third Annual Meeting of the New Brunswick Medical Association to be held in St. John, N.B., on June 19, 20, 21, 22, 23, 1933.⁽¹⁾

Headquarters—The Admiral Beatty Hotel.

Registration will commence at 8.30 o'clock on the morning of Monday, June 19th, in the Admiral Beatty Hotel, and will continue throughout the week.

The first two days, Monday and Tuesday, June 19th and 20th, will be devoted to the business sessions of the Association, while Wednesday, Thursday and Friday will be scientific days.

Monday, June 19th

8.15 a.m.—Meeting of the Executive Committee, Canadian Medical Association — Admiral Beatty Hotel — Salon D.

10.00 a.m.—Meeting of Council — Salons B and C.

1.00 p.m.—Luncheon to Council—guests of the President-Elect, Dr. G. A. B. Addy—Georgia Ball Room, Admiral Beatty Hotel. Valedictory address, the retiring President, Dr. A. Primrose. Installation of the new President.

2.30 p.m.—Meeting of Council—Salons B and C.

6.00 p.m.—Meeting of Nominating Committee—Salon D.

8.00 p.m.—Dinner to Council—Guests of the Saint John Medical Society (Ball Room). Guest-speakers — The Hon. J. B. M. Baxter; The Hon. Murray MacLaren, Minister of Pensions and National Health; The Hon. Dr. H. I. Taylor, Minister of Health, New Brunswick.

Tuesday, June 20th

9.15 a.m.—Meeting of Council—Salons B and C.

12.00 a.m.—Luncheon on the harbour—guests of the Harbour Commission.

2.15 p.m.—Official opening of Commercial Exhibits—Admiral Beatty Hotel.

2.30 p.m.—Business session of the New Brunswick Medical Association—Lecture room of the High School. Meeting of Council—Salons B and C.

5.00 p.m.—Business Meeting, Canadian Protective Association — in Salons B and C.

(1) Nous nous empressons de publier le programme de la C. M. Ass., qui nous est adressé par le secrétaire, le Dr Routley, de Toronto.

8.00 p.m.—Dinner to Council in the Ball Room—guests of the New Brunswick Medical Association. The program will be in charge of the New Brunswick Medical Association Executive. Guest-speakers—Dr. H. F. Munro, Superintendent of Education for Nova Scotia; E. J. Henneberry, B.C.L., Saint John.

Wednesday, June 21st

8.30 a.m.—Registration—Admiral Beatty Hotel.

9.15 a.m.—General session in the Assembly Hall of the High School—Addresses of welcome—Hon. H. H. McLean, Lieutenant-Governor of New Brunswick; The Hon. C. D. Tilley, Prime Minister of New Brunswick; J. W. Brittain, Mayor of Saint John.

9.45 a.m.—Nasal sinus infections from the general practitioner's point of view—Dr. L. DeV. Chipman, Saint John.

10.15 a.m.—Tumours of the neck—Dr. Wm. Boyd, Winnipeg.

10.45 a.m.—The rôle of allergy in disease—Dr. H. K. Detweiler, Toronto.

11.15 a.m.—The significance of hæmaturia—Dr. F. S. Patch, Montreal.

11.45 a.m.—Fractures of the long bones (illustrated by lantern slides)—Dr. W. Alan Curry, Halifax.

12.30 p.m.—Luncheon—Admiral Beatty Hotel—Short business section of the Association—Guest-speaker, Judge J. L. Carleton, Woodstock, N.B.

2.15 p.m.—Presidential Address — Dr. G. A. B. Addy, Saint John, Assembly Hall, High School.

2.45 p.m.—The evolution of cancer from benign lesions of the breast, cystic and papillomatous—Dr. E. M. Eberts, Montreal.

3.15 p.m.—British pioneers in the modern treatment of tuberculosis—Sir Humphry Rolleston, Surrey, England.

3.45 p.m.—Post-vaccinal disease of the nervous system — Dr. R. R. McGregor, Kingston.

4.30 p.m.—Reception at the New Brunswick Historical Museum—Dr. and Mrs. Addy.

7.00 p.m.—Annual Banquet of the Federation of Canadian Medical Women—Admiral Beatty Hotel.

8.30 p.m.—Lister Oration in the auditorium of the Saint John High School (open to the public)—Dr. Robert Muir, Glasgow. This will be followed by an informal dance in the ball room of the Admiral Beatty Hotel.

Thursday, June 22nd

9.30 a.m.—Organized medicine and the public health—Dr. A. Grant Fleming, Montreal.

10.00 a.m.—Recent advances in anæsthesia — Dr Harold R. Griffith, Montreal.

10.30 a.m.—Tuberculous rheumatism does exist — Dr. Albert LeSage, Montreal.

11.00 a.m.—The cancer problem—Dr. F. N. G. Starr, Toronto.

11.30 a.m.—Heart block (lantern slides)—Dr. K. A. MacKenzie, Halifax.

12.00 a.m.—A chalk talk on the anatomy of hernia—Dr. A. Primrose, Toronto.

IODALOSE GALBRUN

IODE PHYSIOLOGIQUE, SOLUBLE, ASSIMILABLE

L'IODALOSE EST LA SEULE SOLUTION TITRÉE DU PEPTONIODE

Combinaison directe et entièrement stable de l'Iode avec la Peptone

DÉCOUVERTE EN 1896 PAR E. GALBRUN, DOCTEUR EN PHARMACIE
Communication au XIII^e Congrès international de Médecine, Paris 1900.

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

Vingt gouttes IODALOSE agissent comme un gramme Iodure alcalin.

DOSES MOYENNES : cinq à vingt gouttes pour Enfants; dix à cinquante gouttes pour Adultes.

Demandez Brochure sur l'Iodothérapie physiologique par le Peptoniodé.
LABORATOIRE GALBRUN, 18, Rue Oberkampf, PARIS.

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

PROSTHÉNASE GALBRUN

SOLUTION ORGANIQUE TITRÉE DE FER ET DE MANGANÈSE

Combinés à la Peptone & entièrement assimilables

NE DONNE PAS DE CONSTIPATION

ANÉMIE: - CHLOROSE - DÉBILITÉ - CONVALESCENCE

DOSES QUOTIDIENNES : 5 à 20 gouttes pour les enfants; 20 à 40 gouttes pour les Adultes

Échantillons et Littérature: Laboratoire GALBRUN, 8 et 10, r. du Petit-Musc, PARIS.

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

MALTLEVOL

(MARQUE DÉPOSÉE)

Cette préparation contient de la Levure (Vitamine B),
Extrait de Foie Frais concentré (Vitamines A. & D),
Lécithine (Vitamines A, B, C & D), Fer Organique,
Moëlle d'Os (Vitamine A), avec de l'Extrait de Malt
(Vitamines B-1, B-2, & E), dans un bon vin.

*Recommandée où il y a indication d'un traitement contre l'Anémie, Débilité,
Rachitisme et dans toutes les maladies de carence.*

Évitez les substituts en spécifiant **MALTLEVOL** en flacons originaux cachetés de 12 onces.

POSOLOGIE

ADULTES:— Une cuillerée à soupe, deux ou trois fois par jour, ou selon l'avis du médecin.

ENFANTS:— Doses proportionnelles.

Manufacturé par

FRANK W. HORNER LIMITED

MONTRÉAL, - Canada

12.30 p.m.—Luncheon at the Admiral Beatty Hotel—Guest-speaker—The Hon. P. J. Veniot, former postmaster-general of Canada.

2.15 p.m.—Intestinal obstruction—Dr. W. E. Gray, Milltown, N.B.

2.45 p.m.—Blood changes noted in tuberculosis—Prof. Lyle Cummins, Cardiff, Wales.

3.15 p.m.—The specific prevention of measles, scarlet fever, and diphtheria—Dr. J. G. FitzGerald, Toronto.

4.00 p.m.—River excursion and sea-food dinner, completing the day's program.

Friday, June 23rd

9.30 a.m.—Renal glycosuria—Dr. I. M. Rabinowitch, Montreal.

10.00 a.m.—The treatment of pernicious vomiting of pregnancy—Dr. H. B. Atlee, Halifax.

10.30 a.m.—Pitfalls in the diagnosis of conditions giving rise to chronic abdominal discomfort—Dr. J. S. McEachern, Calgary.

11.00 a.m.—Physical medicine—Dr. W. F. Roberts, Saint John.

11.30 a.m.—The importance of a correct diet in childhood—Dr. Alan Brown, Toronto.

12.00 a.m.—Goitre—Dr. F. H. Lahey, Boston.

12.30 p.m.—A new method for the permanent cure of gastro and enterocolic ptosis (report of 45 cases, with lantern slide demonstration)—Dr. Eugène St-Jacques, Montreal.

1.00 p.m.—Luncheon—Admiral Beatty Hotel—Guest-speaker—Rev. Jas. Dunlop, Saint John.

L'UNIVERSITE DE MONTREAL REMET DES DIPLOMES A 49 NOUVEAUX MEDECINS

Voici les noms de ceux qui ont mérité des diplômes et des prix :

Ont obtenu le diplôme de docteur en médecine: MM. Achim, Roland; Bachand, Louis-Joseph; Beauvilliers, Jules; Bergeron, Georges-Henri; Blain, René; Cabana, J.-Eugène; Cartier, Roland; Cousineau, Azarie; Dandurand, René; De Blois, Georges; Descary, Lucien; Dupuis, Yvano; Ferron, Maurice; Foisy, René; Fortier, Maurice; Gagné, Roland; Gagnon, Aegidius; Giguère, Charles; Hébert, Georges; Hétu, Jean; Issenman, Aubie-Levin; Lalonde, Charles-Émile; Larichellière, Raymond; Larocque, Alfred; Laviolette, Roland; Lefebvre, Adrien; Leroux, Olivier; Léveillé, Joseph-Antonio; Martel, Alcide; Morin, Gaspard; Perea, Ramon; Quenneville, Emile; Rajotte, Jean; Reid, Raymond; Robichaud, Aldoria; Rubin, Isadore-Cyrus; Smolinski, François-Jean; Trempe, Roger; Verschelden, Marcel; Verschelden, Noël.

Ont obtenu le diplôme de docteur en médecine, avec distinction (cum laude): MM. Bélisle, Louis-Philippe; Cousineau, Georges; Demers, Louis-Philippe; Girard, Armand; Robert, Adrien; et Senécal, Jean-Paul.

Ont obtenu le diplôme de docteur en médecine, avec grande distinction (*magna cum laude*): MM. Boileau, Wilfrid; Primeau, Bertrand; et Ricard, Hector.

MM. Louis-Philippe Pélisle et Hector Ricard ont tous deux mérité la médaille du lieutenant-gouverneur décernée à l'élève qui a le mieux réussi dans ses travaux de laboratoire; M. Bertrand Primeau a gagné la médaille Hingston décernée à l'élève qui a retenu le plus grand nombre de points dans tous les examens au cours de ses études; et le prix Lachapelle, attribué à celui qui a le mieux réussi dans les examens de troisième, quatrième et cinquième années.

Le prix d'internat, offert par les laboratoires Nadeau aux deux élèves qui se sont le plus distingués pendant leur année d'internat, est allé à MM. Noël Verschelden et Hector Ricard.

Le Dr Laporte, de Edmunston, N. B., Président de la Société Médicale du Nouveau-Brunswick

Nous sommes heureux d'annoncer que le Dr Laporte, d'Edmunston, N. B., vient d'être élu président de la *New Brunswick Medical Society*, il y a quelques jours. Nous en félicitons le dignitaire qui occupe une situation prépondérante parmi ses confrères du Nouveau-Brunswick. Le docteur Laporte, un de nos plus brillants élèves à l'ancienne Université Laval, à Montréal, nous fait honneur là-bas et ses confrères anglais viennent de le reconnaître en le portant à l'unanimité au fauteuil de la présidence.

1er CONGRES FRANÇAIS DE THERAPEUTIQUE

Tenu à Paris du lundi 23 au mercredi 25 octobre 1933
Sous le haut patronage de Monsieur le Président de la République
Sous la présidence du professeur Maurice Loeper

PROGRAMME PRELIMINAIRE

Six questions seront l'objet des travaux du Congrès:

- 1° Le traitement parentéral de l'ulcus gastroduodéal;
- 2° Le traitement des colibacillooses;
- 3° Les associations médicamenteuses;
- 4° Les adrénalines;
- 5° La pyréthérapie;
- 6° Le traitement des radiodermites.

La séance solennelle d'ouverture se tiendra dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris, le lundi 23 octobre à 9 heures $\frac{1}{2}$ du matin, sous la présidence de M. le Président de la République.

Les autres séances auront lieu les matins à 9 heures $\frac{1}{2}$ et les après-midi à 15 heures à la Faculté.

I

Lundi 23 octobre à 15 heures, exposé des rapports de la Section de Médecine.

SECTION DE MEDECINE (Président: Dr Babonneix)

TRAITEMENT PARENTERAL DE L'ULCUS GASTRODUODENAL

Prof. Devoto (de Milan): *Le traitement chimique général de l'ulcus.*

Dr Moutier (de Paris): *La vaccinothérapie de l'ulcus.*

Dr Debray (de Paris): *Organothérapie et opothérapie de l'ulcère de l'estomac.*

Dr Schulmann (de Paris): *Les médicaments de l'ulcus syphilitique.*

TRAITEMENT DES COLIBACILLOSES

Prof. Fourneau (de Paris): *Les antiseptiques chimiques; leur application et leur action.*

Prof. H. Vincent, Prof. ag. Chevassu, Drs Jacquet et Baruk (de Paris): *La sérothérapie des Colibacilloses.*

Dr Hauduroy (de Paris): *Les vaccins et le bactériophage dans les colibacilloses.*

II

MARDI 24 octobre à 9 heures $\frac{1}{2}$, communications dans les 3 Sections.

Mardi 24 octobre à 15 heures, exposé des rapports de la section de Pharmacodynamie.

SECTION DE PHARMACODYNAMIE (Président: Professeur Tiffeneau)

LES ADRENALINES

Prof. Tiffeneau (de Paris): *Etude chimique et pharmacodynamique des adrénalines.*

Dr Dorlancourt (de Paris): *Les voies d'introduction de l'adrénaline dans l'organisme.*

LES ASSOCIATIONS MEDICAMENTEUSES

Prof. Burgi (de Berne): *Associations et adjuvances.*

Prof. Zunz (de Bruxelles): *Les antagonismes en thérapeutique.*

Profs ag. Guy Laroche et Simonnet (de Paris): *Les associations hormonales et chimio-hormonales.*

III

Mercredi 25 octobre à 9 heures $\frac{1}{2}$, communications dans les 3 Sections.

Mercredi 25 octobre à 15 heures, exposé des rapports de la section de physiothérapie.

SECTION DE PHYSIOTHERAPIE (Président: Professeur Strohl)

LES RADIODERMITES

Prof. Bordier (de Lyon): *La production des radiodermites et les moyens de les éviter.*

Dr Milian (de Paris): *Le traitement des radiodermites constituées.*

LA THERMOTHERAPIE

Prof. Binet (de Paris): *Etude physiologique de la thermothérapie.*

Prof. ag. Dognon (de Paris): *L'électropyrexie par les ondes courtes; technique et résultats.*

Drs Crouzon, Michaux et Mollaret (de Paris): *La pyrétothérapie chimique; ses résultats actuels par rapport aux autres procédés de pyrétothérapie.*

Dans
les grandes
infections
aigues la..

Septicémine

**ENTRAINE
UNE CHUTE DE
TEMPÉRATURE
SANS CHOC
NI RÉACTION**



LABORATOIRES
CORTIAL
15, BOUL^D PASTEUR
PARIS

Dépôt général pour le Canada:

MILLET, ROUX & LAFON Limitée

1215, RUE SAINT-DENIS, - - - - MONTREAL.



D'ABORD VOUS ÉCOUTEZ—
PUIS VOUS PARLEZ!

ANGLAIS
ESPAGNOL
ITALIEN
ALLEMAND

ou toute autre langue

SANS EFFORT
CHEZ VOUS
QUAND VOUS VOULEZ!

PAR LA NOUVELLE ET FACILE MÉTHODE
LINGUAPHONE

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

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

DEMANDEZ
AUJOURD'HUI
NOTRE BROCHURE
GRATUITE



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

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

Nom.....

Adresse.....

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

Quelle langue vous intéresse?.....

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION

**Impressions à propos du 64ème Congrès annuel
à Saint-Jean, N.B., 19-20-21-22-23 juin 1933**

Invité officiellement par le secrétaire général à participer aux réunions de cette association et à y donner une conférence sur un sujet de mon choix, j'ai accepté cette gracieuse invitation dans le but d'établir des rapports plus intimes avec mes excellents collègues anglais du Dominion.

L'association Médicale de la Province de Québec m'avait prié de la représenter sur le Conseil, à la place du Dr Bourgeois, empêché de s'y rendre.

Je n'ai pas l'intention, en deux pages, d'analyser même succinctement les travaux accomplis par cette importante Association. Je désire simplement énumérer les résolutions les plus importantes qui y ont été adoptées, en vue de sauvegarder les intérêts généraux de la profession, chaque fois qu'il s'agit de nos organisations concernant les intérêts professionnels ou autres questions d'utilité publique.

Ce Congrès est divisé en deux parties bien distinctes: *le Conseil*, composé de représentants de toutes les provinces du Canada; et l'Association elle-même, qui comprend tous les membres inscrits.

Le Congrès débute par les rapports qui ont été déposés chez le Secrétaire; ils sont très nombreux. Ainsi le Conseil a dû entendre la lecture de 19 rapports concernant les membres décédés; le secours médical en rapport avec le chômage; les devoirs des municipalités vis-à-vis leurs indigents; la taxe sur le revenu et les médecins; l'hygiène mentale; le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada; la standardisation des hôpitaux; la médecine préventive; les médecines brevetées; les cours de perfectionnement; l'Association des Gardes-Malades du Canada; l'organisation de la défense contre le cancer; les rapports interprovinciaux; l'organisation préventive contre la septicémie puerpérale; et plusieurs autres questions.

Durant deux jours, les membres de ce Conseil, au nombre de 110, ont siégé avec beaucoup de ponctualité et d'attention, participant à toutes les discussions concernant les médecins en général. Un grand nombre de résolutions y ont été adoptées en vue de protéger les intérêts généraux de la santé publique en rapport avec les intérêts particuliers de la profession médicale. La *Comité Exécutif du Conseil* a été saisi de toutes ces résolutions et a été autorisé à agir directement auprès de nos gouvernements, fédéral ou provincial, dans le but d'apporter certains redressements destinés à nous rendre justice. J'ai été très favorablement impressionné de la ponctualité, de l'ordre et de la discipline qui ont présidé à toutes ces délibérations.

*
* *

La deuxième partie de ce Congrès concerne uniquement les travaux scientifiques. Durant trois jours, à des heures déterminées, durant un temps limité, les membres ont tour à tour lu des travaux intéressants sur

différentes questions qui apparaissent au programme scientifique que nous publions dans le présent numéro. Aucun membre n'a été autorisé à dépasser les 25 minutes accordées à chacun d'eux, pas même les invités d'honneur anglais, parmi lesquels nous avons eu l'honneur de rencontrer Sir Humphrey Rolleston, un des médecins du Roi, le professeur Cuminn, de Glasgow, le professeur Muir, d'Edimbourg.

La délégation française de la Province comportait MM. le prof. Daigneault, de Québec, le prof. St-Jacques, le Dr Charpentier, de Drummondville, le Dr Gérin-Lajoie, de Montréal, et moi-même. Nous avons eu le plaisir de revoir quelques-uns de nos confrères des provinces maritimes, en particulier, le Dr Laporte, qui a été élu président de l'Association Médicale du Nouveau-Brunswick; le Dr Sarmoni, d'Edmunston, le Dr Veniot, de Bathurst, le Dr Paulin, de Tracadie.

Le Dr Valin, d'Ottawa, trésorier de l'Association, était présent.

Aux déjeuners et aux dîners, nous avons rencontré des hommes très importants, en particulier le gouverneur du Nouveau-Brunswick, l'honorable MacLean; le ministre de la Santé, à Ottawa, le Dr MacLaren; le premier ministre du Nouveau-Brunswick, l'honorable Tilley; le ministre de l'Instruction publique, l'honorable Munro; le ministre de la Santé, l'honorable Taylor; le juge en chef de la Cour suprême du Nouveau-Brunswick, l'honorable Baxter, ancien premier ministre; l'honorable Veniot, ancien ministre à Ottawa, sous le gouvernement King; et le juge Carleton, de Woodstock.

Nous avons entendu, grâce à ces messieurs, des discours très importants sur les questions d'intérêt public et de politique générale. Nous avons été heureux de les entendre, fréquemment, faire l'éloge du médecin, dont le dévouement et le désintéressement sont les deux plus belles qualités que nous nous transmettons d'une génération à l'autre.

Cette pensée a inspiré le discours d'adieu du Président de la C. M. A., le professeur Primerose, ancien doyen de la Faculté de Médecine de Toronto. Je cite textuellement ses admirables paroles, telles qu'il les a prononcées :

"No class or vocation is more seriously affected by the present hard times and at the same time contributing more to the needs of others than is the medical profession.

The doctor's tradition is at once his glory and his undoing in times of stress. He must come to the rescue of the sick and suffering no matter whatever he knows that he will be not only unremunerated, but in uncounted cases actually out of pocket thereby. He has no option if he is worthy of his profession; no consideration of his own future may be permitted to affect his action; an equally stern code forbids him access to those methods of increase or attracting a demand for his services that are at the disposal of other professional men. Far too often he is the victim of thoughtlessness—or worse—among those who can make payment for his services but postpone doing so, knowing his extrême unwillingness to push his legitimate claims by the usual methods. Our relief systems very properly look after the interests of the tradesman and the landlord when they serve the indigent. But the doctor, busier than ever when money is scarce and food and fuel inadequate, takes his chance on what he can get,—and far too often gets nothing or goes down into his own diminishing treasury for essential immediate aid.

There is undoubtedly here a condition of affairs that demands examination and relief. The doctor's shoulders are broad and capable, but they cannot be expected to bear far more than their of the common burdens."

Nous rendons un hommage particulier au président de ce Congrès, M. le Dr Addy, qui a dirigé avec maîtrise toutes les délibérations. Il avait, pour le seconder, un comité important de tous les médecins de St-Jean, dont je cite quelques noms: Drs Nugent, Davidson, Dunlop, Kirkland et Tansman, président de la Société Médicale de Saint-Jean, et plusieurs autres confrères, qui se sont mis aimablement à la disposition de tous les congressistes.

En terminant ces notes hâtives, très incomplètes, je rends hommage au Dr Bazin, président du Conseil, dont le dévouement, l'expérience et le savoir-faire sont bien connus de tous ceux qui l'approchent, et au *Dr Routley, le secrétaire général, l'âme de toute cette Association*, qu'il dirige avec une activité, un dévouement et une intelligence dignes des plus grands éloges.

La prochaine réunion aura lieu à Calgary, aux mêmes dates, sous la présidence du Dr McEchrean, qui a fait un excellent rapport sur la question du cancer.

*
* *

En même temps siégeait, à Saint-Jean, N.B., la "Canadian Public Health Association". Nous sommes heureux d'annoncer que le Dr Alphonse Lessard, sous-ministre à Québec, en a été élu président à l'issue de ce congrès. On ne pouvait choisir un homme mieux qualifié.

Il me semble que nous pourrions bénéficier largement, nous, médecins canadiens-français, de nous joindre à eux chaque fois que l'occasion s'en présente. Nos universités canadiennes-françaises pourraient profiter d'un contact plus fréquent et plus intime avec les universités anglaises, qui, toutes, y ont été représentées, moins la Colombie canadienne.

Je me plais à reconnaître leur grande courtoisie à notre égard; ils désirent nous rencontrer. Nous apprenons à nous connaître mutuellement, et, en nous quittant, nous nous estimons davantage, car sur le terrain scientifique il n'y a plus de préjugés ni de frontières, il n'y a que des ambitions communes pour des intérêts généraux qui nous concernent tous indistinctement.

Albert LeSAGE.

BIBLIOTHÈQUE
SAINT-JEAN

BIBLIOGRAPHIE

CONCOURS LITTÉRAIRE DES AMITIÉS FRANCO-CANADIENNES

La revue mensuelle *Les Amitiés Franco-Canadiennes*, diffusée en 114 pays et groupant aujourd'hui 35,000 correspondants, publie dans son numéro de juin les Statuts d'un Concours littéraire ouvert à quiconque écrit en langue française, quels que soient les pays d'origine et de résidence. Le sujet et la forme sont entièrement laissés au choix des auteurs. Les manuscrits devront être adressés à M. le Secrétaire Général des A.F.C., 91, boulevard Richard-Lenoir, Paris (11e), au plus tôt le 15 août 1933 et au plus tard le 15 décembre 1933.

Les trois premiers prix, que distingueront seulement les trois médailles d'Or, d'Argent et de Bronze, consisteront chacun en un voyage et en un séjour d'un mois au Canada, si le lauréat habite la France, ou bien en un voyage et en un séjour d'un mois en France, si le lauréat habite le Canada. Si le lauréat habite un autre pays que la France ou le Canada, faculté lui sera laissée de venir à ses frais au port d'embarquement afin d'effectuer le voyage auquel il aura droit. Si le lauréat habite un pays trop éloigné de la France ou du Canada, et s'il ne désire pas se rendre à ses frais au port d'embarquement, il recevra en espèces le prix du voyage et du séjour.

Les Amitiés Franco-Canadiennes créent ce concours afin de compléter encore leur œuvre de Collaboration Internationale, de Documentation et de Vulgarisation pour l'Expansion intellectuelle.

Traitement indolore des fractures, par le Docteur Gustave BLANCHARD.
Doin & Cie, éditeurs, 8 Place de l'Odéon, Paris. Chèques postaux 201.74.

Le traitement des fractures est encore dirigé d'après des formules surannées et à peine modifiées depuis un siècle. Toutefois, une réaction, à tendance chirurgicale, se fait jour depuis quelques années; elle est beaucoup trop violente et hors de proportions avec les résultats obtenus.

L'auteur aborde résolument la question d'une façon différente de celle des livres classiques; il supprime ces descriptions de fractures sous le parrainage d'un homme illustre, comme ne correspondant pas strictement à la vérité, car les types de fractures sont innombrables.

Il ne parle pas d'appareils compliqués qu'on n'a jamais sous la main en temps opportun; de bibliographie encombrante et inutile.

Il étudie chaque lésion en particulier, variétés et sous-variétés mises en relief par des radiés et des schémas; leur combinaison constitue pour une région donnée des centaines de types de fractures différentes.

Les procédés de réduction par une méthode personnelle rendent le traitement absolument indolore, sans anesthésie d'aucune sorte.

L'appareillage est simplifié et méticuleusement étudié.

La guérison est ainsi obtenue sans douleurs pour le patient, sans peine pour le praticien, dans 95% des cas.

Cette méthode très simple est à la portée de tous.

Lisez ce livre très bien présenté et tout à fait original.

Le traitement de l'asthme bronchique, par le Docteur Maurice DEROT, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris. 1 vol., gr. in-8 de 45 pages. (Collection les Thérapeutiques nouvelles): **6 fr.** — J.-B. Baillière et Fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e).

La médecine évolue sans cesse et il n'est pour s'en rendre compte que de voir combien en peu d'années se sont modifiées nos conceptions sur l'asthme bronchique. En moins de vingt ans en effet, l'anaphylaxie de Charles Richet, l'étude précise du système neuro-végétatif ont bouleversé nos conceptions pathogéniques et ont permis de projeter quelques lueurs sur la physiologie pathologique de ce qui n'était naguère encore qu'une mystérieuse névrose. Durant la même période, la cuti-réaction, l'épreuve de Prausnitz ont acquis droit de cité en clinique tandis que la thérapeutique était rénovée par l'emploi de l'adrénaline et de l'éphrédine, par les méthodes de désensibilisation et par l'utilisation des agents physiques.

Il pouvait donc paraître utile de faire une mise au point, même provisoire, de l'importante question qu'est le traitement de l'asthme, et c'est dans ce but que le volume a été écrit pour le praticien.

TABLE DES MATIERES. — *Clinique et Pathogénie; Traitement de l'accès d'asthme; adrénaline, éphrédine; Crises graves ou prolongées; Crises légères; Traitement de l'attaque d'asthme; Suppression de la cause déclenchante; Médicaments modificateurs du système vago-sympathique; Essais de modification de la diathèse en cure radicale de l'asthme; Asthme associé à une affection organique; Asthme anaphylactique; Désensibilisation spécifique, non spécifique; Asthmes non anaphylactiques; Thérapeutiques adjuvantes et cures thermales.*

Le nystagmus vestibulaire et les réactions de mouvements, par le docteur R. CLAOUE. — Editions N. Maloine, éditeur, Paris. (Réimpression 1933 par les soins du docteur Ch. Cloué, de Paris.)

Le docteur Cloué (de Paris) vient d'assurer chez Maloine, la réimpression du "Nystagmus vestibulaire et les réactions de mouvements". On sait que cette brochure est classique par sa clarté concernant l'exposé de l'étude physiologique et clinique des maladies de l'oreille interne dont Cloué fils a développé l'étude histologique anatomo-pathologique et expérimentale dans son livre "L'oreille interne".

Selon la volonté de l'auteur il s'agit d'une réimpression, car ce livre est toujours neuf et a d'autant plus d'intérêt que les ouvrages parus dans la suite lui ont fait de larges emprunts.

TABLE ALPHABETIQUE DES ANNONCES

Abbott Laboratories Ltd, (<i>Teinture de Metaphen</i>) ..	XII
Anglo-French Drug Cie., (<i>Valerianate Gabail</i>)	XXII
Ayerst, McKenna & Harrison, Limited (<i>Charbon Médical Ayerst</i>)	XLVI
Bilhuber-Knoll Corp., (<i>Theocalcin</i>)	XXXII
Boulet R. & Brault Jules, (<i>Maladies des yeux, etc.</i>) ..	L
Breitenbach Co., M. J., (<i>Gude's Pepto-Mangan</i>)	I
Bristol-Myers Co., (<i>Sal Hepatica</i>)	XXIV
British Drug Houses (Canada), Ltd, The, (<i>Morrhuate de Soude B. D. H.</i>)	XLI
Canada Drug Company, (<i>Paveral</i>)	I
Canada Pond Tampon Co., (<i>Les Tampons Pond</i>) .. .	XLVIII
Canadian Cannery Limited, (<i>Aliments Aylmer pour enfants</i>) <i>Troisième page de la couverture.</i>	
Cardinaux, Paul, (<i>Gaiffe, Gallot & Pilon et Ropiquet, Hazard & Roycourt</i>). <i>Diathermie, Rayons X, Electrologie</i>	XI
Casgrain & Charbonneau, Ltée, (<i>Thyvacrine No 10 C & C</i>)	XVI
Casgrain & Charbonneau, Ltée, (<i>Neurocrine No 5 C & C</i>)	XVI
Casgrain & Charbonneau, Ltée, (<i>Diacrine No 6 C & C</i>)	XVI
Chapman Ltée, La Cie J. H., (<i>Instruments de Chirurgie</i>)	XXIV
Ciba, Compagnie Limitée, (<i>Percainal "Ciba"</i>)	VI
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, Le	L
Denver Chemical Manufacturing Co., (<i>Antiphlogistine</i>)	IX
de Passillé, H. B., (<i>Bronchodermine</i>)	XXVIII
de Passillé, H. B., (<i>Charbon Tissot</i>)	XXVIII
de Passillé, H. B., (<i>Sirop Guillaiermond</i>)	XXVIII
de Passillé, H. B., (<i>"Yse"</i>)	XXVIII
de Passillé, H. B., (<i>Ludin</i>)	XXXIII
de Passillé, H. B., (<i>Seroma Rey</i>)	XXXIII
Duckett J. A., (<i>Dernière Création de la Prothèse</i>) ..	XLIV
Eddé, J., Limitée, (<i>Proveinase Midy</i>)	IV
Eddé, J., Limitée, (<i>Iodogénol Pépin</i>)	XIX
Eddé, J., Limitée, (<i>Hémostyl</i>)	XXIX
Eddé, J., Limitée, (<i>Bismuthoïdol</i>)	XXXIV
Eddé, J., Limitée, (<i>Ocreïne Gremy</i>)	XXXVI
Eddé, J., Limitée, (<i>Strychnal Longuet</i>)	XXXVI

Eddé, J., Limitée, (<i>Vulcase Brisson</i>)	XXXVI
Eddé, J., Limitée, (<i>Epilepsie Alepsal</i>)	XLII
Eddé, J., Limitée, (<i>Iodone Robin</i>)	LI
Frosst, Charles E. & Co. (<i>Urosine</i>)	
<i>Deuxième page intérieure de la couverture.</i>	
Gatine, Fernand, (<i>Masseur Expert</i>)	XLII
Gravet, G., (<i>Alphloïne</i>)	XX
Gravet, G. (<i>Pilules du Dr Moustier</i>)	XX
Harris, J. A., (<i>Peptone iodée Lery</i>)	LII
Herdt & Charton, Inc., (<i>Colivaclydun</i>)	II
Herdt & Charton, Inc., (<i>Thalassol</i>)	II
Herdt & Charton, Inc., (<i>Thalassol Chomedy</i>)	XXIV
Herdt & Charton, Inc., (<i>L'Epheiodine Béral</i>)	XLI
Herdt & Charton, Inc., (<i>Agrippol</i>)	XLIX
Horner, Frank W., Limitée, (<i>Maltlevol</i>)	LVII
Infirmières diplômées: Maladies nerveuses et mentales	L
Imperial Tobacco Co. of Canada, (<i>Sweet Caporal</i>)	XLIII
Joubert, J. J., Limitée, (<i>Santéïne</i>)	IV
Kellogg, (<i>Kellogg's All Bran</i>)	XXX
Laboratoires A. Bailly, (<i>Opobyl</i>)	XVIII
Laboratoire du Bismol, (<i>Bismol</i>)	VI
Laboratoires du Dr Débat, (<i>Pancrinol</i>)	XLIX
Laboratoires du Dr Moustier, (<i>Pilules du Dr Moustier</i>)	III
Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Ltée, (<i>Rhoféïne</i>)	XIII
Laboratoires P. Astier, (<i>Riodine</i>) (<i>Astier</i>)	XXV
La Cie Canadienne des Agences Modernes, (<i>Les Lithi-</i> <i>nés du Dr Gustin</i>)	L
La Cie Canadienne des Agences Modernes, (<i>Magnésie du</i> <i>Dr Gustin</i>)	L
Lejeune, A., (<i>Laboratoire</i>)- (<i>Indhameline Lejeune</i>)	LII
Librairie Beauchemin Limitée, (<i>Linguaphone</i>)	LXX
Listers Limited, (<i>Listers</i>)	II
Lyman Agencies, Limited, (<i>Pineoleum</i>)	XXXII
Merck & Co. Limited, (<i>Theocalcin</i>)	XXXII
Merck & Co. Limited, (<i>Pyridium</i>)	LIII
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (<i>Codoforme Bottu</i>)	XLVII
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (<i>Archemapectol</i>)	XLVII
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (<i>Digibaine</i>)	XLVII
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (<i>Solucamphre Delalande</i>)	XLVII
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (<i>Opocalcium</i>)	LII

Millet, Roux & Lafon, Ltée, (<i>Septicémine</i>)	LIX
Parke, Davis & Cie., (<i>Thérapeutique Spécifique à l'Erysipèle</i>)	Quatrième page de la couverture
Pineoleum Co., The., (<i>Solutions huileuses</i>)	XXXII
Rougier Frères, (<i>Hepathemo</i>)	XVII
Rougier Frères, (<i>Opobyl</i>)	XVIII
Rougier Frères, (<i>Spectrol</i>)	XXI
Rougier Frères, (<i>Digitaline Nativelle</i>)	XXI
Rougier Frères, (<i>Calcifixine Irradiée</i>)	XXIII
Rougier Frères, (<i>Arhéol Astier</i>)	XXV
Rougier Frères, (<i>Rami</i>)	XXVI
Rougier Frères, (<i>Seidlitz Chanteaud</i>)	XXVI
Rougier Frères, (<i>Sténol Chanteaud</i>)	XXVI
Rougier Frères, (<i>Hémoglobine Deschiens</i>)	XXXI
Rougier Frères, (<i>Carnine Lefrancq</i>)	XXXIV
Rougier Frères, (<i>Dragées Gélinau</i>)	XXXV
Rougier Frères, (<i>Le Sirop Gélinau</i>)	XXXV
Rougier Frères, (<i>Elixir Ducro</i>)	XXXV
Rougier Frères, (<i>Sirop Famel</i>)	XLIV
Rougier Frères, (<i>Uraseptine Rogier</i>)	XLV
Rougier Frères, (<i>Lactolaxine Fydau</i>)	XLV
Rougier Frères, (<i>Realphène</i>)	LIV
Rougier Frères, (<i>Névrosthénine Freyssinge</i>)	LIV
Rougier Frères, (<i>Chloramine Freyssinge</i>)	LIV
Rougier Frères, (<i>Capsules Dartois</i>)	LIV
Rougier Frères, (<i>Iodalose Galbrun</i>)	LVII
Rougier Frères, (<i>Prothénase</i>)	LVII
Sanatorium de Blois	VIII
Sanatorium du Lac Edouard	X
Sanatorium Prévost	XIV
Sanatorium Prévost	XV
Schering (Canada), Ltd., (<i>Normacol</i>)	XXVII
Squibb & Sons of Canada, Ltd., E.R., (<i>L'Iodobismitol</i>) (<i>Aphloïne</i>)	XX
Trouette-Perret, (<i>Aphloïne</i>)	III

DES FAITS VÉRITABLES

concernant

LES ALIMENTS

AYLMER

POUR ENFANTS

- Les Aliments AYLMEER pour enfants sont préparés selon des formules étudiées avec soin par le personnel de notre Laboratoire de Recherches en collaboration avec des Pédiâtres Canadiens de marque.
- Les Aliments AYLMEER pour enfants sont préparés dans une bâtisse de notre succursale Sainte-Catherine spécialement aménagée dans ce but.
- Aucune boîte d'Aliments AYLMEER pour enfants n'est fermée sans le contrôle direct d'un Chimiste compétent.
- Nous vous recommandons de prescrire les Aliments AYLMEER pour enfants à cause de :

1. leur qualité supérieure.
2. leur uniformité en valeur alimentaire — avec l'avantage de la variété durant toute l'année.
3. leur économie — 2 boîtes ou 12 cuillerées à soupe coûtent 21 sous seulement — 2 bocaux de verre 35 sous.

Des échantillons pour examen seront envoyés sur demande.

CANADIAN CANNERS LIMITED

HAMILTON — CANADA.

Qui expliquent pourquoi vous pouvez prescrire avec confiance ces fruits et ces légumes tamisés



Préparés au Canada
en boîtes de fer-blanc stériles et en bocaux de verre fermés à vide

Purée de Fruits et Légumes.

Pois	Tomates	Asperges
Epinards	Haricots	Abricots
Carottes	Pruneaux	

Soupe en Purée pour Enfants.
Purée de Compote de pommes.
Chez tous les épiciers et pharmaciens
100% CANADIEN.

Thérapeutique Spécifique à l'Erysipèle

Symmers, établissant une comparaison entre 15,277 cas d'érysipèle traités, sans antitoxine, durant une période de 23 ans, avec 705 cas ayant reçu le traitement à l'antitoxine, constata une réduction apparente du taux de mortalité dans les proportions de 45.5% pour le groupe traité au sérum.

Symmers rapporte (J.A.M.A., 25 août 1928) "Que le traitement de l'érysipèle avec l'antitoxine est un grand pas dans la voie du progrès, les résultats sont comparables à ceux obtenus avec l'antitoxine diphtérique".

L'Antitoxine Streptocoque Erysipélateux Parke-Davis est dérivée du sang de chevaux immunisés contre le streptocoque avec des cultures virulentes de Streptocoque hémolytiques isolés d'infections érysipélateuses. Cette antitoxine est raffinée et concentrée, ses propriétés sont conservées dans un très petit volume; le produit est libre de tous constituants inactifs du sérum.

L'activité de l'antitoxine est confirmée par des épreuves cutanées. Chaque lot est soumis à de sévères tests bactériologiques avant et après la mise en seringues.

Présentée en seringues de 10 et 20 cc. Bio 2010 et 2012.



PARKE, DAVIS & COMPANY

*Les plus grands fabricants de produits
Pharmaceutiques et Biologiques de l'Univers.*

1101, RUE ST-ALEXANDRE,

MONTREAL