

L'Union Médicale du Canada

REVUE MENSUELLE

Fondée en 1872

MÉMOIRES

Hypersympathicotomie — Thyroïdectomie	Réal DORE	101
Un nouveau traitement des plaies atones	Gabriel LAFRESNIERE	104
Epithélioma gastrique à forme végétante.		
Anémie. Etude par la diagnothorine et la gastroscopie pérorale	Jean LeSAGE Saint-Jean DESROSIERS	107

MALADIE DE NICOLAS - FAVRE

La quatrième maladie vénérienne	Albéric MARIN	117
La bactériologie de la maladie de Nicolas-Favre	Albert BERTRAND	126
L'anatomie pathologique de la maladie de Nicolas-Favre	L.-C. SIMARD	129

RECUEIL DE FAITS

Tuméfaction inguinale de cause éloignée	L.-C. SIMARD J. TREMBLAY	131
Sciatique et anomalies de transition lombosacrée. Sacralisation de la cinquième vertèbre lombaire et résistance diminuée de la statique vertébrale	Roma AMYOT	135
Un cas de troubles atypiques de la puberté	J.-Philippe PAQUETTE	145

MOUVEMENT MÉDICAL

Lettre ouverte sur les sels d'or en tuberculose	Albert JOANNETTE	147
---	----------------------------	-----

NÉCROLOGIE

Le professeur Charles Richet	Albert LeSAGE	149
--	-------------------------	-----

ACTUALITÉS

Les dispensaires — Le médecin praticien — Le médecin des hôpitaux	Oscar MERCIER	152
Le Prof. Sergent... Le Prof. Thérien... Le Prof. Clerc... Nouveau Directeur... Faculté de Médecine... Nomination	LeSAGE	157
Quand l'état fait son métier d'hygiéniste — La pensée médicale		161

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la broncho-pneumonie du jeune enfant	Gaston LAPIERRE	165
--	---------------------------	-----

ANALYSES

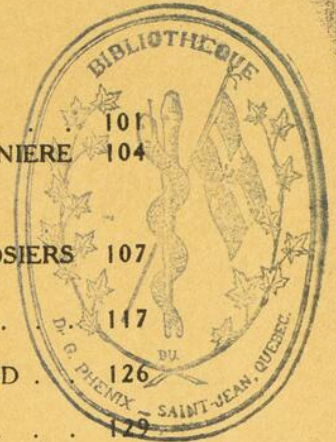
Voir détails page		X
-----------------------------	--	---

(Suite du sommaire à la page X)

RÉDACTEUR EN CHEF
Professeur Albert LeSage

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION:
Léon GÉRIN-LAJOIE

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



"Frosst"

KONDREMUL

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

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

- 1° L'équilibre scientifique de l'huile — 55% d'huile minérale de la plus haute qualité — favorise l'émulsion avec les fèces.
- 2° L'huile est en suspension sous forme de gouttelettes — les globules sont maintenus fermement dans une enveloppe émulsive.
- 3° Pas de fuite — ne trouble ni l'assimilation ni la digestion.
- 4° Donne des selles abondantes, molles, de consistance mastic.
- 5° Ne contient pas d'alcool.
- 6° Ne contient pas d'alcali.
- 7° Ne contient pas de sucre. Peut être prise par les personnes soumises à un régime sans sucre.
- 8° Ne contient pas d'hydrates de carbone digestibles.
- 9° Un simple régulateur — ne cause pas d'accoutumance.
- 10° Crémeuse et agréable à prendre — aucun goût huileux.
- 11° Les grandes variations dans la température n'ont aucun effet sur cette émulsion.
- 12° Elle se verse facilement.
- 13° Elle se mélange rapidement à l'eau chaude ou froide, à du lait ou du cacao.
- 14° Le contrôle de laboratoire assure l'uniformité du produit.
- 15° Simple ou avec de la Phénolphtaléine (2.2 grains par cuillerée à bouche).

Bouteilles de 16 onces

Charles E. Frosst & Co.

PHARMACIENS-FABRICANTS DEPUIS 1899

MONTREAL
CANADA

RICHMOND
VIRGINIE

SPARTOVAL

ISOVALÉRIANATE NEUTRE DE SPARTÉINE

SÉDATIF CARDIO-VASCULAIRE ANTISPASMODIQUE

TRAITEMENT: des algies et troubles fonctionnels des affections cardiaques — Angors — Tachycardies — Palpitations.

•
Dragées de Spartoval (dosées à 0 gr, 05) 2 à 6 par jour.

SPARTO-CAMPBRE

CAMPHO-SULFONATE DE SPARTÉINE & CAMPHO-SULFONATE DE SODIUM

VÉRITABLE SYNERGIE CARDIOTONIQUE

TRAITEMENT D'URGENCE: du collapsus cardiaque, des états adynamiques au cours des maladies infectieuses.

•
Diurétique et Cardiotonique d'Entretien

•
Ampoules de Sparto-campbre: de 2 et 5 cc. (injections sous-cutanées ou intramusculaires).

Dragées de Sparto-campbre: 2 à 6 par jour.

GENISTENAL

ÉTHYLPHÉNYLBARBITURATE NEUTRE DE SPARTÉINE

NEURO-SÉDATIF & HYPNOGÈNE « ÉQUILIBRANT » du Système nerveux végétatif

TRAITEMENT: de l'épilepsie; chorée; convulsions; anxiétés; délire; insomnies; angine de poitrine.

•
Dragées de Génisténal (0,035 d'éthylphénylmalonylurée et 0,015 de spartéine).

Adultes: 1 à 6 dragées par jour.

Enfants: ½ à 4 " " "

LABORATOIRES CLIN, COMAR & CIE, PARIS

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

BUREAUX A LOUER

BUREAUX POUR MEDECIN A LOUER.

S'adresser à 418 est, rue Sherbrooke. MARquette 7334.

POSTES DE MEDECINS

POSTE DE MEDECIN

A louer: Bureau de médecin, avec logement. Bail à continuer. Meubles à vendre, etc., etc. Conditions faciles. S'adresser, entre 7 et 8 hrs p. m., 58 est, rue Beaubien. Tél.: CRescent 0074 ou CRescent 0968.

POSTE DE MEDECIN

Angle Church et Verdun, bon local et très central offert à bas prix. S'adresser au Dr Pigeon. Tél.: YOrk 3031.

INTERNES DEMANDES

INTERNES DEMANDES

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

HOPITAL PRIVE SAINTE-AGATHE-DES-MONTS

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

HOSPITALISATION

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

CONDITIONS D'ADMISSION

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

Heures de visite:

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

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

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

La diète du Diabétique



ALIMENTS DEPOURVUS D'AMIDON

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

Grande boîte pour 30 cuissons
\$4.85

Petite boîte pour 15 cuissons
\$2.75

En vente chez tous les pharmaciens ou directement chez

LISTERS Limited

Huntingdon, Quebec

CANADA

PAVERAL

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

COQUELUCHE

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

Ne cause ni intolérance, ni complication.

Littérature sur demande

Agents : CANADA DRUG COMPANY
Pharmaciens en Gros

857, rue Saint-Maurice,

MONTREAL

"VOUS LUI AVEZ SAUVÉ LA VIE"

Victime d'un accident, ce patient fut transporté dans votre bureau; ses plaies béantes et souillées présageaient de graves complications, vous lui avez donné immédiatement une dose prophylactique d'Antitoxine Anti-Tétanique et Anti-Gangréneuse: le patient fut sauvé.

Vous lui avez donné cette Antitoxine parce que vous saviez que ses plaies étaient probablement contaminées par ces affreux organismes anaérobies: le tétanique, le perfringens et le vibrion septique. Vous saviez que lui aussi, comme tous vos accidentés, il pouvait facilement devenir la proie du tétanos ou de la gangrène gazeuse.

La présence fréquente du B. de Welch (perfringens), du Vibrion Septique et du B. Tétanique (Nicolai) dans les infections rend parfaitement justifiable une telle prophylaxie chez tous les blessés. La Clinique nous démontre que les autres anaérobies sont exceptionnellement la cause d'infections ou de complications.

Le médecin qui ne veut prendre aucun risque emploiera avec avantage l'Antitoxine Anti-Tétanique et Anti-Gangréneuse purifiée et concentrée, de Parke, Davis & Cie.

PROPHYLAXIE

Antitoxine Anti-Tétanique et Anti-Gangréneuse (combinée)
Prophylactique
(purifiée et concentrée).

TRAITEMENT

Antitoxine Anti-Tétanique et Anti-Gangréneuse (combinée)
Thérapeutique
(purifiée et concentrée).



PARKE, DAVIS & COMPANY
WALKERVILLE, ONTARIO

L'Union Médicale du Canada

Fondée en 1872



Prix de l'abonnement pour 1936

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

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

Conditions de Publication

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

Le Comité de Rédaction accepte 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 et l'administration doit être adressé franco aux bureaux de l'Union Médicale du Canada, 418 est, rue Sherbrooke. Téléphone: MARquette 7334.



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 ophothérapie 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.

CORAMINE "CIBA"

Stimulant cardiaque et respiratoire.

Solution aqueuse, utilisable par voie interne et parentérale,
de l'acide pyridine-b-carbonique (25%).

La Coramine excite le myocarde, renforce ses contractions,
augmente la pression sanguine et l'amplitude respiratoire,
active la ventilation pulmonaire.

ACTION RAPIDE, INTENSE ET DURABLE.

Même posologie per os que par voie
intraveineuse.

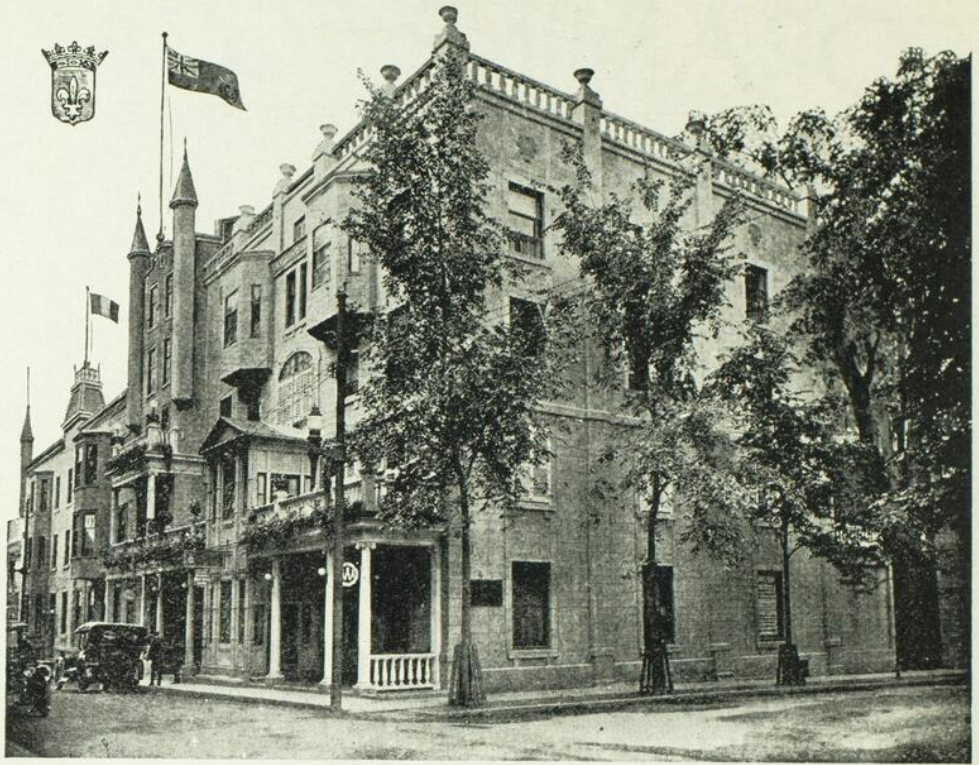
— TOXICITE MINIME —

AMPOULES



GOUTTES

COMPAGNIE CIBA LIMITEE - MONTREAL



SANATORIUM DE BLOIS

23, Avenue Laviolette, TROIS-RIVIERES, Qué.

Fondé en 1896

Maison de repos, de régimes et
de convalescence

Affections nerveuses en général

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

DEUX MEDECINS RESIDENTS

PRIX MODERES

Pour prospectus illustré, s'adresser au

Directeur, DR C. DE BLOIS

Trois-Rivières, P. Q.

Téléphone, 932

Les aliénés et les contagieux ne sont pas admis.

**En ce qui concerne l'emploi
sans
inconvenient de produits salins**

= 0.38

**In regard to the SAFETY of
SALINE COMBINATIONS**

L'une des fonctions les plus importantes de l'estomac, comme le fait justement remarquer Fantus, consiste à protéger la muqueuse délicate de l'intestin contre toute irritation provoquée par un équilibre osmotique déficieux. Cet effet s'explique par la diminution graduelle (diminution du milieu solvant intrastomacal) jusqu'au point où la concentration moléculaire atteint le point cryoscopique d'environ 0.38 (Fantus, B., *Technic of Medication*, A.M.A., 1930).

Une démonstration courante de ce principe est la facilité avec laquelle certaines eaux minérales, approchant ce point cryoscopique, sont tolérées par l'estomac, ce qui explique, au moins partiellement, leur renommée mondiale.

Le Sal Hepatica, administré tel que recommandé, approche de très près ce point cryoscopique (Δ), soit 0.38. Son action est identique à celle des eaux minérales provenant de certaines sources thermales fameuses. C'est aussi un sel effervescent très agréable au goût.

Le Sal Hepatica produit une endosmose à un degré léger. Ainsi s'expliquent ses effets laxatif ou cathartique. Le Sal Hepatica neutralise l'acidité et donne une sensation de bien-être.

Pouvons-nous vous envoyer un généreux échantillon?

SAL HEPATICA

NETTOIE LE TRANSIT INTESTINAL ET NEUTRALISE L'ACIDITÉ

BRISTOL-MYERS COMPANY, 1241-F, rue Benoit, MONTREAL, Canada

Veuillez m'adresser
votre littérature ainsi
qu'un échantillon
clinique de
SAL HEPATICA.

Nom, M.D.

Adresse

Cité Province



Sanatorium du Lac Edouard

LAC EDOUARD, P. Q.

Pour le traitement de la

TUBERCULOSE PULMONAIRE

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

Seuls, les patients susceptibles d'amélioration sont admis.

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

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

Pour tout renseignement, s'adresser à

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

Surintendant médical

L'Union Médicale du Canada

Fondée en 1872

Bureau de Direction

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

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

Bureau de Collaboration

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

Président: A. LeSage; Vice-président: J.-A. Vidal;

Secrétaire: Léon Gérin-Lajoie;

ONT COLLABORE AU VOLUME DE 1935:

Amyot (R.), Archambault (P.-R.), Barry (G.), Baril (H.), Bernard (L.-C.), Bertrand (A.), Bertrand (A.), Blagdon (L.), Boucher (R.), Bourgeois (B.-G.), Bourgeois (P.), Bridges (Mme K. M. B.), Cantero (A.), Champeau (J.), Charbonneau (J.-H.), Charon (E.), Comtois (A.), Coutu (L.), Couturier (A.), d'Argencourt (G.), DeMartigny (F.), Desforges (A.), Desjardins (Ed.), Doré (R.), Dubé (Edm.), Dubé (J.-E.), Dufresne (E.), Dufresne (O.), Dumontier (A.), Facquet (J.), Fauteux (M.), Favreau (J.-C.), Ferron (M.), Fontaine (R.), Fortier (L.), Gagnier (L.-A. fils), Gariépy (L.-H.), Gariépy (U.), Gélinas (H.), Gendreau (J.-E.), Gérin-Lajoie (L.), Gibeault (H.), Graton (A.), Guilbault (A.), Hébert (G.), Heineck (A.-P.), Jutras (A.), Lafresnière (G.), Lambert (J.-A.), Lamoureux (L.),

Lapierre (G.), Laquerrière (A.), Larichelière (R.), Laurin (B.), Lefebvre (P.), Lefrançois (C.), Legault (J.-P.), Léonard (D.), LeSage (A.), LeSage (J.), Letondal (P.), Lian (C.), Magnan (L.-A.), Major (W.), Manseau (J.-A.), Manseau (O.), Marin (Albéric), Martel (J.-A.), Martin (P.), Mathieu (C.-T.), Mathieu (E.), Millet (J.), Morin (G.), Morin (P.), Mousseau (J.-A.), Panet-Raymond (J.), Panetton (P.), Paquette (J.-P.), Paré (L.), Parizeau (T.), Pilon (A.), Poirier (P.), Patoine (L.), Ricard (P.-M.), Riopelle (J.-L.), Riopel (P.), Roux (R.), Roy (J.-N.), Samson (J.-E.), Sansregret (E.), Saucier (J.), Simard (L.-C.), Smth (P.), Saint-Germain (J.-P.), Saint-Jacques (E.), Tétreault (A.), Trépanier (F.), Vidal (J.-A.).

SUITE DU SOMMAIRE

REVUE DES LIVRES

Histoire de la Médecine LeSAGE 166

BIBLIOGRAPHIE

Thérapeutique O. R. L. Homoeopathique — Thérapeutique Cardio-vasculaire 169

NOUVELLES

Le Dr Paul Letondal à la Crèche de la Miséricorde 195

ANALYSES

MÉDECINE

GASTRO-ENTÉROLOGIE

Comment donner au tubage duodéal son rendement maximum (p. 170). Une revue sur les facteurs duodénaux de neutralisation du chyme acide (p. 170). La réaction du contenu d'un duodénum isolé (p. 171). Pouvoir de neutralisation du duodénum, son action comme substance-tampon et pour diluer des acides (p. 171). La réaction du contenu duodéal après dérivation de la bile hors du duodénum (p. 172).

CARDIOLOGIE

Traitement chirurgical de l'asystolie basaldowienne (p. 172). Un cas de rate animée de pulsations au cours d'une maladie mitrale avec insuffisance tricuspiddienne (p. 173). Le développement de la sténose chez les sujets jeunes (p. 174).

ENDOCRINOLOGIE

Facteurs diabétogène, thyrotrope, adrénotropique, et parathyrotrope de la pituitaire (p. 176). L'hypophyse postérieure (p. 177).

PHTISIOLOGIE

Le pneumothorax contro-latéral (p. 178). Le traitement des abcès et des gangrènes du poumon par injections intraveineuses de benzoate de soude (p. 179). La syphilis chez les tuberculeux pulmonaires (p. 179).

NUTRITION

L'azotémie non uréique et son traitement par l'urée et les extraits de foie (p. 180). Hyperglycémie et glycosurie associées à des maladies du tractus biliaire (p. 181).

NEURO-PSYCHIATRIE

L'injection intracrânienne d'air dans le traitement des céphalées, vertiges et changements de caractères consécutifs aux traumatismes crâniens (p. 182). Le vaccin antityphique dans le traitement de la chorée; ses dangers éventuels (p. 182).

CHIRURGIE

Les chances de survie après anastomose bilio-intestinale (p. 183). Cancer traumatique du sein (p. 184).

CANCÉROLOGIE

Le cancer et l'ulcère chronique d'estomac (p. 185). Le cratère en pessaire du cancer ulcéiforme de l'estomac (p. 186).

GYNÉCOLOGIE

Etat actuel du diagnostic biologique de la grossesse (p. 186).

UROLOGIE

Urographie d'élimination et exploration fonctionnelle pyélo-urétrale (p. 187). Sur le traitement de l'incontinence d'urine essentielle des enfants par l'infiltation du périnée à l'aide d'une solution physiologique de NaCl (p. 189).

PÉDIATRIE

Etude de la cholestérolémie chez les enfants hypothyroïdiens (p. 189).

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE

Résultat de la ténosuspension pour la luxation récidivante de l'épaule (p. 190). Tubera verucosa (p. 191). "L'opération conservatrice des hallux valgus" (p. 191).

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Origine des arthropathies tabétiques, résultats qu'on peut attendre de leur traitement (p. 192). Gangrène de la verge avec fenestration du prépuce (p. 192). L'adénopathie épitrochléenne dans la syphilis secondaire (p. 193). Roséole de retour et lésions secondaires après une période de latence clinique et sérologique de 7 ans (p. 193).

ÉLECTRO-RADIOLOGIE

"Sur les indications de l'artériographie" (p. 194).

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 ASIATIQUES 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

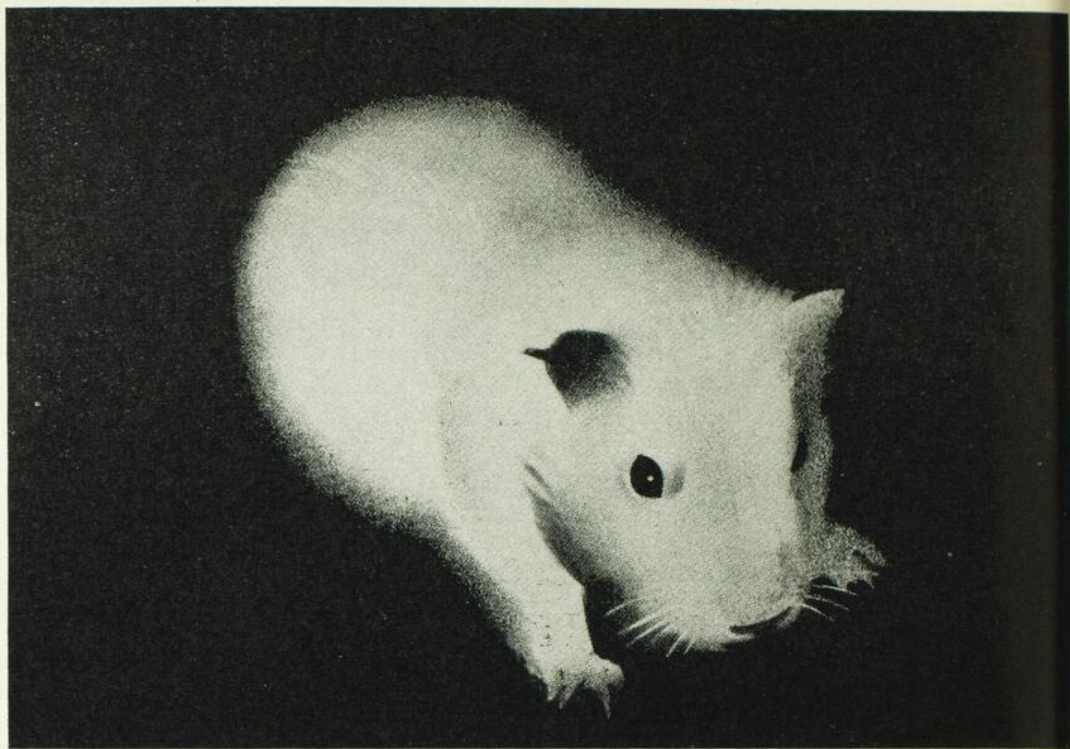
Docteur es-Sciences

“PRECISION FRANÇAISE”

428, CHERRIER
MONTREAL

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

Phone
HARBOUR 2357



QUI DONC voudrait être changé en **COBAYE**?...

*Qui consentirait à être un instrument
d'expériences cliniques de vitaminothérapie ?*

Puisque un nom seul: Haliver Oil avec Viosterol Abbott — permet d'écarter toute indécision et de ne plus rien laisser au hasard.

En prescrivant: Haliver Oil avec Viosterol Abbott le médecin sait que son malade recevra avec une exactitude scientifique la dose requise de Vitamines A et D.

C'est grâce au triple essai de laboratoire auquel est soumis cha-

que lot de Haliver Oil avant sa mise en vente que le manufacturier peut garantir la **teneur** en vitamines déclarée sur les étiquettes. C'est grâce aux essais de contrôle qui sont renouvelés par la suite à intervalles réguliers sur des échantillons de chaque lot qu'il peut justifier la garantie de **stabilité**.

TENEUR EXACTE et STABILITÉ signifient **efficacité** de vos traitements.

Spécifiez toujours

HALIVER OIL
AVEC VIOSTEROL
ABBOTT

(25 ou 100 capsules; 5 ou 50 cc. avec compte-gouttes).

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

Veuillez m'envoyer un échantillon de
votre Haliver Oil avec Viosterol.

Dr

Adresse

MÉMOIRES

HYPERSYMPATHICOTONIE —
THYROÏDECTOMIE

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



J'ai eu maintes fois l'occasion d'examiner une catégorie de malades souffrant apparemment de la maladie de Basedow, mais qui en réalité n'étaient que des hypersympathicotoniques.

Cliniquement, le syndrome hyperthyroïdien présente à s'y méprendre le tableau du syndrome hypersympathicotonique.

Celui-ci est caractérisé par de la dyspnée, de la nervosité, des palpitations, de la tachycardie, de l'exophtalmie, du tremblement, de l'éréthisme cardiaque, une peau moite, un dermographisme positif, etc.

Pour constituer le basedowisme, le syndrome hypersympathicotonique doit être associé au syndrome hyperthyroïdien, dont les caractères sont au nombre de trois: glande thyroïde augmentée de volume, métabolisme basal élevé, amaigrissement.

En présence de tout état pathologique, il faut rechercher l'étiologie de celui-ci. Malheureusement, le syndrome hypersympathicotonique, exclusivement, étant en suractivité, il n'est pas toujours possible de déterminer la cause de cette surexcitation. De ce fait une thérapeutique adéquate constitue un problème difficile à résoudre.

Laissons de côté momentanément le syndrome hypersympathicotonique et considérons l'état clinique de celui qui présente le syndrome antagoniste.

Nous savons que les systèmes sympathique et vague ne sont pas faciles à dissocier. Tout de même, il nous faut admettre que le tableau clinique de la surexcitation de l'un est nettement opposé à l'autre.

Cliniquement, la prédominance du syndrome vagotonique se caractérise par de la pâleur des téguments, de l'énophtalmie, de l'asthénie,

de la bradycardie, une pression artérielle basse. Le dermatoglyphisme est négatif et il y a tendance à la mélancolie, à la migraine.

Quelle serait la cause primaire de cet état pathologique? Le fait suivant est observé cliniquement: l'adrénaline en injection (voir Collet, 1926) amende ce syndrome.

La vagotonie semblerait donc être la conséquence d'un hypofonctionnement des capsules surrénales.

Pourquoi le syndrome antagoniste, le syndrome hypersympathicotonique, ne serait-il pas dû à une hyperfonction surrénalienne?

Crile dit que la suractivité des capsules surrénales, organes qu'il compare à un poste d'énergie (power house), se transmet à distance en parcourant les branches différentes du système sympathique surrénalien et qu'au niveau de la glande thyroïde (poste transmetteur) cette suractivité se transforme et devient nocive vis-à-vis de la glande thyroïde elle-même, du cœur en particulier et de l'économie en général.

Ses nombreuses observations personnelles semblent lui donner raison. Chez un goitreux toxique hémi-thyroïdectomisé avec section du récurrent, Crile pratique du côté opposé à l'hémithyroïdectomie une section des branches efférentes du sympathique surrénalien plutôt que d'intervenir sur le lobe thyroïdien restant, de peur de léser, au cours de ce deuxième temps opératoire, le dernier récurrent intact. Il constate alors que non seulement l'hypertrophie ou l'hyperplasie thyroïdienne disparaît, mais qu'il en est ainsi de la symptomatologie toxique que présente le goitreux.

Il semble donc évident que la vagotonie soit le fait d'un hypofonctionnement des surrénales et que l'hypersympathicotonie ait comme cause primaire une hyperfonction de ces glandes.

L'intervention, qui consiste à sectionner les branches efférentes du sympathique surrénalien, est laborieuse et très délicate.

Si le stimulus surrénalien, comme le prétend Crile, vicié lors de son passage à travers la glande thyroïde, est la cause primaire de l'hypersympathicotonie, je me demande si en sectionnant le sympathique thyroïdien on obtiendrait le même résultat heureux que Crile a obtenu chez ses nombreux opérés.

Il va de soi qu'il n'est question ici que de l'hypersympathicotonie dont la cause somatique demeure obscure.

Il s'agirait alors de pratiquer une thyroïdectomie subtotale bilatérale, opération au cours de laquelle le sympathique thyroïdien périartériel est sectionné. J'ai été tenté parfois d'adopter cette ligne

de conduite en présence de cas plutôt décevants d'hypersympathicotonie *idiopathique*.

Comme il s'agit d'expérimentation, j'aimerais à connaître l'opinion de mes savants confrères à ce sujet.

Existe-t-il un hypo et un hyperfonctionnement des capsules surrénales? Si oui, que peut faire le médecin pour contrecarrer définitivement la suractivité de ces glandes?

La radiothérapie peut-elle diminuer considérablement l'hyperfonction surrénalienne sans la faire disparaître complètement, de peur de créer l'état antagoniste: la vagotonie?

Je serai heureux de connaître ici même l'opinion de confrères qui daigneront commenter et compléter ce court exposé.



UN NOUVEAU TRAITEMENT DES PLAIES ATONES⁽¹⁾

Par **Gabriel LAFRESNIÈRE,**

Chef de clinique des maladies de la nutrition et des glandes endocrines
à l'hôpital Saint-Luc.

Tout le monde médical connaît bien ces ulcères qui font le désespoir de ceux qui sont appelés à les traiter. Après avoir employé des kilos d'onguents et de pommades, des litres de sérum physiologique, tous les moyens dont dispose l'électrothérapie : rayons infra-rouges et ultraviolets, chaleur et lumière, on se rend compte, après des semaines de labeur, de la futilité de tous les efforts. Même la bonne nature, qui si souvent se moque de toutes les thérapeutiques, en guérissant à notre nez un malade que nous aurions voulu ramener à la santé par les moyens les plus scientifiques, semble, dans le cas des plaies atones, aussi incapable que le plus savant ou le plus humble des thérapeutes.

Il y a cependant un traitement inédit que nous avons expérimenté dans le service de médecine, et qui nous a donné les meilleurs résultats. Le chef du service, M. Boucher, s'inspirant d'un traitement employé par le célèbre radiumthérapeute Regaud pour le soulagement de certains ennuis dûs au cancer du col utérin, décida de l'essayer sur les plaies atones, qui, en assez bon nombre depuis quelque temps, empoisonnaient la vie de tout le personnel du service médical.

M. Regaud avait fait l'essai, un jour, de pansement au sérum glucosé à 40% sur des ulcérations cancéreuses du col, et les résultats furent assez intéressants puisque les pertes odorantes cessèrent aussitôt et que les ulcérations elles-mêmes furent favorablement influencées. Sur les ulcères et plaies atones, on tenta donc un traitement analogue, c'est-à-dire que l'on appliqua des pansements au sérum glucosé à 40%, et dans deux cas on adjoignit des injections d'insuline, deux fois par jour. Ici l'insuline joue le rôle de fixateur du glucose et permet une meilleure assimilation du sucre en favorisant le métabolisme hydrocarboné. Les résultats furent des plus encourageants, comme en font foi les observations suivantes.

(1) Travail du service de médecine.

Obs. I. — Mme T. . . , 48 ans. Insuffisance cardiaque grave, double lésion aortique et rétrécissement pulmonaire. Glycémie 0 gr. 94. Pour faire diminuer un œdème considérable des membres inférieurs, on lui fit de nombreuses mouchetures. Par la suite, la guérison de ces mouchetures causant une démangeaison, la malade commença à se gratter et infecta une des petites plaies, située au 1/3 supérieur de la jambe droite, en arrière, qui s'agrandit jusqu'à atteindre un diamètre de 9 centimètres environ. On appliqua d'abord des pansements au sérum physiologique, pendant une semaine, sans résultats. Puis on changea pour des pansements au sérum glucosé à 40%, plus insuline 10 unités matin et soir, avec une amélioration marquée, dès les premiers jours. La malade est encore dans le service pour traitement de son cœur, mais la plaie de sa jambe est pratiquement guérie.

Obs. II. — M. M. . . , 35 ans; anémie pernicieuse. Numération globulaire variant, au cours de la maladie, entre 2,650,000 et 2,225,000. Ce malade présentait une énorme escarre sacrée qui allait en s'agrandissant de jour en jour. Dès les premières applications de sérum glucosé, la plaie commença à se régénérer avec apparition de bourgeons charnus et guérison en bonne voie. Malheureusement son anémie n'allait pas de pair avec l'amélioration de l'escarre et le patient mourut, malgré transfusions, extrait de foie de veau, etc., trois semaines après son entrée.

Obs. III. — M. A. . . , 70 ans; congestion pulmonaire active. Glycémie 1 gr. 14. Ce malade présentait une énorme plaie ulcéreuse sur la face antérieure de la jambe gauche, au tiers inférieur et une autre sur la face externe du pied droit. Les pansements au sérum physiologique n'ayant donné aucun résultat, furent remplacés par le sérum glucosé à 40%, sans association d'insuline. Les ulcères étaient diminués de plus de la moitié lorsque le patient partit guéri de sa congestion pour le Refuge de la Merci.

M. Barral, de Lyon, écrivait en juillet 1934, dans *Paris Médical*, un article sur l'insuline facteur de cicatrisation. Mais procédant à l'inverse de ce que nous avons fait, c'est-à-dire employant l'insuline d'abord pour le traitement des plaies atones, il se rendit compte que cette substance n'avait d'action que si on injectait en même temps ou faisait prendre par la bouche une certaine quantité de sucre. Les résultats alors furent merveilleux. Chez nous dans le service de médecine on employa d'abord le sérum glucosé, qui, même sans l'aide de l'insuline, nous donna les succès que nous avons tantôt mentionnés.

Quel est le mécanisme d'action du sucre, dans le traitement des plaies atones? Nous croyons que le sucre seul et le sucre associé à l'insuline agissent, avant tout, sur le métabolisme des hydrates de carbone, même chez des sujets qui n'en présentent aucun trouble évident, et que les malades qui sont affligés de ces plaies dites atones,

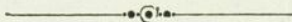
sont ou des hypoglycémiques ou au contraire des insuffisants glycolytiques latents, sans glycosurie ni hyperglycémie et chez lesquels le trouble de l'utilisation des hydrocarbonés ne peut être souvent mis en évidence que par l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée, comme le prouve cette dernière observation.

Obs. IV. — Mme B..., 61 ans. Glycémie à jeun 1 gr. 40, après déjeuner 1 gr. 28. Pas de glycosurie. Cette malade se présente avec une plaie de 7 centimètres environ, à la face postéro-inférieure de la jambe droite, plaie si douloureuse que la pommade cocaïnée et le nupercainal ne calment pas ses douleurs. La pommade à l'insuline et le sérum physiologique ne donnent aucun résultat, pas plus d'ailleurs que 18 injections d'acécoline. Mme B... fut la première personne, sur laquelle, on expérimenta ce nouveau traitement par le sérum glucosé à 40%, avec insuline 10 unités, matin et soir. Ce que nous n'avions pu obtenir après des semaines de traitements de toutes sortes quelques pansements au sérum glucosé le firent, en peu de temps, d'une façon merveilleuse, car l'ulcère est complètement guéri. Une autre petite plaie qui apparut plus tard, sur l'autre jambe, est traitée de la même manière et sa guérison n'est plus qu'une question de jours.

Une épreuve d'hyperglycémie provoquée, le 28 novembre dernier, a mis en évidence un trouble du métabolisme des hydrates de carbone assez marqué, avec glycémies élevées, mais sans glycosurie. Cette malade doit être, tout de même, considérée comme une diabétique.

D'aucuns prétendront que nous ne pouvons pas tirer de conclusions pratiques, après n'avoir observé que quatre cas, et c'est vrai. Aussi, nous nous proposons bien de continuer d'expérimenter ce traitement, chaque fois que l'occasion s'en présentera.

Enfin, nous ferons remarquer, comme nous le disions plus haut, que nous avons essayé tous les traitements habituels, excepté le traitement orthopédique préconisé par R. Sœur, de Bruxelles, et qui lui a donné, assure-t-il, les meilleurs résultats.



**ÉPITHÉLIOMA GASTRIQUE À FORME
VÉGÉTANTE. ANÉMIE.
ÉTUDE PAR LA DIAGNOTHORINE ET LA
GASTROSCOPIE PÉRORALE⁽¹⁾**

Par
Jean LeSAGE, et **Saint-Jean DESROSIERS,**
Chef de clinique en gastro-entérologie à l'hôpital et Médecin et gastro-entérologue
Saint-Luc. de l'hôpital Sainte-
Jeanne-d'Arc.

S'il est un désir ardent parmi les médecins, c'est d'essayer de poser précocement le diagnostic de cancer, et de sauver des vies, en soumettant très tôt le malade qui en est atteint au traitement le mieux indiqué. Il semble qu'en pathologie digestive, où les signes révélateurs de ce mal sont en général latents pendant une longue période de son évolution, le médecin doit avoir présent à l'esprit le diagnostic de cancer dans tous les cas de doute, jusqu'à preuve du contraire, au lieu de nier la possibilité d'un cancer tant qu'il ne s'est pas plus clairement manifesté. L'accord se fait là-dessus. Mais, sur quels signes s'appuyer pour obtenir une certitude? Y a-t-il des méthodes nouvelles susceptibles d'éclairer le diagnostic? C'est notre conviction, à la suite de quelques auteurs éminents et de haute expérience, et nous voulons soumettre aux esprits critiques certains faits d'actualité.

L'observation qui suit n'illustre pas précisément un diagnostic précoce d'épithélioma gastrique, mais elle permet d'entrevoir comment, grâce à l'emploi de la diagnothorine ou de substances semblables en radiologie, et grâce à l'exploration de la cavité gastrique par gastroscopie, *on peut*, lorsque déjà la clinique suspecte l'existence d'une lésion gastrique néoplasique, confirmer presque à coup sûr la présence de cette lésion même.

Nous croyons, de plus, que sans attendre les vérifications de la chirurgie ou de la nécropsie, le temps approche — tel notre cas — où la radiologie d'abord et la gastroscopie ensuite viendront poser, non plus des diagnostics purement descriptifs ou présomptifs, mais des *diagnostics anatomiques*, des *diagnostics de nature* en face de telle image aperçue à l'écran ou à travers les prismes du gastroscopie.

(1) L'observation elle-même a été présentée à la Réunion Scientifique mensuelle de l'hôpital Saint-Luc, en décembre 1935.

Ainsi la chirurgie interviendra plus tôt, d'une main sûre et plus efficace à longue échéance.

Obs. — M. John W., marin, âgé de 60 ans, entre dans le service de médecine de l'hôpital Saint-Luc le 12 septembre 1935, se plaignant de dyspnée d'effort, d'oppression, d'asthénie, voire de douleurs à la région précordiale ainsi que d'œdème des membres inférieurs. Cette dyspnée d'effort est apparue à bord de son navire, durant le périple de ses voyages au long cours. Il est traité à Gênes, en Italie, dans un grand hôpital, comme cardiaque. Amélioré, il est repris à bord, fait rechute et est soumis à des traitements identiques dans un hôpital d'un port de l'Afrique du Sud. Remis à bord une deuxième fois, il rejoint Montréal où il est hospitalisé chez nous. On ne relève chez lui aucun trouble digestif, soit gastrique soit intestinal, net. Jamais il n'a constaté de sang dans ses selles, quoique tous aient remarqué chez lui un état anémique prononcé.

C'est un vieux garçon n'ayant jamais présenté aucune maladie antécédente grave, même notable. Il ignore de quoi son père et sa mère sont morts.

A l'examen, les Drs Boucher et Morin constatent, le 13 septembre, outre une pâleur et une asthénie marquée, qu'au cœur, la pointe bat dans le 5e espace intercostal gauche, à 12 centimètres en dehors de la ligne médio-sternale. Il existe un souffle systolique léger au foyer aortique et un prolongement du premier bruit à la pointe. Clangor aortique. Rythme régulier mais lent. Pouls de Corrigan?

Les poumons ne présentent rien d'anormal. P. A.: 115/45. Le foie semble de volume normal, indolore. Quelques taches rubis disséminées. Aux membres inférieurs, pas d'œdème.

Mais, fait qu'il faut ressortir de l'observation, *les pupilles sont très déformées et réagissent mal à la lumière.*

On pose alors le diagnostic d'anémie secondaire et d'insuffisance aortique. Un ortho-diagramme, le 13 septembre, montre un cœur normal. L'urée revient à 0. gr. 17; la glycémie à 1 gr. 52. L'examen des urines est négatif.

Le B.W., pratiqué successivement, le 24 septembre, le 10 octobre et le 18 octobre, (ce dernier dans le liquide c.-r.), revient négatif.

L'examen du liquide c.-r. ne révèle qu'une augmentation du sucre: 1 gr. 08. Il reçoit, à partir du 12 septembre, de la cardibaïne intraveineuse, puis des injections de néo-luatol bientôt suivies de novarsénobenzol.

Le 26 octobre, nous avons trouvé d'abord que le foie débordait légèrement les côtes, qu'il existait une circulation collatérale, nette. Toutefois, pas d'œdème. Mais au cœur, des frottements péricardiques, une P.A. de 140/50; le souffle systolique est disparu. Le 5 novembre, les mêmes constatations sont vérifiées. Nous le voyons (Dr LeSage) à ce moment.

L'état ne change pas. Le 29 octobre une cytologie ramène la formule suivante:

Hémoglobine	30%	Lymph.	17
G. R.	2,925,000	G. M.	0
G. B.	5,600	Eosin.	1%
Valeur Globulaire	.56	Baso	2%
Polyn.	80%		

Le 31 octobre la Constante d'Ambard donne des chiffres normaux, avec un indice de sécrétion cependant très augmenté: 213%! On lui administre des injections d'extraits hépatiques. Le 13 novembre, on trouve du sang dans les selles (examen microscopique). Le 14 novembre, un examen rectoscopique fait par nous-même montre la présence de gros bourrelets hémorroïdaires de 2 H. à 5 H., fissurés, saignants, pouvant expliquer le sang dans les selles et que nous avons fait disparaître par des injections sclérosantes.

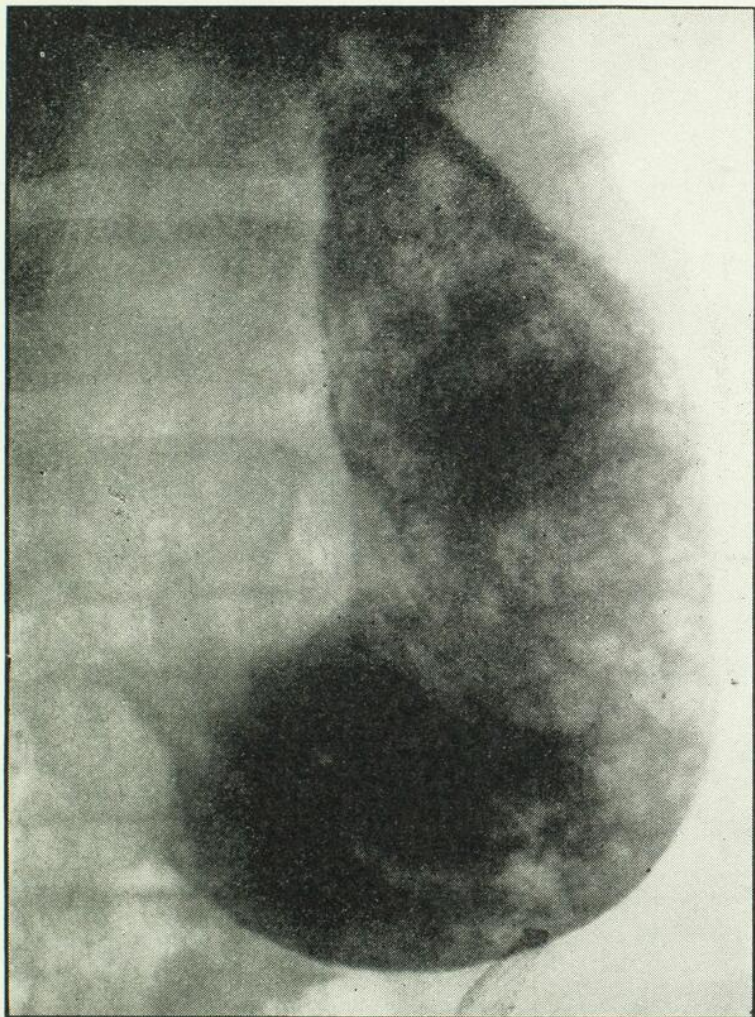


Fig. I. Aspect de l'estomac après ingestion de baryum. On distingue bien les images tigrées, cotonneuses. On n'aperçoit pas de lacune nette.

Pendant tout ce temps, température normale. Afin de confirmer un doute, déjà soulevé dès le début, nous demandons un *examen radiologique de l'estomac* après repas baryté ordinaire. En voici le procès-verbal le 12 novembre: Traversée œsophagienne normale. Estomac atone au début, élargi, mais non

abaissé. Après évacuation de la moitié du repas, l'estomac apparaît comme *tigré*, sans image lacunaire vraie, les courbures restant régulières. La question se pose d'une polypose gastrique?

Après consultation, nous décidons de faire subir au malade un nouvel examen radiographique après ingestion de deux cuillerées à soupe de "diagnosthorine" (thorium X) substance très opaque aux R. X. et permettant, sous un faible volume, de mettre en relief les plis gastriques et leurs anomalies.

Le 18 novembre, le malade est examiné de cette façon et on lui fait successivement prendre les positions de décubitus latéral gauche, latéral droit, la position ventrale, puis on pratique, debout, une stéréographie. "L'image, dit le Dr Grondin, est identique aux dernières, excepté qu'on a

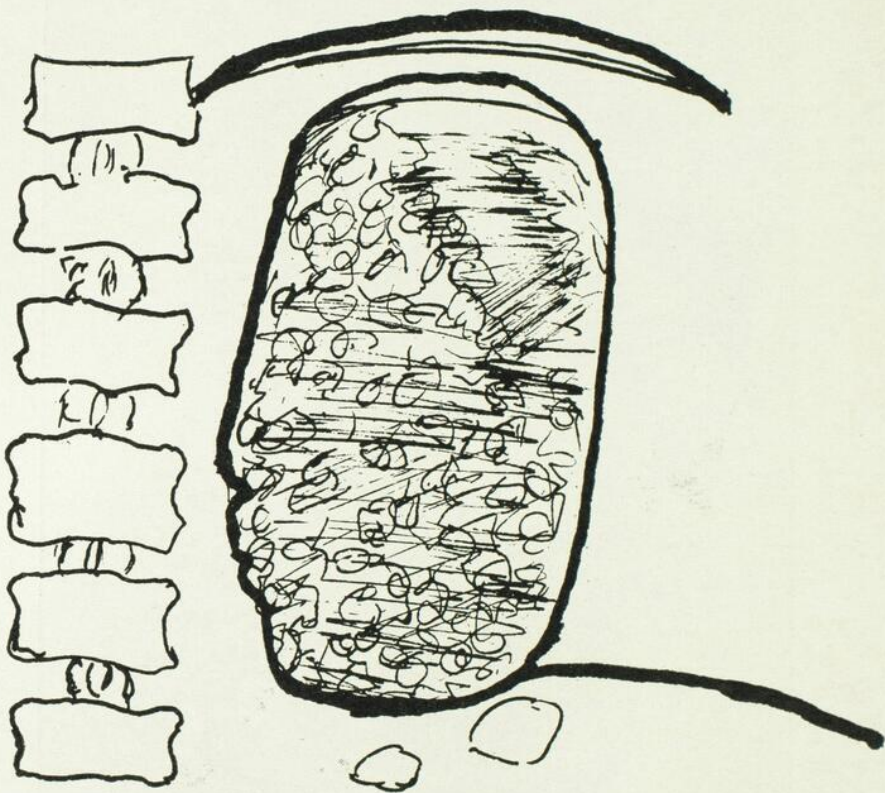


Fig. II. Reproduction schématique de l'aspect de l'estomac après ingestion de *diagnosthorine*. On aperçoit les mêmes images qu'à la fig. I et de plus une image lacunaire de la région antrale (vue sur 2 radiographies).

l'impression que toute la petite tubérosité est amputée. Il y a lacune. On ne distingue pas du tout les plis de la muqueuse; l'estomac est comme rempli, malgré la faible quantité de liquide ingéré, ce qui porte à croire que la cavité est occupée, soit par des néo-productions, (c'est-à-dire, soit des polypes, des végétations), peut-être des caillots."

Ces derniers rapports nous laissèrent encore hésitant entre une polypose gastrique, maladie rare, et un épithélioma gastrique.

Dans le but de trancher le diagnostic, le malade devant être rapatrié de toute façon et ne pouvant accepter une opération, surtout avec un si mauvais état général, nous songeons à faire pratiquer une *gastroscopie*. Comme nous n'avions pas encore reçu l'appareil, sur lequel nous comptions, nous nous sommes adressé à notre ami M. Saint-Jean Desrosières, qui s'est aimablement prêté à nos suggestions. Or, voici le résultat de cette intéressante exploration :

On observe à environ 6 cm. à 8 cm. du cardia des infiltrations avec masses végétantes intéressant à la fois la petite courbure P.C. et la face postérieure, F. P. de l'estomac.

A ce niveau la muqueuse présentait en effet une saillie en dôme irrégulier, creusée de petits cratères recouverts en partie de dépôts pultacés.

Au niveau de l'antra on remarquait : un aspect très pâle de la muqueuse, et une rigidité notable de ce segment de la muqueuse gastrique où les battements transmis de l'aorte étaient à peine perceptibles.

Cette région également semblait s'éloigner en bloc de l'objectif tel un pan de mur, contrairement au mouvement de vague très caractéristique chez l'estomac sain.

L'anémie marquée de la région antrale, jointe à la rigidité ci-haut mentionnée, présumerait en faveur de l'essaimage à distance du cancer.

L'histoire clinique et les données du laboratoire : *achlorhydrie et hypermyxie* (Moutier) confirme le diagnostic gastroscopique à savoir : *épithélioma infiltrant et bourgeonnant* (Pl. XX, 5.) (1)

Commentaires

On nous permettra de tirer de cette observation de brèves considérations cliniques, radiologiques, chimiques et gastroscopiques.

Ce qui nous frappe chez ce malade, et sans doute ce qui a induit ses médecins en erreur, c'est qu'il se présente comme un petit cardiaque : dyspnée d'effort, œdème des chevilles, asthénie, etc., sans aucun signe digestif anormal : excellent appétit, bonne digestion, fonctions intestinales régulières. Il est pâle cependant, très pâle, et un jour on constate du sang sur ses selles. La présence d'hémorroïdes internes, découvertes et traitées sous le contrôle de la rectoscopie, eut suffi pour expliquer ces phénomènes. Mais on trouve un foie légèrement augmenté de volume qui aussitôt suggère l'idée d'une radiographie gastrique. Nous y reviendrons. Il ne fallait pas s'hypnotiser sur la lésion banale du rectum, quoique le saignement hémorroïdaire — nous le voyons souvent — peut amener une grave anémie spoliatrice. A tout prendre, et avant un examen ultérieur, ce malade offre les traits d'un grand anémique, et ce cas rappelle bien la phrase suivante d'Elsner : "La néoformation gastrique devient déjà une tumeur inopérable pendant la période de silence..." et de Boas : "Ce qui est redoutable dans le cancer, ce n'est pas la tumeur, c'est la latence."

Avec M. Moutier, disons qu'on ne "saurait trop tenir compte des lésions douteuses" et des signes suspects. A cet effet déjà, le Pr. Albert Mathieu n'avait-il pas signalé comme signes de présomption en faveur du néoplasme gastrique "les dyspepsies apparues chez un homme jusque-là indemne de tout trouble digestif", signes en tout cas tellement plus précoces que le tableau clinique — en l'absence de signes physiques ou autres de localisation — du mauvais état général: pâleur, asthénie, amaigrissement, voire inappétence, et état général déclinant de jour en jour. Le diagnostic de cancer posé à cette période est presque nécropsique. On arrive trop tard.

Il y aurait aussi à surveiller davantage les cas étiquetés avec raison de *gastrique chronique*, surtout s'il y a *achlorhydrie*. Ces gastrites naissent à la longue sur un terrain le plus souvent alcoolique ou syphilitique, quelquefois sur le terrain de l'anémie pernicieuse, et le cancer gastrique semble se greffer avec une préférence marquée sur les lésions de gastrites anciennes.

L'hémorragie gastrique ou les mélénas, même lorsque la localisation est repérée ultérieurement, ne permettent pas, règle générale, de préciser un diagnostic précoce de nature. *La recherche de l'achlorhydrie* doit être adoptée comme méthode de routine dans ces cas afin de dépister la lésion néoplasique en évolution sournoise. Elle est un phénomène relativement précoce et plus constant, à condition que l'opérateur suive certaines règles. Elles sont simples. Il faut, outre les prélèvements à jeun, pratiquer chez le sujet des prélèvements de 10 minutes en 10 minutes (2 ou 3), après ingestion du repas d'Ewald, puis après injection de 1 c.c. d'histamine. *L'achlorhydrie vraie* persiste après le repas d'Ewald, mais peut toutefois céder légèrement après injection d'histamine et celle-ci donner lieu à une sécrétion chlorhydrique basse.

Wilson et McCarty (cités par M. Frank Smithies), en 1902, avaient déjà présenté une statistique de 153 cas d'ulcus gastriques, dont 71 pour cent démontraient, sur pièces de résection, des lésions carcinomateuses associées. *L'ulcus gastrique fait le lit au cancer... Et ce n'est qu'un exemple.*

*
* *

On a dit que "l'examen radiologique est, non pas un moyen de diagnostic précoce de cancer de l'estomac, mais au contraire un moyen tardif" (Moutier). Et cela est terriblement vrai, non seulement parce

que des lésions néoplasiques avancées, mais infiltrantes — et n'entamant qu'une partie de la muqueuse — n'apparaissant pas sur les clichés après repas baryté, mais aussi, le plus souvent, parce que le malade se présente trop tardivement.

Notre observation n'est pas celle d'un épithélioma pris à un stade précoce, sans doute, et cependant les images radiologiques elles-mêmes ne sont pas typiques à un premier examen après repas baryté ordinaire. On peut croire, sur la figure I, qu'il s'agit autant d'une polypose gastrique que de la présence d'un amas de caillots sanguins, et à la rigueur cela ressemblerait à des amas de cheveux. L'examen à la diagnothorine apporte plus de précision: l'ingestion de deux cuillerées à soupe suffisent pour faire apparaître sur les clichés: *a*) d'abord une amputation nette et large de toute la région antrale; *b*) les images cotonneuses déjà vues se prolongeant tout le long de la petite courbure. Les plis gastriques semblent disparus. On a vu ensuite quelle précision la gastroscopie apporte, en identifiant presque à l'œil nu ces lésions, et en leur apposant une étiquette à *vrai dire anatomique*. Espérons que l'on n'exigera pas de nous le diagnostic opératoire ou nécropsique, puisque les examens concordent à plaisir... Notre malade est rentré dans son pays d'Ecosse.

Nous terminerons par quelques considérations d'ordre pratique sur l'interprétation des images gastriques vues à la gastroscopie.

*
* *

A. Estomac normal ⁽¹⁾.

Couleurs de la *muqueuse*:

Rouge orange brillant.

Près de l'objectif: pâles ou plus jaunes.

Loin de l'objectif: sombres et rouges.

B. Parois.

Antérieure: lisse et luisante.

Postérieure: anfractueuse; gros plis, profondes vallées.

C. Mouvements.

Rythmés et amples: respiratoires.

Rythmés et discrets: battements aortiques.

(1) Traité de Gastroscopie. — F. Moutier, 1935. Masson & Cie.

Propres à l'estomac :

- a) Région fundique ou corps: faible activité;
- b) Région antrale et pylorique: activité constante.

D. Topographie de l'estomac en décubitus latéral gauche ⁽²⁾.

En supposant l'extrémité du gastroscopie au milieu de sa course, l'objectif se trouve dans le corps, à l'axe sensiblement horizontal. Au-dessous, le lac muqueux; en arrière, le fornix; au-dessus, la petite courbure, et, en remontant vers l'observateur, le cardia.

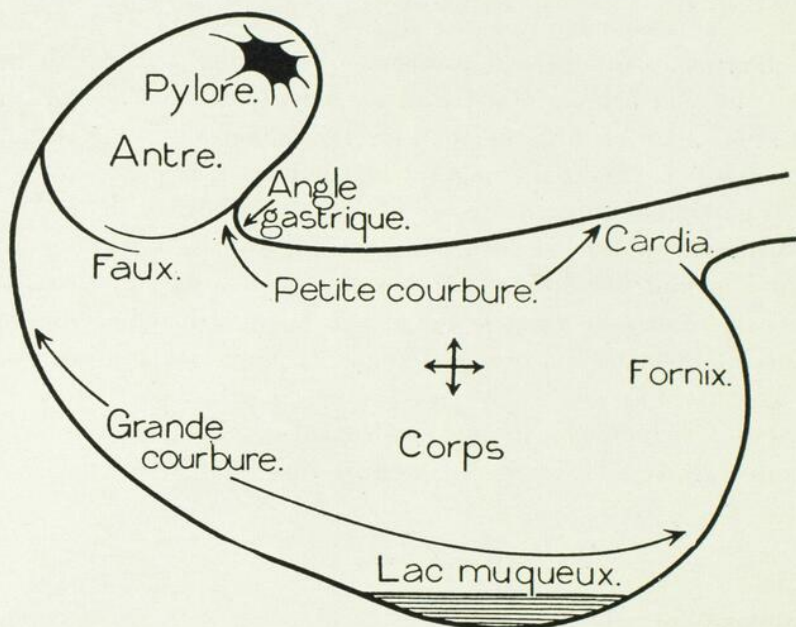


Fig. 32. — L'estomac en décubitus latéral gauche.
(F. Moutier — *Idem*).

En avant, faisant une angulation plus ou moins aiguë avec l'axe du corps, s'ouvre l'antrum, portant à son extrémité supérieure le pylorus. Dans cette position, le fornix et le corps se confondent. L'antrum, au contraire, a une individualité propre; il est, en effet, séparé du corps par un seuil, la face de l'antrum.

E. Orientation ⁽³⁾.

Il convient de procéder à l'étude interne de l'estomac en le divisant en secteurs. Avec Schindler, nous admettons trois positions d'examen: I, II, III (Fig. 33).

(2) *Traité de Gastroscopie.* — F. Moutier.

(3) *Idem*, page 67.

- 1) *Position antro-pylorique* : elle répond à l'introduction maxima de l'appareil.
- 2) *Position moyenne* : elle répond approximativement à la hauteur de l'angle gastrique.
- 3) *Position sous-cardiaque* : elle permet l'exploration des parties hautes de la petite courbure, de la face postérieure et du fornix.

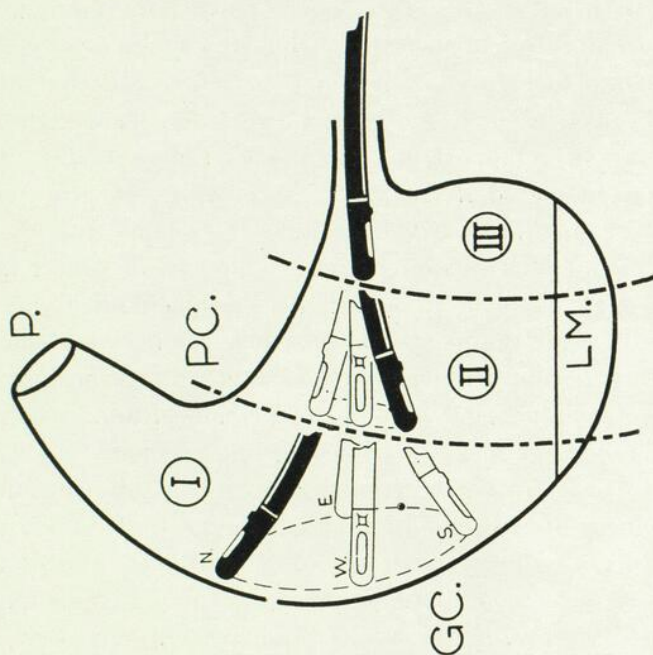


Fig. 33. — Les trois secteurs endogastriques.
(F. Moutier — Idem).

I, antro-pylorique; II, moyen; III, sous-cardiaque.

F. Interprétation des abréviations N, S, W, E ⁽⁴⁾.

Ces termes répondent à haut, bas, gauche, droite, par rapport à l'endoscopiste, c'est-à-dire approximativement à P.C., G.C., F.A., F.P. (petite courbure, grande courbure, face antérieure, etc.).

L'orientation sur points cardinaux permet, en étudiant pour chaque position: I, II, III, les quatre points de l'horizon, de faire le tour du secteur.

Si dans les positions successives: I, II, III, on prend au contraire la série des points N. ou S., W. ou E., on pourra suivre dans

(4) *Idem*, page 69.

son développement la petite courbure ou la grande courbure, la face antérieure (gauche) ou postérieure (droite).

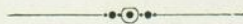
*
* * *

Il est un dernier point de vue que l'on peut envisager, et c'est celui de l'étude anatomo-pathologique concrète de cette tumeur. Nous ne saurions trouver plus clair que les remarques précises du Pr. P. Masson à ce sujet. Les cancers gastriques naissent le plus souvent des adénômes ou d'un ulcère ancien. Ils ont macroscopiquement de grandes différences. On peut les diviser en *squirrheux* ou en *encéphaloïdes* selon leur dureté ou leur mollesse, c'est-à-dire selon l'abondance de la stromo-réaction par rapport aux cellules cancéreuses. Mais il en est aussi de *végétants* et d'*ulcéreux*. "L'aspect végétant peut tenir non au cancer lui-même, mais à ce fait qu'il se développe sur un papillo-adénome en nappe plus ou moins large: ce n'est pas le cancer lui-même qui est végétant, mais la tumeur hyperplasique dont il naît. Dans d'autres cas, la végétation peut être constituée par le néoplasme même." Mais "toujours les épithéliomas d'une certaine dimension sont ulcérés, et le procédé ulcératif peut offrir plusieurs modalités..."

Il semble bien que les lésions néoplasiques de notre sujet rentrent dans le cadre des cancers végétants, d'origine papillo-adénomateuse: les bourgeonnements en font foi ainsi que la rigidité en "pan de mur" localisée, cancer secondairement ulcéré et peut-être infecté: témoins, les cratères recouverts de matières pultacées. A la gastroscopie, on ne pouvait en dire davantage. Seule l'intervention, en apportant au laboratoire la pièce réséquée, nous eût permis de classer histologiquement ce néoplasme.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) Dr Frank Smithies and Ochsner "The Cancer of the Stomach" Saunders & Co.
- 2) Dr Pierre Masson "Diagnostic de laboratoire. Tumeurs, etc.", de la collection Sergent, etc. (Masson & Cie, Paris).
- 3) "Cancer" Tome V collection "Nouveau Traité de Médecine".



LA QUATRIÈME MALADIE VÉNÉRIENNE

(Maladie de Nicolas-Favre)

Par **Albéric MARIN**,
Professeur agrégé de Dermatologie et de Syphiligraphie
à l'Université de Montréal,
Chef du Service de Dermato-Syphiligraphie
de l'hôpital Notre-Dame.

La découverte d'une quatrième maladie vénérienne, quand depuis des générations on n'en reconnaissait que trois (syphilis, chancrelle, blennorrhagie), n'est pas sans avoir suscité un nombre incalculable de recherches et de travaux. L'intérêt du monde médical s'est éveillé avec la révélation de cette nouvelle entité morbide surgie dans un domaine où s'étaient exercées à loisir l'observation clinique, l'expérimentation des laboratoires et l'invention thérapeutique.

A la vérité, cette affection était connue depuis longtemps, ou plus exactement ses manifestations diverses et multiples avaient déjà été étudiées, mais rattachées à d'autres causes. Ainsi, sa forme inguinale, appelée bubon climatique, la forme vulvo-vaginale éléphantiasique, désignée sous le nom d'esthiomène et une forme ano-rectale: le syphilome ano-rectal de Fournier, avaient été cataloguées comme des complications de la bacillose, de la syphilis, de la chancrelle, de la blennorrhagie, de la nocardose, etc.

Historique

Dans les contrées tropicales ou sous-tropicales, le bubon climatique, considéré comme étant spécial aux pays chauds, a été observé de tout temps. Cette tuméfaction des ganglions inguinaux et iliaques, accompagnée de suppuration, constituait une affection des plus répandues, tant chez les indigènes que chez les voyageurs ayant eu des relations sexuelles avec des femmes de ces colonies.

Transportée en Europe, elle voit son taux de morbidité s'élever de façon alarmante depuis la guerre. En Amérique du Nord, elle est maintes fois signalée depuis ces dernières années. Dorénavant, ce mal à point de départ exotique semble universellement répandu, ainsi qu'en témoignent les publications des centres médicaux des deux hémisphères.

En 1913, Nicolas et Favre, de Lyon, individualisent parmi le groupes des adénopathies inguinales un type qu'ils décrivent sous le nom de "lymphogranulomatose inguinale sub-aiguë". Plusieurs observations suivent.

Ce n'est vraiment que depuis 1925, de par la méthode de diagnostic biologique imaginée par Frei, de Breslau, qu'elle est plus souvent reconnue. De plus, grâce à la réaction de Frei, cette maladie à qui l'on n'accordait que des manifestations ganglionnaires inguinales et iliaques, est trouvée responsable de troubles extra-ganglionnaires, vulvo-vaginaux, ano-rectaux; on lui accorde même d'autres sièges: axillaire, sous-maxillaire, lingual (Hellerstrom, Curth, Bloom).

Son cadre s'est étendu à tel point que désormais on ne saurait lui conserver le nom de lymphogranulomatose inguinale. Sulzberger a proposé de l'étiqueter "lymphopathie vénérienne", terme qui rappelle son origine vénérienne et son atteinte lymphatique, indépendamment de ses variétés cliniques et de ses localisations. Mais de nos jours elle est plus communément nommée: maladie de Nicolas-Favre.

A la suite d'une enquête systématique, inaugurée par Hellerstrom, ou en dépiste en Suède en 1927, en Autriche en 1928 (Fuhs), au Danemark en 1928 (Jersild), à Cuba en 1926 (Pardo-Costello). En 1930 Wise et Sulzberger, de New-York, citent le 1er cas américain contrôlé par la réaction de Frei. En France, la fréquence augmente considérablement. Ravaut en voit 67 en 1932. En Serbie, 179 sont rapportés entre 1927 et 1932. En Roumanie, entre 1931 et 1934, 1190 malades en sont atteints (Nicolau).

Au Canada, avec le regretté Pr. G. Archambault, nous en trouvons 1 inguinal en 1927; Desforges en publie 3 en 1933, et Bourgoïn (de Winnipeg) 3 en septembre 1935. En décembre 1935 et en janvier 1936, nous en rencontrons 4 à l'hôpital Notre-Dame (1 rétrécissement du rectum, 2 adénopathies inguinales, 1 esthiomène). Nous les croyons intéressants sur plus d'un point et nous nous proposons d'y revenir ultérieurement.

Étiologie

La maladie de Nicolas-Favre est infectieuse, spécifique, contagieuse par contact vénérien ou accidentel. Son agent causal est un virus filtrant (Levaditi, Ravaut, Favre, Jersild).

Ce virus est transmissible au singe (Hellerstrom, Levaditi), au cobaye (Meyer, Rosenfeld, Anders), au lapin, à la souris (Freund,

Reiss, Dind). Ces animaux sont très réceptifs et succombent dans des délais très courts (6 à 30 jours) à une méningo-encéphalite aiguë.

Chez l'homme, son origine vénérienne est amplement démontrée. Sa transmission s'opère par voie de coïts normaux ou sodomiques. Le siège génital du chancre initial, l'adénopathie satellite située au territoire pelvien, la fréquence prédominante de l'infection à l'âge sexuel et aussi la recherche du foyer de contagion (confrontation) ont permis d'établir qu'il s'agit véritablement d'un mal vénérien (Nicolas).

La coexistence d'ennuis inguinaux identiques chez la femme, le mari et l'amant a été notée. Trois militaires s'exposant à la même heure, à la même source, en sont atteints (Favre, Moutot). Il est constaté chez deux conjoints que la femme souffre d'un rétrécissement du rectum et le mari, d'adénopathie inguinale. L'une de nos malades, porteuse d'un esthiomène des plus accusés, nous a révélé que son mari avait été traité pour adénite inguinale 2 ou 3 ans avant l'apparition de son éléphantiasis.

Les formes extra-génitales s'expliquent par la sodomie, par des particularités du drainage lymphatique et aussi par des contagions professionnelles ou autres, tel qu'il advient au chapitre des "syphilis imméritées". Ainsi il est rapporté qu'un enfant fut infecté pour avoir partagé le lit d'un lymphogranulomateux (Morocard), qu'un chirurgien fit une adénopathie axillaire après s'être blessé au doigt au cours d'une intervention chez un inguinal (Lépinay, Rotter, Chevallier). Bloom (New-York) cite un cas d'ulcération linguale et d'adénopathie sous-maxillaire et latéro-cervicale (avec Frei positif et Wassermann négatif) chez un homme contaminé par suite de rapports sexuels anormaux.

D'après certains expérimentateurs, les diverses lésions du Nicolas-Favre sont également contagieuses. Qu'il s'agisse d'ulcérations initiales, ganglionnaires, vulvo-vaginales, ano-rectales, l'inoculation aux animaux de laboratoire a démontré leur virulence.

Mais c'est surtout l'ulcère chronique de la vulve, atone, indolore et fixe, qui est sans conteste la source la plus constante de contamination (Nicolas).

Le Nicolas-Favre peut coexister avec d'autres infections vénériennes, se surajouter à la blennorrhagie, à la syphilis. Ou encore, à la même source, il est possible de contracter à la fois syphilis et N.-F., chancrelle et N.-F. Outre le chancre mixte de Rollet (syphilis et

chancrelle), il faut désormais envisager une troisième éventualité: l'association lymphopathique.

*
* *

De même que la bactériologie (puisqu'il s'agit d'un virus filtrant), l'anatomie pathologique est plutôt indécise sur ce sujet.

Assez souvent on y voit des formations vaguement tuberculoïdes, des foyers nécrotiques çà et là, avec une disposition palissadique particulière dans le ganglion.

De l'aveu des anatomo-pathologistes, l'examen histologique ne donne pas de renseignements toujours suffisants pour en établir l'identité. La réaction de Frei offre de plus hautes garanties, ainsi que nous le verrons plus loin.

Symptomatologie

Cette infection présente une évolution chronique, des signes polymorphes, des accalmies et des recrudescences. Elle se déclare quelques jours après le coït infectant par une lésion initiale, suivie en 2—3 semaines de manifestations bruyantes (adénopathie, douleurs, signes généraux) et de complications éloignées (éléphantiasis, sténose rectale) 2, 10, 20 ans plus tard.

La *lésion initiale* ou chancre lymphogranulomateux est d'allure insignifiante. Éphémère et indolente, elle passe souvent inaperçue, particulièrement chez la femme. Ceci n'est pas pour nous surprendre chez elle, puisque même l'existence d'un chancre syphilitique est d'ordinaire méconnue.

La date d'apparition de ce premier accident est irrégulière: de quelques jours à un mois (Hellerstrom) après la contagion. Son évolution est vive. En une semaine, il disparaît sans laisser de cicatrice consécutive.

Il s'agit d'une ulcération minime, herpétiforme, parfois légèrement papuleuse. Elle suinte quelque peu, ne suppure pas, est indolore. Elle siège au prépuce, au gland, au méat; intra-urétrale, elle simule une urétrite (Phylactos).

Chez la femme, le chancre se localise à la vulve, au vagin.

Après un silence de 2—3 semaines, on note la présence d'une *adénopathie inguinale*. Celle-ci s'est installée insidieusement, et c'est le premier signe qui éveille l'attention quand l'érosion initiale a été ignorée. Plusieurs sont même absolument certains, puisqu'ils s'ob-

servent soigneusement, de n'avoir jamais eu de chancre, si fugace soit-il. (Les auteurs admettent que ceci est possible.)

Chez l'homme, il est classique de constater une adénopathie d'emblée polyganglionnaire unilatérale. Les ganglions inguinaux et iliaques, parfois les cruraux, sont pris. Ils sont d'abord fermes, isolés, mobiles, indolores. La peau de cette région est encore normale. En 2—3 semaines, une péri-adénite s'installe. Les ganglions se ramollissent, se soudent les uns aux autres. Ils ont atteint le volume d'une noix, d'un œuf, d'une mandarine. La région s'empâte, devient douloureuse. La peau est violacée, adhère aux plans profonds, s'œdématie. Des points fluctuants sont perçus et finalement plusieurs foyers fistuleux se créent, laissant écouler un pus visqueux et jaunâtre. L'aine est criblée de fistules (poroadénite de Ravaut). Les ganglions iliaques ne suppurent jamais (Sézary).

Pendant ce processus de ramollissement et d'évacuation, une adénopathie similaire peut surgir à l'autre région inguinale, discrètement ou avec la même évolution tapageuse.

Ces symptômes persistent durant de longs mois, même davantage. Enfin ils s'amendent graduellement, une résorption s'opère; la cicatrisation accomplie, il subsiste un placard fibreux.

Les premières phases s'accompagnent d'un mauvais état général: de la fièvre, même élevée, persistante, de l'anorexie, de l'insomnie, de l'amaigrissement et aussi des douleurs rhumatoïdes, des arthralgies très pénibles. On a cité plusieurs cas de polyarthrite (Reichle, Connor). Des éruptions cutanées, entre autres l'érythème polymorphe, se voient fréquemment. Pour plusieurs, une mononucléose à grands mononucléaires (10 à 20,000) est d'une valeur diagnostique considérable.

Cette forme est moins habituelle chez la femme. Il est courant d'en examiner qui n'ont jamais souffert d'adénopathie inguinale, même légère, et qui ont des troubles ano-réctaux ou vulvo-vaginaux tardifs. Les choses étant renversées, les manifestations inguinales précoces sont communes chez l'homme, alors que la femme présente plutôt des résultats éloignés à localisations vulvo-vaginales et plus encore ano-rectales.

En effet, la plupart des *ulcères chroniques* de la *vulve* ou du *vagin* (Jadossohn), atones, indolores, de dimensions et de configuration irrégulières, légèrement sanieux, pas très profonds, qui persistent indéfiniment (durant des années), relèvent de cette infection.

Ces ulcères chroniques sont simples ou compliqués d'hypertrophie éléphantiasique de la vulve, réalisant le syndrome décrit en 1848 par

Huguiet sous le nom d'*esthiomène*. On distingue alors la présence d'un ou plusieurs ulcères indolents, situés en des points quelconques de la vulve, de préférence à la fourchette. Mais on remarque en même temps que par engorgement lymphangitique, une petite, une grande lèvre, la région clitoridienne ou encore le tout ont acquis un développement formidable, qui peut envahir la région périnéale, péri-anale et s'ajouter à un rétrécissement ano-rectal.

Chez l'homme, il existe une variété correspondant à l'esthiomène : l'*éléphantiasis de la verge et du scrotum*. Il s'agit d'individus, non atteints de filariose, qui, à la suite d'une érosion, d'une adénopathie parfois légère, ont vu peu à peu leurs parties génitales atteindre (et de façon permanente) un volume exagéré (Stryker, Plock), par blocage lymphatique.

Enfin, un autre groupe souffrira de *troubles ano-rectaux*, simples ou compliqués d'*éléphantiasis ano-rectal*. Ces lésions postérieures peuvent être uniques ou coexister avec des lésions génitales.

Le plus souvent, elles n'ont pas été précédées de tuméfactions inguinales. Dans la vaste majorité des cas, elles surviennent chez la femme et sont plutôt rares chez l'homme, à l'inverse de l'adénite inguinale, ainsi qu'il a déjà été dit.

La fréquence élevée de cette localisation ano-rectale chez la femme s'expliquerait par une disposition spéciale du système lymphatique. Le drainage du col utérin et de la paroi postérieure et supérieure du vagin s'opère par l'intermédiaire des ganglions pelviens et des ganglions péri-rectaux de Gérota. L'engorgement ganglionnaire, au lieu de se produire chez les inguinaux, cruraux et iliaques, comme chez l'homme, se fait du côté des péri-rectaux et donne par propagation des complications inflammatoires, sténosantes et hypertrophiques. Notons aussi en passant que la pédérastie est une cause de contamination directe, *in situ*.

La forme ano-rectale a différents aspects. Il peut s'agir d'un rétrécissement simple, annulaire ou cylindrique, parfois peu accusé avec plus ou moins de lésions muqueuses. Il y aura ou non de la péri-rectite d'intensité variable. Enfin, la région anale et péri-anale est susceptible d'être le siège de fistules, de s'œdématiser parfois considérablement, de devenir éléphantiasique. Ce type de Nicolas-Favre réalise le syndrome du syphilome ano-rectal ou rétrécissement syphilitique du rectum de Fournier. C'est à tort que cette sténose a été attribuée à la syphilis, ainsi que l'a démontré Jersild, puisque quantité de malades ont un Wassermann négatif, qu'ils ne sont pas améliorés

DEUX DIURÉTIQUES D'UNE GRANDE EFFICACITÉ

LA

TÉCARINE

Diurétique déchlorurant très actif, toujours bien toléré.

S'administre par voie buccale ou parentérale.

Obvie aux nombreux inconvénients de la Théobromine.

LE

NEPTAL

Diurétique mercuriel extrêmement puissant.

Agira là où les médications habituelles auront échoué.

Indications particulières: ŒDÈMES, ASCITES,
HYDROTHORAX et OLIGURIE.

TÉCARINE

Tube de 10 comprimés à 0 gr. 25
Boîte de 5 ampoules de 1 c.c. à 0 gr. 25

NEPTAL

Boîte de 3 ampoules de 1½ c.c.
pour injections intramusculaires.

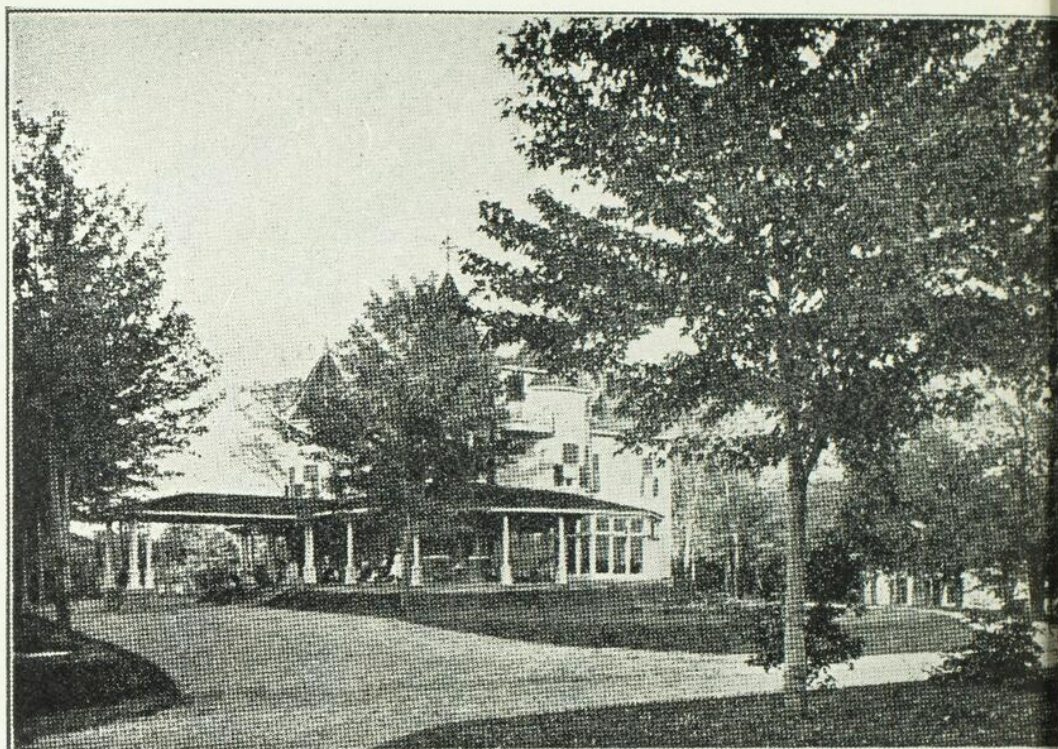
Littérature franco sur demande.

LABORATOIRES POULENC FRÈRES du CANADA, Limitée

Distributeurs: ROUGIER FRÈRES MONTRÉAL

SANATORIUM PRÉVOST

INCORPORÉ



ETABLISSEMENT DE PSYCHOTHERAPIE

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

TRAITEMENT INDIVIDUEL DES AFFECTIONS DU SYSTEME NERVEUX

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

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

4455 Boulevard Gouin ouest,

Téléphone, BYwater 1240

par le traitement anti-luétique, que même plusieurs d'entre eux contractent la syphilis après coup.

On a aussi incriminé dans le passé, tant pour ces rectites que pour ces vulvo-vaginites, d'autres infections que la vérole. Leur évolution chronique, ces fistules à durée indéfinie, la découverte de cellules géantes dans les coupes histologiques ont fait penser à la tuberculose. Mais il fut exceptionnel d'y découvrir du bacille de Koch ou de provoquer une inoculation positive chez le cobaye. On a accusé la nocardose (Gougerot), la chancrelle, des infections banales, la blennorrhagie, mais habituellement ces diverses causes n'ont pu être établies de façon satisfaisante.

En somme, dans tous les cas de rétrécissement du rectum, même simples, il faudra dorénavant rechercher le Nicolas-Favre (Bensaude).

Diagnostic

A cause de son polymorphisme, de ses localisations extra-ganglionnaires et extra-génitales, de ses associations, le diagnostic clinique est parfois des plus hésitants.

A la région ano-rectale, on éliminera la bacillose. Celle-ci peut montrer des végétations fongueuses, des ulcères, mais aussi une structure histologique typique, des bacilles de Koch, et elle tuberculise le cobaye.

L'adénite syphilitique secondaire se distingue facilement : vestiges du chancre, petits ganglions durs, qui roulent sous le doigt, non suppuratifs, autres signes concomitants de la tréponémie.

La chancrelle offre des caractères ulcéreux particuliers. Son bubon n'a qu'une fistule, dont l'orifice reproduit l'image de l'accident primitif. Il n'y a pas de résonance iliaque. Son allure est plus aiguë.

Le Hodgkin (lymphogranulomatose maligne) présente des adénopathies aplegmasiques, ne suppurant pas, avec signes généraux et histologiques qui lui sont propres.

Le néoplasme malin provoque un envahissement ganglionnaire caractéristique dont il est aisé de dépister l'origine.

*
* *

Antigène de Frei. Dans certaines formes, surtout extra-ganglionnaires et extra-génitales, la clinique et l'anatomo-pathologie sont incapables d'établir un diagnostic précis. C'est pourquoi l'esthiomène et le syphilome éléphantiasique ano-rectal sont rattachés au Nicolas-Favre depuis quelques années seulement.

En 1925, Frei eut l'idée d'appliquer à cette maladie, connue jusqu'alors par ses seules manifestations inguino-iliaques (lymphogranulomatose inguinale sub-aiguë), la méthode du test biologique de l'intradermoréaction. Il fabriqua un antigène avec du pus de ganglions lymphogranulomateux prélevés chez des individus où furent négatifs le Wassermann et le Ito-Reenstierna (intradermoréaction faite avec un antigène de Ducrey et donnant un résultat positif chez ceux qui souffrent ou ont souffert de chancelle).

D'autres antigènes furent par la suite préparés différemment: avec des ganglions desséchés et broyés (Dind), avec du cerveau de singe, de lapin, de souris inoculés et ayant succombé de méningo-encéphalite (Levaditi, Ravaut, Grace, Suskind).

Le Frei donne un résultat positif chez les sujets atteints de Nicolas-Favre, de 3 à 6 semaines après le début de l'infection (Frei, Nicolas). D'après de multiples recherches dans les divers pays de l'Europe, il est considéré comme étant pathognomonique (Sézary).

C'est par le Frei que le virus filtrant du Nicolas-Favre a pu être reconnu comme l'agent causal des divers syndromes énumérés plus haut. Il permet aussi un diagnostic rétrospectif, puisque l'état d'allergie particulier à cette affection vénérienne dure pratiquement toute la vie.

Son interprétation est souvent complexe. On doit en même temps pratiquer le Ito-Reenstierna, afin de connaître la part du bacille de Ducrey dans une lésion, un test protéinique, pour contrôler la sensibilité aux protéines, enfin un autre au phénol dilué si l'antigène en contient.

Il est fréquent de rencontrer des malades dont le Wassermann, le Ito-Reenstierna et le Frei sont positifs, d'autres chez qui deux réactions seules sont positives. Un troisième groupe n'offrirait qu'un Frei positif.

Traitement

Selon les formes, différentes thérapeutiques sont préconisées.

Dans les adénopathies non suppurées, l'administration intraveineuse ou intramusculaire de sels d'antimoine est indiquée. Ces sels ne vont pas toujours sans inconvénients: toux, vomissements, douleurs rhumatoïdes musculaires et articulaires intenses, de l'anorexie, de l'anémie. La posologie en est délicate.

Certains y adjoignent l'ingestion d'iodure de potasse (De Wolf).

Le Lugol est aussi prescrit intraveineusement et localement. L'urotropine, en injections intraveineuses, est conseillée (Levaditi, Ravaut).

Les sels de cuivre et d'or ont donné de bons résultats.

Le traitement par l'antigène de Frei lui-même a parfois fort bien réussi (Frei, Hellerstrom, Van Cleve).

L'extirpation chirurgicale des adénopathies suppurées se pratique.

La radiothérapie seule ou combinée à la chirurgie peut être faite sur les adénites.

L'esthiomène est justifiable d'une vulvectomie.

Quant aux rétrécissements du rectum, ils relèvent d'interventions chirurgicales diverses: dilatation, colostomie, etc.

Mais dans tous les cas où la chirurgie et la radiothérapie interviennent, il est de règle d'administrer en même temps le traitement médicamenteux par les sels d'antimoine.

Les effets thérapeutiques ne sont pas toujours prompts. Alors que des malades guérissent dans un court délai, il en est d'autres qui traînent indéfiniment.

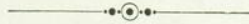
Chez les ano-rectaux, on relève même une mortalité dont il est de nos jours difficile de fixer le taux.

*
* *

La maladie de Nicolas-Favre a acquis droit de cité en vénéréologie.

Cette infection prend de par le monde une extension vivement envahissante. Déjà des cas non douteux sont signalés au Canada.

Son polymorphisme la rend parfois difficile à reconnaître cliniquement, mais des épreuves biologiques nous éclairent dans un diagnostic hésitant.



LA BACTÉRIOLOGIE DE LA MALADIE DE NICOLAS-FAVRE

Par **Albert BERTRAND**,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Bactériologiste à l'hôpital Notre-Dame.

On admet généralement aujourd'hui que la lymphogranulomatose inguinale est due à un virus filtrant. Les faits qui militent en faveur de cet énoncé sont les uns négatifs, les autres positifs.

En effet, les examens microscopiques répétés, les essais de culture pratiqués sur milieux aérobies et anaérobies, les inoculations tentées avec des pus provenant de bubons vénériens non infectés secondairement n'ont jamais permis de révéler la présence d'un micro-organisme visible possédant les caractères biologiques nécessaires — Postulats de Koch — pour en faire un agent spécifique.

De plus, en multipliant les examens de nombreuses coupes histologiques, Levaditi, Ravaut, Lépine et Schoen (1) n'ont jamais pu mettre en évidence un microbe qui soit responsable de l'infection.

Par contre, dans le filtrat de pus de ganglion lympho-granulomateux passé sur filtre Chamberland 13 ou bougie Berkefeld n° 5, on trouve un virus capable de reproduire expérimentalement la maladie lorsqu'on l'inocule aux hommes et aux animaux.

Parmi ces derniers, les plus réceptifs sont: le singe, le lapin, le cobaye et la souris.

Hellerstrom et Wassen (2), les premiers, ont montré que les ganglions lymphogranulomateux sont susceptibles de déterminer par inoculation intracérébrale chez le singe une méningo-encéphalite mortelle.

Levaditi, Ravaut, Lépine et Schoen ont montré également la présence d'un virus pathogène pour le singe dans certains bubons vénériens de l'homme, virus transmissible d'un animal à l'autre par l'inoculation en série.

Les mêmes auteurs ont de plus étudié la réceptivité de diverses espèces simiennes; ils ont établi que certains de ces animaux sont sensibles et peuvent présenter des altérations intenses du névraxe, quelquefois sans symptôme morbide.

Chevalier, Lévy-Bruhl, Moricard et Alquier (3), de leur côté, ont inoculé le virus lymphogranulomateux dans le cerveau de lapins et ont constaté une augmentation de la virulence du virus par des

passages successifs. Pour ces auteurs également, le cobaye serait réceptif sans toutefois présenter de symptôme clinique de névraxite.

La réceptivité de la souris pour le virus lymphogranulomateux fut étudiée par Levaditi, Ravaut, Lépine et Schoen (4). Chez cet animal, après injection on retrouve le virus dans l'encéphale, le sang et la rate.

Levaditi, Ravaut, Schoen et J. Levaditi (5) ont subséquemment démontré qu'il est possible d'entretenir le virus par des passages névraxiques chez la souris — 16 passages à date. Au fur et à mesure que les passages se multiplient, le virus provoque plus fréquemment qu'au début une maladie caractérisée par des troubles moteurs pouvant se terminer par la mort de l'animal.

Wassen (6) a confirmé ces observations et a réussi douze passages successifs sur la souris.

Enfin, Levaditi, Ravaut, Cachera (7) ont prouvé que le virus qui se retrouve dans le cerveau de singe infecté est bien de nature lymphogranulomateuse. En premier lieu, ce virus détermine après injection intrapréputiale chez l'animal une adénite inguinale bilatérale caractéristique; en second lieu, utilisé comme antigène, ce virus provoque chez le malade atteint de poradénite une réaction franchement positive.

A ces faits déjà probants s'ajoute l'inoculation expérimentale de la maladie à l'homme, réalisée par Levaditi, Marine et Lépine (8). Un paralytique général inoculé avec une émulsion cérébrale virulente de singe a présenté après une période d'incubation de 35 jours une adénopathie offrant les caractéristiques de la maladie de Nicolas-Favre.

Toutes ces expériences et beaucoup d'autres non relatées ici semblent démontrer que la lymphogranulomatose inguinale est due à un virus filtrant.

Le côté "diagnostic" de la poradénite par les réactions biologiques présente certaines particularités intéressantes.

Frei, le premier, en 1925, a démontré que l'intradermo-réaction pratiquée avec un antigène lymphogranulomateux était susceptible de fournir des renseignements que plusieurs qualifient de "spécifiques".

L'antigène de Frei est constitué par du pus de ganglion lymphogranulomateux prélevé aseptiquement, dilué dans 5 parties de sérum physiologique et chauffé d'abord 2 heures à 60° puis une heure à 60°. Certains auteurs ne pratiquent que deux chauffages de 1 heure à 60°, d'autres ajoutent à l'antigène 0.5% d'acide phénique.

Depuis les publications de Frei, de nombreux antigènes ont été préconisés: tissus de ganglions lymphogranulomateux broyés dans du

sérum physiologique ou du bouillon (Dind); extrait glycérimé de ganglion (Nicolas-Favre, Lebeuf); liquide céphalo-rachidien de singe atteint de méningo-encéphalite (Hellerstrom et Wassen); cerveau de singe inoculé (H. et W.); cerveau de lapin inoculé (Chevalier, etc.); cerveau de souris inoculée (Levaditi, etc.).

Ces antigènes n'ont pas tous la même valeur, et celui préparé selon la méthode de Frei semble le plus fidèle; malheureusement, c'est le plus rare. Aucun de ces antigènes, cependant, ne peut être utilisé pour fins de diagnostic, sans avoir été contrôlé antérieurement au point de vue efficacité par des intradermoréactions répétées sur des malades reconnus souffrant de lymphogranulomatose inguinale. Ce point est de première importance, car si, d'une part, les ganglions lymphogranulomateux n'ont pas tous la même valeur antigénique, d'autre part, les malades ne réagissent pas tous de la même manière à l'antigène.

Une réaction positive peut donc avoir une double signification:

1° Elle établit la valeur de l'antigène si le sujet souffre de lymphogranulomatose;

2° Elle permet le diagnostic de l'infection si l'antigène a fait ses preuves antérieurement.

Les réactions négatives prêtent à discussion et doivent être répétées, car, dans certains cas, elles ne deviennent positives que deux mois après l'apparition de la maladie.

Ces quelques notions trop brèves montrent, cependant, l'ampleur de la question et le rôle important que joue la bactériologie dans la maladie de Nicolas-Favre.

"Tous les diagnostics faits sur des lésions adénopathiques inguinales suppurées, d'origine vénérienne, devront s'appuyer non seulement sur des examens cliniques précis, mais sur une mise en œuvre minutieuse de tous les tests biologiques et de toutes les méthodes de laboratoire susceptibles de fournir une preuve." (Pautrier) (9).

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Bul. Soc. Fr. Der. et Syph. 1931, p. 577.
 - (2) Congrès Inter. Der. et Syph. Copenhague 1930.
 - (3) Bul. Soc. Fr. Der. et Syph. 1931, P. 754.
 - (4) Ann. Inst. Past. 1932.
 - (5) Com. Ren. Soc. Biol. 1932, p. 497.
 - (6) Com. Ren. Soc. Biol. 1932, p. 493.
 - (7) Bul. Soc. Fr. Der. et Syph. 1931, p. 1456.
 - (8) Com. Ren. Soc. Biol., 1931, p. 1946.
 - (9) Bul. Soc. Fr. Der. et Syph. 1931, p. 526.
-

L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA MALADIE DE NICOLAS-FAVRE

Par L. C. SIMARD,

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

De nombreux travaux ont paru au cours de ces dernières années sur la lymphogranulomatose inguinale bénigne, isolée il y a plus de vingt ans par Nicolas et Favre. Le but de cette note n'est pas de rappeler ici tout ce qui a été écrit sur l'anatomie pathologique de cette maladie, mais de décrire le plus brièvement possible les lésions caractéristiques.

Sur l'écoulement urétral par lequel débute parfois l'affection, on connaît très peu de chose. L'accident initial, l'ulcère herpéti-forme, se présente comme une perte de substance de l'épiderme, taillée à pic et dont le fond, qui ne dépasse pas le derme superficiel, est constitué par un tissu conjonctif lâche, souligné par une infiltration lymphoplasmocytaire plus ou moins abondante. Les polynucléaires sont toujours très peu nombreux.

Cette petite ulcération passe souvent inaperçue et il est rare que l'on puisse la prélever pour examen.

Les lésions ganglionnaires sont beaucoup importantes.

Macroscopiquement, au début, les ganglions sont petits, durs, et de couleur vineuse.

Ils grossissent rapidement, présentent dans leur intérieur des points blanc-jaunâtre qui font place bientôt à des abcès, petits, à contours plus ou moins réguliers. Les lésions de périadénite sont constantes et plusieurs ganglions primitivement distincts se fusionnent en une masse d'abord dure puis fluctuante. Cette fluctuation est due aux collections purulentes situées autour des ganglions; elles dissèquent ceux-ci, détruisent la peau sus-jacente et s'ouvrent à l'extérieur par des fistules multiples.

Avant que ces fistules ne s'infectent secondairement, le pus qu'elles laissent s'échapper est épais, visqueux et translucide.

Au microscope les ganglions sont parsemés de petits foyers nécrotiques (points blanc-jaunâtre macroscopiques) entourés d'une couronne de cellules épithélioïdes disposées en palissade. Cette orientation palissadique des macrophages autour du foyer nécrotique serait, pour certains auteurs, la lésion histologique la plus constante.

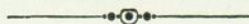
À la masse nécrotique viennent bientôt s'ajouter des polynucléaires vivants ou pycnotiques, de grands macrophages avec granulations protoplasmiques chromatophiles et peu à peu l'abcès se constitue. Ses limites sont alors formées par une couche de cellules épithélioïdes orientées en palissade; autour de celles-ci, des plasmocytes nombreux apparaissent mélangés à des cellules géantes rappelant parfois la cellule de Langhans de la tuberculose. Le reste du ganglion est infiltré par des cellules épithélioïdes, parfois disposées en amas, par des cellules géantes, des plasmocytes, des lymphocytes, et des polynucléaires éosinophiles.

L'abcès mis à part, l'image histologique rappelle parfois d'assez près la lymphogranulomatose maligne ou maladie de Hodgkin.

Les lésions que nous venons de décrire sont les lésions classiques connues de tous les anatomo-pathologistes mais il faut convenir que souvent l'histologiste à lui seul ne peut poser un diagnostic certain. Surtout si on lui confie une biopsie dans laquelle le polymorphisme des éléments, les amas épithélioïdes avec cellules géantes peuvent faire penser plutôt à une maladie de Hodgkin ou à une tuberculose.

D'ailleurs depuis quelques années de nombreuses publications sont venues élargir le cadre de la lymphogranulomatose bénigne et rendre plus difficile le diagnostic histologique.

L'esthiomène de la vulve, certaines lésions ano-vulvaires et vaginales, certaines scléroses rectales avec rétrécissement ne seraient souvent que de la lymphogranulomatose bénigne. Nous avons dans notre collection de l'hôpital Notre-Dame des biopsies prélevées dans de semblables lésions et sur lesquelles aucun diagnostic précis ne peut être posé. Il semble donc que la lymphogranulomatose bénigne, dite spécifique, se comporte histologiquement comme d'autres inflammations spécifiques telles que la tuberculose et la syphilis, et que son granulo-
me, très variable et polymorphe, est souvent inconstant.



RECUEIL DE FAITS

TUMÉFACTION INGUINALE DE CAUSE ÉLOIGNÉE

L.-C. SIMARD
Anatomo-pathologiste

et

J. TREMBLAY
Assistant-chirurgien

à l'Hôpital Notre-Dame.

Monsieur A. F., cordonnier âgé de 57 ans se présente à l'hôpital Notre-Dame le 1er mai 1934 pour hernie inguinale bilatérale. Nous retardons l'opération de quelques jours car le patient présente une azotémie à 0.98. Après quelques jours de traitements et de régime son azotémie est tombée à 0.47 et nous procédons à la cure opératoire des hernies sous rachianesthésie à la nupercaïne.

Les suites opératoires sont simples, le malade se lève le 12ième jour et quitte l'hôpital le lendemain.

Comme antécédents, chez ce patient, on note quelques maladies infectieuses de l'enfance et quelques poussées de rhumatisme et de sciatique.

Le malade est demeuré 27 jours à l'hôpital.

C'est l'histoire banale d'un opéré dont les suites opératoires sont simples et qui retourne à sa vie régulière.

Mais voici que le 13 mars 1935, soit 10 mois après son opération, le patient se présente de nouveau à l'hôpital. Il a consulté son médecin qui nous le dirige pour récurrence de hernie droite car le patient présente une tuméfaction dans la région inguinale droite.

A l'examen la pâleur du malade attire notre attention, il est anémié et faible; il a maigri depuis quelques temps et il se plaint de douleurs dans le flanc droit. Le patient n'a pas eu d'hématémèse ni de mélæna.

L'examen local montre une masse dure, non fluctuante et fixe qui semble être le cœcum.

Le toucher rectal ne montre rien de particulier.

On porte le diagnostic de tumeur de l'aine droite.

Les examens de laboratoire à cette date nous donnent les renseignements suivants.

Urines:— fortes traces d'albumine.

absence de sang.

Selles:— présence de sang.

Sang:— azotémie: 0.28

glycémie: 1.20

cytologie: G. R.: 2,500,000

G. B.: 6,000

Hémoglobine: 45%

Poly: 69%

Eosinophiles: absence

Le 19 mars 1935 nous demandons un lavement baryté qui nous donne le résultat suivant:

“remplissage normal (avec un peu de dolichocolon) jusqu'à mi-hauteur de l'ascendant. Le baryum progresse lentement vers le fond du cœcum par un trajet très pâle, très étroit et composé de tâches minuscules. Tympanisme très marqué du grêle.

En résumé:—obstruction très probable de la partie inférieure de l'ascendant.” (Dr Laquerrière.)

Pour éliminer l'origine osseuse possible de cette tumeur nous demandons une radiographie du bassin qui est négative, le 25 mars 1935.

Au début notre malade ne fait pas de température, après quelques jours il oscille entre 98° et 102°.

Nous stimulons notre malade et nous lui proposons une intervention qu'il refuse.

Le 9 avril, cette tuméfaction qui bombe dans le flanc droit s'ouvre à la peau près de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Il s'écoule en abondance un liquide purulent, épais et fétide.

Nous désinfectons cette plaie par des irrigations multiples; la collection ne se tarit pas et par la plaie s'écoule parfois un liquide sanguinolent et noirâtre. Nous avons quelquefois l'impression que de la plaie s'échappent des matières fécales mélangées au pus.

Le malade est toujours pâle et faible.

Un examen cytologique en date du 13 mai montre:

G. R.	2,880,000
G. B.	4,000
Hémoglobine	42%
Polynucléaires	73%
Eosinophiles:	absence.

Nous proposons plusieurs fois d'intervenir mais notre malade refuse toujours, il se cachectise lentement.

Il meurt le 31 mai de cachexie et de défaillance cardiaque.

L'autopsie est pratiquée 4 heures 30 après la mort.

Protocole d'autopsie (1290).

Il s'agit d'un homme d'une soixantaine d'années, bien constitué, de taille moyenne, très amaigri. Le pannicule adipeux est presque nul. Dans la région inguinale, à quatre centimètres en dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure existe une ulcération de forme arrondie de quatre centimètres de diamètre à contours légèrement irréguliers, dont le fond est noirâtre et sanieux. Une pression exercée sur le flanc droit fait sourdre à la partie inférieure de l'ulcération, une bonne quantité de pus à odeur colibacillaire.

Le cœur pèse 310 grammes; les deux cavités droites sont élargies; la mitrale présente une endocardite verruqueuse récente, à petites végétations fibrineuses réparties sur bord libre, côté auriculaire de la valve postérieure.

L'aorte, dans la crosse et à la bifurcation des iliaques, est scléreuse; sa surface interne est soulevée par des plaques confluentes grises et jaunâtres, renforcées de lamelles d'infiltration calcaire.

Le poumon droit pèse 400 grammes, le gauche 300 grammes.

METHODE DE WHIPPLE

HEPATHEMO

DESCHIENS



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

**SYNDROMES
ANÉMIQUES**

PULMOSERUM

BAILLY



Réalise :

l'antiseptie
des voies respiratoires
la modification
des sécrétions bronchiques
la sédation
de la toux opiniâtre
la défense
de l'organisme débilité

●
INFECTIONS
GRIPPALES

AFFECTIONS
BRONCO-PULMONAIRES

●
LABORATOIRES A. BAILLY
15, Rue de Rome, Paris

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

Le sommet droit est criblé de multiples tubercules crétaçés et caséux. Le sommet gauche renferme une caverne de la grosseur d'une olive de type tuberculeux et à moitié remplie de pus mélangé à des débris nécrotiques.

Dans l'abdomen sous le côlon descendant, existe un cloaque rempli de pus et de matières fécales. Ce cloaque s'étend vers le haut jusqu'à la crête iliaque qui est érodée, il n'est séparé de l'extérieur, à ce niveau, que par la peau; il longe le psoas, qui est en partie détruit, vers le bas, passe sous l'arcade et vient s'ouvrir à la peau inguinale dans l'ulcération mentionnée au début. L'appendice enfoui en-dessous du côlon ascendant dans une masse inflammatoire est rupturé près de sa base d'implantation et fait communiquer le cloaque avec la cavité intestinale. Le tube digestif, mise à part la lésion appendiculaire, ne présente pas d'ulcérations de la muqueuse.

Le foie (1600 grammes) et les reins (le droit 150, le gauche 155 grammes) présentent des lésions de dégénérescence.

Diagnostic anatomique macroscopique:

- Perforation de l'appendice en position rétro-cœcale.
- Phlegmon du méso-côlon ascendant et du psoas.
- Ouverture du phlegmon à la peau inguinale.
- Endocardite verruqueuse de la mitrale postérieure.
- Tubercules crétaçés du sommet droit.
- Tuberculose ulcéro-cavitaire du sommet gauche.
- Dégénérescence graisseuse du foie et des reins.
- Sclérose et athérome aortiques.

Cette observation nous paraît intéressante à plusieurs titres.

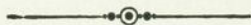
Une tumeur inguinale survenant dix mois après une herniotomie doit faire penser à une récurrence de hernie. Mais les douleurs du flanc droit accompagnées d'une masse abdominale profonde, l'examen radioscopique indiquant une obstruction de la partie inférieure de l'ascendant font rapidement changer le diagnostic en celui de néoplasme intestinal probable, avec métastase inguinale.

L'ouverture spontanée de la tuméfaction inguinale avec écoulement de pus fait croire un instant à un abcès ossifluent, mais la radiographie ne révèle aucune modification des os du bassin et de la colonne vertébrale. Il y a donc une collection purulente de la région du côlon ascendant. Cependant, les formules sanguines n'indiquent que 6,000 et 4,000 globules blancs.

L'autopsie vient apporter quelques lumières sur l'étendue des lésions. Il s'agit d'un phlegmon du mésocôlon ascendant empiétant sur le psoas, remontant jusqu'à la crête iliaque et s'ouvrant à la peau en passant sous l'arcade de Poupart. L'appendice rupturé à sa base fait communiquer la cavité intestinale avec la cavité du phlegmon en partie vidé.

Mais ici se pose le problème de la nature exacte de la lésion appendiculaire. Nous avons affaire ou bien à une tuberculose de l'appendice avec perforation, secondaire à une tuberculose pulmonaire décelée à l'autopsie, ou bien à une appendicite rétro-cæcale et rupturée. Déjà l'examen macroscopique ne révèle aucune ulcération dans le petit et le gros intestin, mais comme il peut s'agir d'une lésion tuberculeuse unique de la base de l'appendice, l'examen histologique devient indispensable. Celui-ci nous montre, en effet, qu'à côté de lésions inflammatoires banales existent des follicules et des tubercules sur les bords de la perforation. Le diagnostic anatomique se trouve donc précisé: il s'agit d'une perforation suivie de phlegmon, d'une lésion tuberculeuse appendiculaire, secondaire à une tuberculose pulmonaire.

Notons en terminant l'évolution prolongée du phlegmon, n'emportant le patient qu'après deux mois et demi de maladie. Le malade, en refusant l'intervention à plusieurs reprises, s'est privé du seul traitement qui l'aurait amélioré. Il est probable, cependant, que sa tuberculose ulcéro-cavitaire du poumon aurait déterminé par la suite d'autres lésions de tuberculose intestinale.



**SCIATIQUE ET ANOMALIES DE TRANSITION
LOMBO-SACRÉE.**

**SACRALISATION DE LA CINQUIÈME VERTÈBRE
LOMBAIRE ET RÉSISTANCE DIMINUÉE
DE LA STATIQUE VERTÉBRALE**

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

La Sciatgie, ou encore communément appelée la Sciatique, est un syndrome fréquent, banal même de par sa fréquence.

Cependant, la variabilité des causes, le mécanisme d'action de l'agent pathogène, la recherche d'un traitement efficace qui diffère selon les cas étudiés et qui doit découler de la connaissance exacte de la cause et de la pathogénie de l'algie, constituent un problème intéressant et toujours difficile à résoudre.

Nous croyons, d'autre part, que ce problème devient moins ardu, quand on s'applique à explorer méticuleusement chaque cas de sciatique et à interpréter adéquatement aussi bien l'anamnèse, les symptômes subjectifs et objectifs, que le résultat des examens complémentaires qu'on ne doit jamais négliger.

Nous prenons pour acquis le fait qu'on a préalablement éliminé toute douleur de la hanche et du membre inférieur qui n'est pas de la sciatique et, qu'après avoir porté son attention sur l'articulation coxo-fémorale, on ne s'est pas trouvé en présence d'une arthrite de cette région.

Toute sciatgie tenace nécessite, en plus de l'examen clinique, une excellente radiographie, en incidences latérale et antéro-postérieure, des segments lombaire et sacré de la colonne vertébrale y incluant, bien entendu, les articulations sacro-iliaques. Elle oblige aussi à une ponction lombaire. Cette dernière devra être faite, le malade reposant dans le décubitus latéral, afin de connaître précisément la pression du liquide par l'usage d'un appareil à pression (nous nous servons du manomètre de Claude) et les modifications de cette pression sous l'effet de la compression jugulaire et abdominale.

Le liquide, il n'est pas nécessaire d'insister, sera l'objet des examens de laboratoire habituels.

Dans certains cas, il sera nécessaire, afin d'étudier plus complètement la perméabilité des espaces sous-arachnoïdiens spinaux et de rechercher la présence possible d'un agent de compression radiculo-médullaire, de joindre l'exploration lipiodolée sous-arachnoïdienne à l'épreuve de la compression jugulaire.

L'examen complet du malade démontrera qu'on a affaire à une sciatique, soit dite haute (irritation portant sur les fibres sensibles des racines postérieures ou des funicules 5e lombaire, 1er et 2e sacrés du nerf sciatique, de l'émergence médullaire jusqu'au plexus sacré), soit dite moyenne (du plexus jusqu'à la grande échancrure sciatique), dite basse ou tronculaire (tronc du nerf après sa sortie de la grande échancrure sciatique). Il décèlera parfois que la sciatique est secondaire ou symptomatique d'un agent d'irritation très objectif siégeant à l'un de ces différents niveaux.

Cet agent pourra être un mal de Pott lombo-sacré, une tumeur intrarachidienne de la queue de cheval, une arachnoïdite syphilitique ou d'autre étiologie de la même région, une tumeur vertébrale, une tumeur ou une infection du petit bassin (chez la femme surtout), une contusion, une compression ou une inflammation du tronc sciatique émergeant de la grande échancrure sciatique et passant dans la gouttière ischio-trochantérienne.

Mais nombreux sont les cas où la sciatalgie apparaît comme étant essentielle, primitive ou idiopathique, chez lesquels elle ne semble pas, superficiellement au moins, être rattachable à un facteur d'irritation et de souffrance grossièrement objectif.

Elle paraît essentielle. Elle ne l'est pas.

Il n'y a pas plus de sciatique essentielle que d'épilepsie idiopathique.

Et, si on procède à un examen méticuleux, on découvre toujours, associés à la souffrance du sciatique, des signes plus ou moins discrets qui affirment la localisation et la nature de l'agent qui irrite et blesse ses fibres sensibles et même parfois motrices.

Dans de nombreux cas, l'arthrite chronique ostéophytique lombaire, la lombarthrie de Léry, ou encore certaines dystrophies vertébrales définiront l'origine haute de la douleur et la nature de l'irritation. Ces lésions rhumatismales et ces troubles de développement marqueront soit la part inflammatoire, soit l'apport mécanique et congestif dans la genèse de l'algie.

N'oublions pas que les racines ou plutôt les funicules peuvent être irrités, au niveau des canaux de conjugaison lombaires et des

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.





DANS LE TRAITEMENT DE LA DYSMÉNORRHÉE

*L'Emménine . . . un mode efficace pour la
thérapeutique par les hormones.*

" . . . Les résultats de nos observations nous ont convaincu que l'Emménine est efficace dans la dysménorrhée lorsque les douleurs sont causées par des contractions utérines très fortes . . . "

C.M.A.J., 1935, 32:609.

Un article sur des observations importantes sur l'Emménine dans le traitement de la dysménorrhée a été publié dans le Canadian Medical Association Journal, juin 1935. Ces travaux ont été poursuivis sous la surveillance du Département de Gynécologie, Université de Toronto, et le compte rendu a été réimprimé en entier. Copies sur demande.

**AYERST, McKENNA & HARRISON
LIMITÉE**

Biologistes et Pharmaciens

L'Emménine est présentée en bouteilles
de quatre onces fluides.

MONTREAL

CANADA

trous sacrés, par les tissus mous de revêtement et de voisinage (masse cellulo-graisseuse épидurale, ligaments vertébraux) qui subissent les réactions inflammatoires du processus rhumatismal chronique. Les ostéophytes de la lombarthrie se constituent d'excellents témoins de ces réactions.

Les malformations vertébrales, la lombalisation de la première pièce sacrée ou la sacralisation de la cinquième vertèbre lombaire, pour ne mentionner que les plus fréquentes de cette région, indiquent un déséquilibre statique du rachis, peuvent s'accompagner d'autres dystrophies régionales moins apparentes et plus directement algogènes; elles prédisposent à la sciatalgie.

Rappelons-nous enfin que l'arthrite et peut-être la luxation sacro-iliaques sont à l'origine de certains cas de sciatique. On peut comprendre que l'inflammation et la congestion de la région sont susceptibles de créer la souffrance des fibres sensitives des 4e et 5e racines lombaires qui vont, en passant à proximité intime de l'articulation sacro-iliaque, se joindre au plexus sacré.

Tout cela dit, en effleurant en quelque sorte le sujet et n'en mentionnant que les plus élémentaires et les plus importantes notions, en guise d'introduction, venons-en à notre observation.

Il s'agit d'un homme de 46 ans, Oscar P., marié et père de huit enfants en bonne santé, hospitalisé à Notre-Dame, le 23 octobre 1935, pour une algie tenace du membre inférieur droit.

Notons immédiatement qu'un frère est mort de diabète et que le malade a été reconnu, dans le service des maladies de la Nutrition de l'hôpital Notre-Dame, comme étant porteur d'un diabète potentiel, en conséquence d'une épreuve de glycémie provoquée.

La douleur de ce malade est apparue en décembre 1934. Un mois plus tôt, il fit une chute en descendant un escalier et heurta violemment son siège sur deux ou trois marches qu'il dégringola en position assise. Il n'en ressentit aucun effet marqué et immédiat, mais, un mois plus tard, une douleur apparut à la fesse gauche, vis-à-vis la grande échancrure sciatique, sans irradiation. Graduellement, elle se diffusa vers la région sacrée. En mars 1935, la douleur persistait, n'empêchant pas cependant le malade de travailler, se manifestant à l'occasion des changements de position.

Mais voici que subitement, durant le mois de mars, alors que le malade était en train de soulever de terre un objet lourd, il ressentit au cours de cet effort une douleur violente à la région sacrée, douleur qui le maintint courbé pendant quelques minutes. Ce n'est qu'avec de délicates précautions qu'il put se redresser.

A partir de cette époque, la douleur se montra sévère, avec irradiation vers la fesse, la cuisse et la jambe droites, se manifestant particulièrement dans les changements de positions.

En septembre 1935, la douleur s'aggrava encore, raidissant le malade, l'obligeant à marcher avec une canne et en position vicieuse du tronc. Elle devint permanente. Elle se localisa à la région sacrée, à la fesse, à la cuisse et à la jambe droites.

A son entrée, le malade se plaignait constamment de sa douleur qui s'exacerbait lors de la toux, de l'effort, de la marche, des changements de position et des tentatives de redressement du tronc. Elle prenait le caractère soit de tiraillement à la fesse et au niveau de la gouttière ischio-trochantérienne, soit d'engourdissement ou de courant électrique douloureux ressenti à la face externe de la jambe droite, soit enfin de sensation de cuisson à la région malléolaire externe du pied.

Il n'existait pas de troubles sphinctériens.

On doit remarquer que la douleur à la fesse gauche était alors disparue.

Voici ce que l'examen objectif du malade décéla :

Le malade est amaigri, mais dans une assez bonne condition physique. Il n'offre aucune particularité pathologique des sinus de la tête, des amygdales et des dents. Quelques-unes de celles-ci sont cependant recouvertes de couronnes en or.

Le malade, en position verticale, maintient son tronc en flexion sur les membres inférieurs, la fesse droite est saillante, la colonne dorsale présente une scoliose à concavité droite. Les masses musculaires para-vertébrales lombaires sont saillantes et dures à droite.

Lorsqu'il marche, le tronc conserve sa flexion, le malade se sert d'une canne tenue, de la main droite et sur laquelle il prend appui à chaque pas du pied droit, afin d'éviter l'application du poids total du corps sur le membre droit.

En position assise, le malade évite de s'appuyer sur le dossier, le tronc conserve sa position en légère flexion.

La colonne lombaire est rigide dans les mouvements de flexion et d'extension du tronc. Elle est plus souple dans les mouvements d'inflexion latérale et sa rotation passive est possible.

Quand le malade essaie de se redresser, il ressent une sensation d'engourdissement ou de courant électrique douloureux qui part du sacrum et parcourt tout le membre inférieur droit. Le simple redressement de la tête crée une légère douleur.

La pression exercée sur la région para-vertébrale droite, au niveau des 4^{ième} et 5^{ième} vertèbres lombaires, provoque une vive douleur qui irradie dans le membre inf. du même côté. La pression sur le bord droit du sacrum, à proximité de sa base, est également douloureuse.

La pression simultanée sur les deux crêtes iliaques n'est pas algogène.

La compression des tissus à la grande échancrure sciatique, à la gouttière ischio-trochantérienne, au creux poplité est insupportable.

La pression sur le nerf crural au pli de l'aîne est aussi douloureuse.

L'articulation coxo-fémorale droite est parfaitement libre.

Aucun trouble des sensibilités objectives aux membres inférieurs.

Les réflexes rotuliens et achilléens droits sont légèrement diminués en puissance.

Les muscles de la fesse et de la loge postérieure de la cuisse, à droite, sont remarquablement atrophiés; le quadriceps et le mollet droits sont, en sus, hypotoniques et diminués de volume.

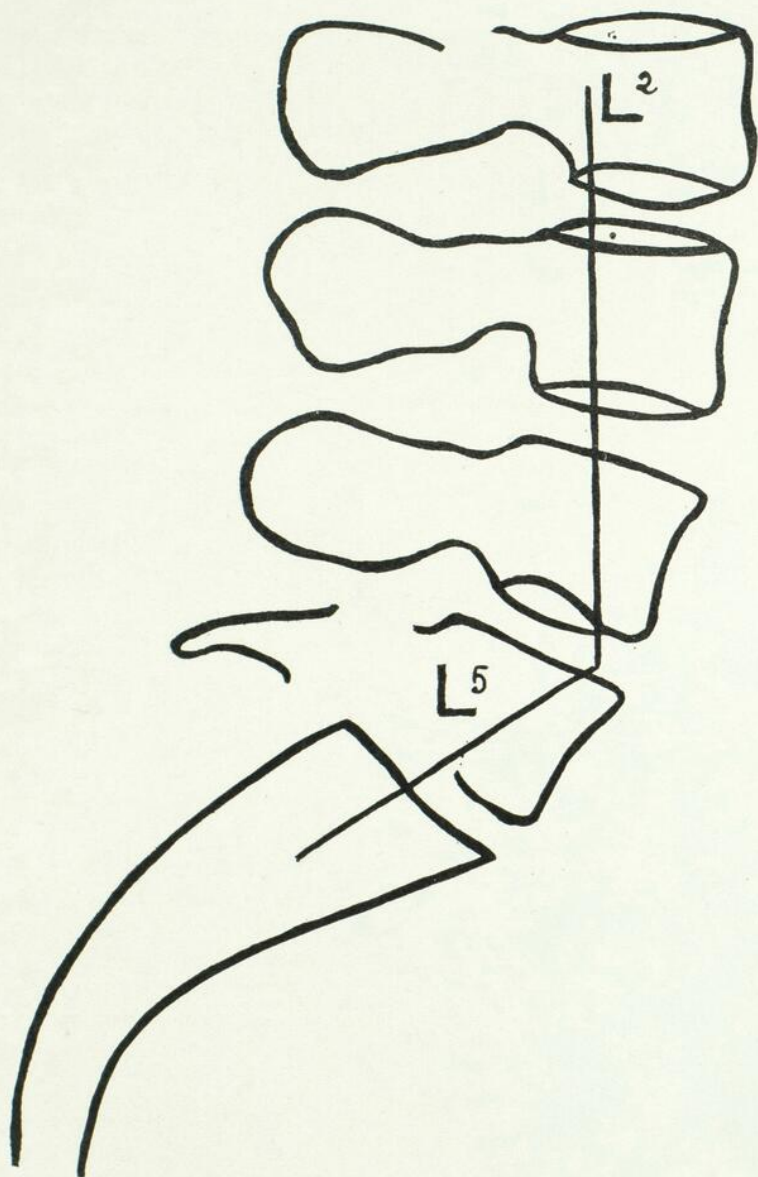


Fig. I.—Calque du radiogramme reproduisant la colonne lombo-sacrée en incidence latérale.

Courbure prononcée du sacrum. Angulation lombo-sacrée exagérée. Faux promontoire de la 5^{ème} lombaire. Pas de spondylolisthésis.

Les réflexes plantaires et cutanés abdominaux sont normaux.

La force musculaire est forcément moins bonne au membre inférieur droit. Signe de Lasègue avec douleur provoquée au bord droit du sacrum, à

la jambe droite accompagnée d'un engourdissement sur le bord externe du pied droit.

Pas de signe de Bonnet.

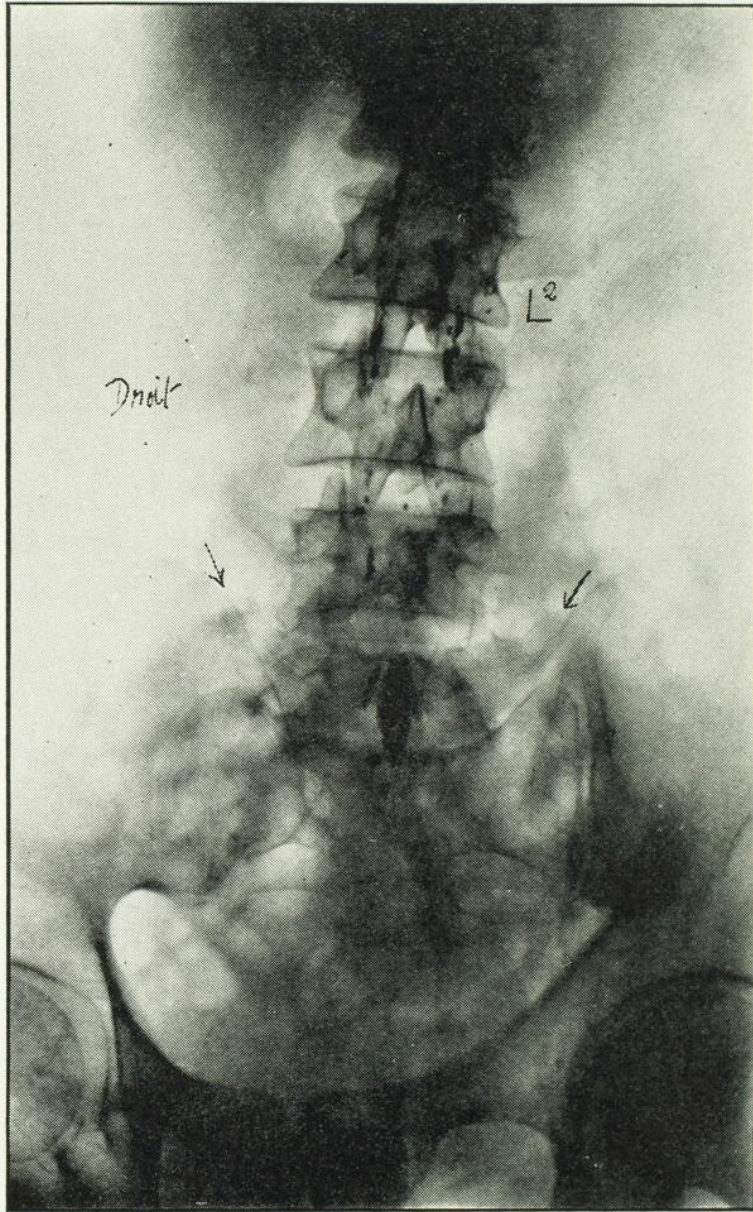


Fig. II. — Arrêt du lipiodol sous-arachnoïdien, à aspect normal, à la première pièce sacrée.

Hypertransition de la 5^{ème} lombaire intégrée à un niveau normalement sacré.

Les flèches indiquent les apophyses transverses en rapport, surtout la droite, avec l'os iliaque et peut-être l'aileron du sacrum.

Signe du quadriceps (douleur, à la flexion forcée de la jambe sur la cuisse, ressentie à la face antérieure de la cuisse) franchement positif, à droite.

Le pied droit a tendance à se maintenir plus froid et à transpirer plus abondamment que le gauche.

Aucun signe neurologique à la tête, au tronc et aux membres supérieurs. Une radiographie de la colonne vertébrale a montré une sacralisation évidente de la cinquième vertèbre lombaire, une absence de la 12ième côte à droite et une exagération de l'angulation lombo-sacrée sans spondylo!isthésis. (Voir clichés I et II).

Une ponction lombaire n'a révélé aucune anomalie de tension, de circulation, de composition et des réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien. Nous insistons sur le fait que l'épreuve de Queckenstedt (compression des jugulaires amenant l'élévation de la pression de liquide) ne démontra aucun blocage, aucune interruption dans la continuité des espaces sous-arachnoïdiens spinaux.

Un centimètre cube de lipiodol lourd (40%) injecté dans l'espace sous-arachnoïdien par ponction faite entre la première et deuxième vertèbres lombaires s'est collecté normalement dans le cul-de-sac méningé de la région sacrée.

Commentaires

Notre malade est porteur d'une sciatique haute: les seuls signes de l'atteinte du nerf crural, tributaire du plexus lombaire, nous le prouvent. Les fibres nerveuses du sciatique et du crural sont donc irritées, lésées, à un niveau où peuvent être touchés les racines ou les funicules lombaires et sacrés, c'est-à-dire soit dans le canal rachidien au niveau de la queue de cheval ou de la partie terminale de la moelle, soit plutôt à l'intérieur ou à la sortie des trous de conjugaison.

L'examen clinique et surtout les radiogrammes du rachis, les examens portant sur le liquide céphalo-rachidien, l'épreuve de Queckenstedt et du lipiodol sous-arachnoïdien éliminent toute possibilité acceptable de lésion et de compression intrarachidienne.

Les renseignements anamnestiques concernant le cours de l'affection et les radiographies du rachis lombo-sacrée sont de nature, nous croyons, à conclure que l'irritation s'exerce sur les funicules lombaires (dont les deux derniers fournissent des fibres au plexus sacré et au nerf sciatique), soit au niveau même des trous de conjugaison, soit encore à leur voisinage très étroit, entre eux et les plexus lombaires et sacrés vers lesquels ils se dirigent.

Nous savons que le syndrome douloureux s'est installé immédiatement après un double traumatisme plus ou moins violent et portant indirectement sur le rachis. Nous savons aussi que notre ma-

lade présente une sacralisation évidente de sa cinquième lombaire avec articulation transverso-sacrée droite, que la 12^e côte manque d'un côté, qu'enfin son sacrum possède une courbe exagérée et que l'angle sacro-lombaire paraît trop aigu.

De ces éléments que déduire ?

A notre avis, le rachis de notre malade, qui offre une anomalie manifeste à un des points essentiels de la statique de l'axe vertébral et partant du tronc, ne possède pas un équilibre et une résistance normaux.

Nous ne prétendons pas que la sacralisation de la 5^e lombaire est la seule cause de sa sciatique. S'il en était ainsi, nous ne pourrions vous faire comprendre, et pour cause, la raison pour laquelle de nombreux sujets à sacralisation sont exempts de douleur lombo-sacrée et comment il se fait que la sciatalgie de notre malade n'est pas apparue plus tôt, alors que, d'autre part, la sacralisation ne manquait pas d'exister depuis toujours.

La sacralisation de la 5^e lombaire ou la lombalisation de la première sacrée ne constituent pas des causes immédiatement efficaces de la sciatique. Des interventions chirurgicales portant sur les apophyses transverses hypertrophiées ou sur l'os iliaque avec lequel elles s'articulent ou viennent en contact, ne peuvent par elles-mêmes amener la guérison.

Ces états de transition réversible ou progressive lombo-sacrée, pour la plupart des auteurs intéressés à cette question et pour nous, représentent et même constituent par elles-mêmes une fragilité et une instabilité statique du soc lombo-sacré sur lequel repose tout le poids du tronc et de la tête. D'autant plus que ce segment basal du rachis ne possède pas une fixité qui le rendrait moins vulnérable aux efforts et aux mouvements, et que les dystrophies sus-mentionnées s'accompagnent très souvent de rapports intervertébraux viciés secondairement et de modifications dans les courbures segmentaires.

Survienne un traumatisme vertébral, le plus souvent un micro-trauma unique ou répété, inoffensif aux sujets à rachis normal, et la colonne lombo-sacrée se désaxe, des tiraillements ligamentaires se produisent, peut-être dans certains cas se constitue-t-il de véritables ruptures de ligaments. En tout cas, les articulations lombo-sacrées, sacro-iliaques ne demeurent pas insensibles.

Aussitôt, la congestion apparaît au sein des tissus mous de la région, les formations péri-articulaires, les surtout ligamentaires s'œdématisent, s'épaississent.

Les funicules lombaires se congestionnent à leur tour; ils participent à la réaction congestive de leur intime voisinage, ils sont comprimés par les tissus mous inflammés, boursoufflés et tendus qu'ils traversent et cotoient, ils ont pu être étirés lors même du traumatisme.

La douleur naît de l'irritation déclanchée.

La persistance de la douleur peut dépendre de la persistance de la congestion ou encore de l'épaississement définitif et cicatriciel des tissus en contact intime avec les funicules eux-mêmes.

Il n'est pas invraisemblable d'affirmer qu'une colonne vertébrale, surtout si elle est fragile et en équilibre instable de certains de ces segments, peut être le siège, à ces niveaux affaiblis, des réactions congestives et douloureuses au traumatisme, comme toute autre articulation. Mais la douleur, toute locale, des autres articulations forcées dans leur jeu, prend ici des proportions considérables et s'étend selon des irradiations diffuses, parce que les appareils articulaires lombosacrés se trouvent en étroite contiguïté avec d'innombrables fibres sensitives qui véhiculent les sensibilités de régions distantes.

Il ne serait pas non plus illogique de penser qu'ici encore, la douleur engendre la douleur et que des excitations, partant constamment d'une région, y provoquent des réactions vaso-motrices et congestives qui renouvellent et entretiennent elles-mêmes la douleur.

Cette remarque pourrait prendre une certaine importance, quand il sera question de discuter le traitement.

Notre malade a subi un traitement physiothérapique fait de diathermie et de radiothérapie.

Subséquentement, on procéda (Dr J.-U. Gariépy, chirurgien de Notre-Dame), à deux reprises, à une injection épidurale de 50 c.c. d'une solution de novocaïne à 1%.

Le malade, plus tard, reçut six injections de Campho-Salyl, dans les muscles et les téguments de la région lombo-sacro-fessière droite. Des injections intramusculaires "loco-dolenti" de Naialgine lui ont été faites tout dernièrement. Tout cela n'a pas amené une amélioration satisfaisante.

La radiothérapie a peut-être déterminé une certaine diminution de l'acuité de la douleur. Les épidurales, surtout la première, l'ont partiellement et temporairement atténuée; au point que, pendant quelques jours, la taille put être redressée durant la marche et que le malade ne souffrait plus au lit. Mais la toux, la marche et la station verticale sont encore intolérables.

Notre malade n'est pas guéri; il n'est pas pratiquement amélioré. En tout cas, il doit être considéré comme impotent.

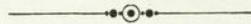
Que tenterons-nous encore ?

Nous croyons que nous pouvons le guérir. Nous essaierons des injections para-vertébrales de solutions de novocaïne, dans le but de baigner dans ce liquide anesthésiant les funicules et les tissus ligamentaires ou autres qui leur sont voisins.

S'il est nécessaire, nous recourrons à l'immobilisation complète du malade en extension continue avec traction bilatérale sur les deux membres inférieurs.

Le repos complet au lit, l'immobilisation, la traction et la détente des muscles sacro-lombaires seraient de nature, nous pensons, à améliorer et guérir ce cas de sciatique à double sacralisation de la cinquième vertèbre lombaire.

Et en dernier ressort, si on devait demander le secours de la chirurgie, nous suggérerions le verrouillage lombo-sacré. Cette opération qui immobiliserait totalement les articulations vertébrales inférieures ne serait sûrement pas inutile.



UN CAS DE TROUBLES ATYPIQUES DE LA PUBERTÉ

Par Jean-Philippe PAQUETTE.
Médecin à l'hôpital du Sacré-Coeur.

Nous voulons illustrer un cas d'insuffisance ovarienne de la puberté, où le traitement opothérapique a donné un résultat immédiat.

Nous avons pensé rapporter cette observation parce qu'elle sort un peu de l'ordinaire. Elle présente des symptômes que nous jugeons atypiques. Ceux-ci ont retardé notre diagnostic, notre traitement et ont de plus induit en erreur ou arrêté (à cause du prix de revient) des confrères bien à la page.

Il s'agit d'une jeune fille de 15 ans, Y. L., pour laquelle nous sommes appelé, à la mi-janvier 1935, pour nausées, vomissements, bouffées de chaleur suivies de frissons. Ces malaises durent depuis 4 ou 5 jours. La température est normale et le pouls à 100. C'est une enfant malingre, pâle, au développement retardé. La famille est nombreuse et pauvre. L'hygiène y est rudimentaire.

Histoire familiale:

Père — mère B. S.

2 frères B. S.

1 frère souffre de ganglions tuberculeux et de tuberculose pulmonaire consécutive.

4 sœurs B. S.

2 sœurs souffrent d'insuffisance ovarienne.

1 sœur morte cardiaque.

1 sœur morte à la naissance.

Histoire personnelle:

Rougeole, coqueluche, varicelle, en bas âge.

Menstruée, une fois en décembre.

Habitation:

Plus ou moins saine, surpeuplée pour le cubage d'air.

L'examen subjectif révèle les symptômes suivants: Insomnie, chaleurs, nausées, vomissements et constipation.

L'examen objectif: enfant chétive et pâle, en retard de croissance, aux aisselles glabres, au thorax maigre, avec esquisse de développement mammaire. A part la tachycardie, les organes intrathoraciques sont normaux. L'abdomen est souple mais sensible au creux épigastrique. Le pubis est très légèrement chevelu.

En face de symptômes d'une telle banalité, nous n'osons porter un diagnostic définitif.

A quoi sont dus les vomissements alimentaires d'abord, bilieux ensuite? A une appendicite? A une simple gastrite? A la constipation? A une alimentation défectueuse? Sont-ils réflexes? Chose certaine, ils ne sont pas physiologiques.

Aujourd'hui, évidemment, les questions pleuvent; mais au moment où nous avons vu la patiente, nous sommes allé au plus pressé, opté pour une cause réflexe et suspendu le diagnostic. Le traitement prescrit se résuma à la diète liquide et végétarienne en quantité réduite, lavement évacuant, glace sur l'abdomen et teinture de belladone.

La malade, revue huit jours plus tard, présente les mêmes troubles. C'est alors que nous pensons à l'insuffisance ovarienne et demandons l'admission à l'hôpital pour qu'elle y reçoive les soins appropriés. Là on fait un diagnostic de vagotonie et on institue un traitement à la belladone.

L'hospitalisation dure trois semaines et notre patiente part apparemment guérie. Mais la guérison est de courte durée, en trois jours le syndrome du début réapparaît avec la même intensité et la famille réclame l'hospitalisation de nouveau.

Comme nous venions de recevoir quelques échantillons d'extraits ovariens en ampoules, l'essai en est proposé aux parents, à titre d'expérience. Ils l'acceptent. Résultat parfait: dès la seconde injection il n'y eut plus de trouble d'aucune sorte. Nous avons donné sept injections intra-musculaires de 1 c.c. d'hormone en solution aqueuse. La petite s'est mise à prendre du poids (lequel passe de 63 lbs à 80 lbs en deux mois), et graduellement les caractères morphologiques féminins deviennent évidents.

Nous sommes intervenu, croyons-nous, à une phase de carence totale. La faible dose d'hormone fournie a agi comme le catalyseur indispensable qui a rétabli l'équilibre dans les systèmes nerveux et digestif.



MOUVEMENT MÉDICAL

LETTRE OUVERTE SUR LES SELS D'OR EN TUBERCULOSE

En 1932, le Congrès International de la Tuberculose de La Haye-Amsterdam a mis cette question d'aurothérapie à l'étude devant plusieurs centaines de médecins spécialisés qui l'avaient mise à l'épreuve aux quatre coins du monde. Déjà à cette époque l'on se demandait si cette discussion n'était pas oiseuse parce qu'elle se présentait à la fois trop tôt et trop tard : trop tard parce que peu de gens n'en osaient parler comme d'une médication importante ; trop tôt parce que la vogue des sels d'or passait d'elle-même par manque de résultats précis et évidents.

Seul Léon Bernard avec ses élèves, dont M. Sayé, le rapporteur officiel, y parla avec une assurance qui n'eut aucun écho. Tous ceux qui se succédèrent à la discussion — ils furent nombreux — soulignèrent non seulement les dangers directs et indirects de l'aurothérapie, mais encore l'imprécis de son action que M. Sayé estimait spécifique. L'opinion générale demeura que quelquefois les sels d'or ont pu agir à la manière d'un stimulant utile, mais que dans l'ensemble ils avaient causé une immense déception.

Personnellement j'ai suivi plus de deux cents cures de sels d'or, avec la plupart des produits en cours. Chez cinq ou six malades, il nous a paru très probable que cette action utile s'était exercée, tel un déclencheur mettant en branle le potentiel défensif de l'organisme. Y a-t-il lieu de parler de résultats étonnants, surprenants ou merveilleux ?

Après toutes les déceptions, en thérapeutique tuberculeuse, de remèdes tant prônés depuis un demi-siècle, il semble utile de rappeler qu'en médecine, comme en d'autres domaines, pour avoir le droit de lancer dans le public un médicament il faut faire la preuve de son efficacité... En ce qui touche à la tuberculose, il est une pierre de touche facile à utiliser, c'est l'action d'un médicament là où la thérapeutique actuellement classique a échoué : repos absolu en milieu sanatorial et collapsothérapie ; chez ces malades évolutifs "malgré tout",

pour lesquels nous sommes désarmés : repos inopérant, pneumothorax irréalisable ou inactif, thoracoplastie ou paralysie du diaphragme contre-indiquées ou insuffisantes. Combien de malades dans ces conditions ont été guéris ou convenablement améliorés par les sels d'or ?

Et ces faits ce n'est pas en clientèle privée qu'il faut les recueillir pour rassembler des preuves ; trop de facteurs de précision nécessaires manquent ; mais au sanatorium, où le malade est suivi pas à pas en regard d'autres patients dans une ambiance semblable où le seul facteur variable est l'apport individuel du bacillaire à son traitement.

Rappelons ici ce qui advient de l'insuline, lancée dans le monde médical vers la même époque que la sancryline. En six mois, c'est l'accord universel sur une valeur indiscutable basée sur des faits partout les mêmes. Comparons la littérature sur les sels d'or...

Et voilà pourquoi les articles enthousiastes sur l'aurothérapie publiés actuellement et signés de noms reconnus spécialistes des autorités, sont malheureux. Leur lecture rapide engagera les praticiens, et de bonne foi, à traiter leurs malades, tous leurs malades, d'abord avec les sels d'or... Ce sera une raison de plus pour expliquer notre morbidité et notre mortalité par tuberculose désespérément supérieure à celles des autres provinces du Dominion.

Après la tuberculine, le sérum de Friedman, les extraits de rate, l'iode et le calcium, ce fut la triste "course" aux sels d'or. Ce sera bientôt l'Umcka ou l'Umckaloabo lancé sur le marché par quelque firme intéressée. Soyons sur nos gardes. Des nouvelles nous sont récemment parvenues des hauts plateaux africains du Batusoland qu'on est à préparer un stock considérable de ce dernier produit déjà patronné en Angleterre, en France et en Suisse par quelques médecins illuminés pensant avoir découvert l'un des quatre éléments : l'air, l'eau, la terre ou le feu.

C'est un produit végétal, connu depuis vingt ans au moins, pour lequel on a lancé une publicité bien amorcée sous le couvert de quelques noms semi-officiels d'autorités au déclin en mal de notoriété. Ce sera un autre coup de filet rémunérateur aux dépens de ces malades de la poitrine soupirant d'espérance.

Albert JOANNETTE.

NÉCROLOGIE

LE PROFESSEUR CHARLES RICHEL

Nous avons appris avec regret, mais sans surprise, la mort du Professeur Richet, ancien professeur de physiologie à la Faculté de Médecine de Paris. Nous nous permettons de saluer respectueusement sa dépouille parce qu'il fut, un jour, délégué au Canada où il fit, à l'Université de Montréal, une conférence sur l'œuvre de Pasteur.

Nous n'avons pas oublié, d'autre part, avec quel empressement sympathique il nous recevait, Dubé et moi, dans son laboratoire de physiologie expérimentale, en 1893, durant nos études médicales à Paris.

Nous n'avons pas l'intention d'énumérer les découvertes sensationnelles aux différentes étapes de sa brillante carrière scientifique. Pour reprendre l'expression du Professeur J.-Louis Faure, aux obsèques de son collègue de l'Institut, répétons avec lui : "Avec Charles Richet, disparaît un de ces hommes qui passent à travers le monde en laissant derrière eux cette renommée qui n'est donnée qu'à ceux qui ont été marqués par le destin pour prendre place parmi les héros de l'esprit."

On a comparé Charles Richet à un Goethe moderne. Esprit universel, il a abordé avec une égale maîtrise presque toutes les questions nouvelles qui ont intéressé l'esprit humain du siècle dernier, et dont plusieurs se sont réalisées grâce à ses aperçus nouveaux.

Enumérons succinctement les principales d'entre elles :

1° La découverte de l'action et du rythme de la sécrétion de l'acide chlorhydrique, qui fit l'objet de sa thèse d'agrégation, sauf erreur.

2° Ses idées géniales sur la *sérothérapie*. Avec Héricourt, son élève préféré, il en fut le pionnier grâce à ses travaux de sérothérapie contre la tuberculose et autres maladies. "Si nous avions expérimenté contre la diphtérie !" répétait-il souvent. Mais sa méthode a quand même servi Behring et Roux.

3° La *vaccination*; en injectant le sérum à des animaux sains pour les préserver de la maladie. Nous faisons allusion à ses expériences sur les moutons français, décimés par le charbon, inoculés avec le sérum des moutons d'Algérie résistant à cette maladie.

4° L'*anaphylaxie*; c'est-à-dire la sensibilisation individuelle, hommes ou animaux, aux poisons ou à certains aliments, avec les deux phases bien connues: préparante et déchaînante. On sait que cette méthode a reçu une application pratique dans le domaine policier pour l'identification du sang humain.

5° Ses travaux sur la *chaleur animale* dans son laboratoire de physiologie à la Faculté de Médecine de Paris.

Je ne cite que ses plus importantes découvertes en médecine, mais son génie explora d'autres domaines.

6° Seize ans avant Wright il devine ce que sera l'*aviation*, et, dès 1888, il expose sa conception en construisant un avion d'assez grande taille avec ses ailes, son fuselage et ses haubans. Il a été, ainsi, l'inspirateur de Louis Bréguet, un des plus grands noms de l'aviation contemporaine française.

7° Ses travaux de *métapsychique*. Il s'agit, nous le savons, de *spiritisme*. Il appelait ses expériences "supra-normales". Selon sa classification, ces phénomènes seraient de trois sortes:

- a) la "télépathie": lecture de pensée, clairvoyance, etc.;
- b) la "télékinésie": faire bouger les objets à distance par la seule force de la volonté;
- c) la "téléplastie": création d'une "matière invisible" ou partiellement invisible; tels que les ectoplasmes.

L'avenir nous dira ce que valent ces hypothèses. Ce n'est pas le moment de les discuter, mais attendons les réalisations.

8° Poète et littérateur, il a publié des *fables* dont quelques-unes sont aussi gracieuses et spirituelles que celles de La Fontaine; et deux drames: *La mort de Socrate* et *Circé*.

9° Il a été l'un des plus grands apôtres de la *paix internationale*. Nous avons eu, Dubé et moi, le très grand honneur, un soir, d'être ses bien humbles hôtes à une réunion illustre de cette association, présidée par Frédéric Passy, de l'Institut. C'était en 1895, dans les salons d'un grand café de Paris. Nous avons entendu, ce jour-là, de nobles paroles prêchant un idéal supérieur entre les nations dans le monde!... Ces idées ont fait bien peu de chemin, mais elles demeurent quand

OPOTHÉRAPIE SÉRIQUE

DÉCHÉANCES ORGANIQUES,
CONVALESCENCES,
ANÉMIES.



SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS de CHEVAL
(Sirop)

Agent de Régénération Hématique, de Leucopoïèse et de Phagocytose,

2 à 4 cuillerées à potage par jour.

LANCOSME, 19, rue Alain Chartier, PARIS (XVe)

Littérature et Echantillons: ROUGIER & FRERES, 350, rue Le Moyne, Montréal.

LABORATOIRE NATIVELLE

27, Rue de la Procession, PARIS (15^e)

NATIBAÏNE

ASSOCIATION DE

1/3 de **DIGITALINE NATIVELLE**

ET DE

2/3 d'**OUABAÏNE ARNAUD**

Draeger

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

• T O U X •

UNE toux opiniâtre et pénible, coëxistant soit avec la trachéite, la laryngite, la pharyngite, la bronchite, la pleurésie, ou la pneumonie, est justiciable de l'Antiphlogistine, appliquée aussi chaude qu'elle peut être supportée, ce traitement est généralement suivi des plus heureux effets.

L'action favorable de l'Antiphlogistine se traduit par une amélioration des phénomènes congestifs et respiratoires, et par la sédation manifeste de la toux.

ANTIPHLOGISTINE

(fabriquée au Canada)

Échantillon sur demande:

THE DENVER CHEMICAL MFG CO.
153 OUEST, RUE LAGAUCHETIÈRE
MONTRÉAL

même! Mais "son amour passionné de la paix s'alliait dans son cœur et dans sa raison avec la défense du sol de la patrie". C'est ainsi qu'à l'âge de 65 ans, il passa deux années au front dans un grand hôpital.

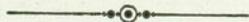
10° Il fut un adepte de l'*esperanto*, cette prétendue langue universelle qui n'est plus qu'un souvenir historique.

11° En 1913 il reçut le *prix Nobel* pour consacrer l'ensemble de ses travaux et surtout sa découverte de l'*anaphylaxie*.

12° Enfin, membre de l'*Institut*, de l'*Académie de Médecine* et de toutes les grandes sociétés savantes internationales, il termine sa vie magnifique "chargé d'ans et de gloire, dans l'émotion de tous et le respect universel".

Son fils, Charles Richet, ce médecin distingué que nous avons connu, ici, en 1934, portera dignement son nom. Nous lui adressons nos bien vives sympathies en cette douloureuse épreuve, et nous déposons sur la tombe de son illustre père l'humble souvenir d'anciens élèves canadiens!...

Albert LESAGE.



ACTUALITÉS

LES DISPENSAIRES — LE MÉDECIN PRATICIEN LE MÉDECIN DES HÔPITAUX

Par **Oscar MERCIER, F.R.C.S. (Canada)**,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Chef du Service d'Urologie de l'Hôtel-Dieu.

Voici, de l'avis de tous, le grand problème qui se dresse actuellement devant la profession médicale. Il a pris depuis la crise financière une acuité considérable et menace par une série de malentendus de creuser une tranchée infranchissable entre le médecin praticien et le médecin des hôpitaux. L'acheminement de plus en plus croissant des malades vers les dispensaires des hôpitaux a originé à la fin de 1918 : il a atteint son point culminant en 1932. Le nombre des consultations gratuites dans les cliniques externes hospitalières a augmenté considérablement par l'accroissement du chômage et des faux indigents. Le médecin praticien a vu son officine délaissée par le malade, tandis que le médecin des hôpitaux a dû subir un surcroît de travail sans rémunération du fait de l'augmentation des consultations d'indigents. Ce phénomène a pu paraître normal, parce qu'une grande portion de la population ouvrière a été soudainement sans ouvrage et sans le sou. Cependant, alors qu'en 1934 nous voyons le nombre des chômeurs diminuer, nous constatons que les consultations gratuites se multiplient. Le malade temporairement indigent a pris le chemin de l'hôpital, a *quitté* son médecin de famille et n'y retourne plus lorsqu'il reprend le travail et est en état de pourvoir à sa subsistance. L'officine du praticien reste vide, drainée par le dispensaire des hôpitaux. Le médecin de famille proteste avec raison, et une série de malentendus naissent entre lui et le médecin des hôpitaux.

Nous, qui exerçons une spécialité de la médecine, sommes peu affectés par cette situation, les malades nous étant presque toujours dirigés à l'hôpital par le médecin praticien. Le fait n'est pas le même vis-à-vis du confrère qui pratique ce que nous appelons la "médecine générale". Nous croyons donc être assez libre d'attache pour illustrer

la question et proposer une solution qui, à notre avis, sera celle que tous les médecins doivent exposer et défendre auprès des corps publics de l'Etat ou des municipalités. Nous sommes d'opinion que tous les ennuis viennent de l'absence d'organisation de l'assistance médicale aux indigents. En France, l'assistance médicale existe officiellement depuis 39 ans. La loi du 15 juillet 1893 spécifie que "tout Français malade, privé de ressources, reçoit gratuitement de la commune, du département ou de l'Etat, suivant son domicile de secours, *l'assistance médicale* à domicile ou, s'il y a impossibilité de le soigner utilement à domicile, dans un établissement hospitalier." Il est dit que les dépenses ordinaires de l'assistance médicale comprennent :

- 1° Les honoraires des médecins, chirurgiens et sages-femmes du service d'assistance à domicile.
- 2° Des médicaments et appareils.
- 3° Les frais de séjour dans les hôpitaux.

Comme nous le constatons, le principe de la rémunération du service pour ses soins est reconnu et parmi les dépenses de l'assistance médicale les honoraires des médecins passent au premier plan.

Dernièrement, les médecins des hôpitaux de la province de Québec syndiqués en association entreprirent un mouvement dans le but d'assurer une indemnité équitable aux médecins des hôpitaux, qui n'en peuvent plus sous le nombre croissant des indigents dans les cliniques externes hospitalières. Ce mouvement doit être approuvé, parce qu'il pose le principe de la rémunération du médecin pour ses soins. Mais pour nous, il est incomplet et réalisera, s'il réussit, le désaccord complet entre le médecin des hôpitaux et le médecin praticien. Le premier deviendra un privilégié dans la caste médicale; il sera le seul indemnisé pour ses soins aux indigents. De plus, dès qu'il aura gain de cause auprès de l'Etat, il réouvrira plus largement qu'avant les portes des dispensaires des hôpitaux. Alors, seuls quelques médecins praticiens aux clientèles riches pourront subsister. Le mouvement de l'Association générale des Médecins des hôpitaux a mis en lumière par la fermeture temporaire des dispensaires des hôpitaux en signe de protestation, la seule manière de régler la question. Actuellement, les malades qui ne veulent pas se diriger vers les hôpitaux anglo-saxons retournent à l'officine du médecin praticien. Et je suis certain, sans avoir fait d'enquête, que le médecin praticien a vu dans ces derniers mois sa clientèle augmenter grâce à la fermeture partielle des cliniques externes des hôpitaux. *Il faut que les cliniques*

externes des hôpitaux ne se réouvrent qu'aux seuls malades dirigés par le médecin praticien.

Nous ne pouvons donc à notre avis admettre le principe que seuls les médecins des hôpitaux doivent être rémunérés pour les soins aux indigents. Le problème doit être élargi et la rémunération doit atteindre tous les médecins qui traitent les nécessiteux. De plus, ce principe doit être sanctionné non pas pour un temps restreint par une loi de chômage. Il doit devenir perpétuel, qu'il y ait ou non des chômeurs, car même en période de prospérité, le médecin est appelé à soigner des indigents. Il ne faut pas d'individualisme d'une classe, mais une égalité pour tous, ce qui sera le salue pour tous.

Ce principe de la rémunération du travail du médecin des hôpitaux et du médecin praticien étant admis, nous devons rechercher la manière d'organiser l'assistance médicale aux nécessiteux.

Il est un fait certain, démontré par une récente enquête conduite par les autorités municipales de Montréal, que de nombreux patients se présentent aux dispensaires des hôpitaux, qui pourraient rémunérer tant soit peu les soins du médecin. Toute cette catégorie de malades est soustraite à la clientèle du praticien. Doit-on en blâmer le personnel des hôpitaux. J'affirme que non. Il faudrait pour dépister ces faux indigents établir un fichier central où une enquête se poursuivrait sur chaque cas. Les administrations des hôpitaux n'ont pas de ressources financières suffisantes pour en assumer les frais. De temps à autre, les médecins des hôpitaux attachés au dispensaire dépistent involontairement ces faux indigents; ils les dirigent alors vers leur propre officine, les soustrayant encore au praticien. Il serait cruel de les blâmer, eux qui ne touchent aucun honoraire de l'hôpital. Enfin, le médecin des hôpitaux, même s'il ne reçoit que de réels indigents, doit s'astreindre à perdre son temps à recevoir à la clinique externe un grand nombre de malades souffrant de maladies chroniques sans intérêt scientifique. Lui qui est préparé, par des études prolongées, à faire des diagnostics compliqués, à dépister des lésions rares, doit s'user dans une médecine de chaque jour qui serait, peut-être, mieux faite par le médecin praticien. En effet, dans une maladie chronique, souvent le réconfort apporté aux malades, le côté psychologique est mieux dirigé par le praticien que par le médecin des hôpitaux, qui, à l'hôpital, dans la salle, oublie parfois ce détail, absorbé par une considération scientifique. J'ose affirmer que les lits dans les salles des hôpitaux doivent être réservés aux malades soit pour y établir un diagnostic, mettre en marche un traitement, soit pour y traiter

TRAITEMENT DE LA BLENNORRAGIE

par le

VACCIN DEMONCHY

Vaccin mono-microbien polyvalent à haute concentration
25 milliards de germes au centimètre-cube

Raccourcit la période aiguë — Écourte la durée totale du traitement.

Renseignements plus complets sur demande

à

MM. ROUGIER FRÈRES,
MONTRÉAL

Distributeurs



CAMPHOSOL CHOMEDY

Solution de Camphre soluble dans l'eau
Solution à 10% de Camphosulfonate de soude

Tonique du muscle cardiaque remplaçant avantageusement l'huile camphrée qui graisse les seringues, provoque des nodosités et parfois des abcès. Le CAMPHOSOL s'injecte facilement, n'est pas toxique, agit vite, est indolore, ne provoque jamais de réaction locale, et peut s'injecter par voie veineuse. Le CAMPHOSOL agit sur le myocarde en renforçant les contractions et sur le pneumo-gastrique en le régularisant.

Indications: Le CAMPHOSOL s'emploie dans tous les cas où il faut obtenir une action extrêmement rapide tonocardiaque: syncopes, adynamie, phénomènes de shock, gripes, pneumonie, fièvres infectieuses, septicémies, suites d'interventions chirurgicales ou obstétricales. Le CAMPHOSOL excite les centres respiratoires et s'emploie également dans les cas d'asphyxie plus ou moins prononcée des emphysémateux, pneumoniques, asthmatiques ou des noyés et intoxiqués par des gaz toxiques.

Présentation: Le CAMPHOSOL est présenté en ampoules de 5 cc., 2 cc. et 1 cc.
Mode d'emploi: En injections hypodermiques, intramusculaires ou intraveineuses de 2 à 8 cc. par jour en Médecine et de 8 à 15 cc. par jour en Chirurgie.

Laboratoires J. PLE, PARIS

Boîtes de 12 ampoules de	1 c.c.	\$12.00	douzaine
“ “ 6 “ “	3 c.c.	7.50	“
“ “ 12 “ “	2 c.c.	13.20	“
“ “ 50 “ “	2 c.c.	39.00	“
“ “ 5 “ “	5 c.c.	9.00	“
“ “ 10 “ “	5 c.c.	18.00	“
“ “ 50 “ “	5 c.c.	75.00	“

HERDT & CHARTON INC.

WINNIPEG
128 James St.

2027 MCGILL COLLEGE AVE.
MONTREAL

TORONTO
11 King St. West

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. Fltzroy 5765

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.

TROUBLE
de la **MENOPAUSE**

INSUFFISANCE
OVARIENNE

Maladies du système veineux, varices, phlébites, hémorroïdes, pléthore par stase veineuse.

Indhameline

Lejeune

Laboratoire A. LEJEUNE, 142, rue de Picpus, Paris (12e)

SIMPLE: Hamamélis, Marron d'Inde, Condurango, Viburnum, Anémone, Sénéçon, Piscidia.

2 FORMES

PLURIGLANDULAIRE: Hypophyse, Ovaire, Surrénale, Thyroïde et principes végétaux de l'INDHAMELINE LEJEUNE simple.

Littérature et échantillon médical sur demande.

Agent général pour le Canada: **G.-A. LAPOINTE**, 1690, Boulevard Saint-Joseph Est, Montréal

un cas aigu qu'il est impossible de soigner à domicile. Nous faisons abstraction, évidemment, des cas chirurgicaux qui doivent être hospitalisés pour être traités. Pourquoi ne pas étendre ce principe aux cliniques externes de médecine? Elles deviendraient de véritables consultations où le médecin praticien dirigerait son malade indigent, soit pour y établir un diagnostic, soit pour le faire admettre au service interne. Nous voyons dans notre projet l'établissement dans les hôpitaux de consultations où seuls seraient admis les malades porteurs d'une lettre de son médecin de famille. Ce dernier les y adresserait soit pour faire contrôler un diagnostic, soit pour les faire admettre dans le service interne en vue d'établir le diagnostic ou de pratiquer un traitement qui ne peut être exécuté à domicile. Mais, nous direz-vous, le praticien devra recevoir à son officine les indigents! Et c'est là que nous arrivons à la deuxième partie de notre projet: *l'organisation, dans les villes, de dispensaires de quartiers et, à la campagne, de l'assistance à domicile.*

A la ville, dans chaque quartier pourrait être installé un local où les médecins de ce quartier recevront à tour de rôle les malades nécessiteux de cet arrondissement. Les autorités municipales, de concert avec les autorités provinciales, en défraieront les frais. Les dispensaires pourront être facilement logés dans les postes de police dont quelques-uns sont désaffectés depuis l'établissement de la "police radio". Des infirmières du service d'hygiène municipal pourraient être attachés à ce nouveau service médical. Enfin, les associations médicales des praticiens établiront le tour de rôle du médecin en assignant à chaque médecin du quartier le temps qu'il doit consacrer à ce dispensaire en se basant sur le nombre de médecins exerçant dans le quartier. Le dépistage du faux pauvre serait d'une extrême facilité, puisque seuls les indigents de ce quartier pourraient se présenter à ce dispensaire. De plus, surtout dans les faubourgs ouvriers, où le manoeuvre peut du jour au lendemain devenir chômeur, le médecin conservera le contact avec son ancien client en le recevant au dispensaire à l'heure qui lui est assignée. Enfin, pour la catégorie des malades qui ne peuvent se présenter au dispensaire, il faudrait établir dans chaque quartier une liste de garde où le praticien désigné ira à domicile et continuera à traiter le malade retenu au lit.

A la campagne, il ne peut être question d'établir de dispensaire. Le comté devra alors assumer les frais d'assistance aux nécessiteux soit à domicile, soit à l'officine du praticien. Nous ne voulons pas étudier ici la question des unités sanitaires qui, à notre avis, devront

être réorganisées afin de laisser au malade le libre choix du médecin. Nous y reviendrons dans un autre article. Mais nous devons nous demander si le système de la province d'Ontario n'est pas le meilleur, où l'Unité Sanitaire est un véritable bureau de consultants qui se déplacent de village en village pour étudier avec le praticien les cas qu'il veut leur présenter.

Evidemment, tout ce projet comporte à sa base la rémunération du médecin des hôpitaux et du médecin praticien. Le premier pourrait, comme en France, recevoir une indemnité fixe, tandis que le dernier pourrait être rémunéré pour les heures qu'il passe au dispensaire ou pour les soins qu'il donne à domicile aux indigents. Nous ne nous permettrons pas ici de poser des chiffres, ce que nous n'avons pas étudié et ce que nous n'avons pas la compétence pour l'établir seul.

Nous aurons l'occasion dans des articles ultérieurs de développer notre projet.

Nous répétons en terminant deux grands principes que nous avons signalés. D'une part, tous les ennuis créés au corps médical viennent de l'absence d'organisation dans la province de Québec de l'assistance médicale aux indigents. D'autre part, il ne faut pas d'individualisme d'une classe, en l'occurrence celle des médecins des hôpitaux, mais une égalité pour tous les médecins, ce qui sera la seule manière d'établir le salut pour tous.



LE PROFESSEUR SERGENT EN ITALIE⁽¹⁾

A la suite des sanctions économiques appliquées à l'Italie par les gouvernements liés par le pacte de Genève, le ministère de la Presse et de la Propagande italiennes a décidé, en signe de représailles, d'appliquer des contre-sanctions intellectuelles. Les pièces de théâtre des pays sanctionnistes sont supprimées des répertoires. Exception a été faite pour les œuvres de Shakespeare et de Bernard Shaw.

Cette mesure n'implique pas dans ses prohibitions la production française en raison de l'attitude des intellectuels français vis-à-vis de l'Italie.

On nous fait savoir de Rome, qu'en même temps que la rupture avec les pays sanctionnistes dans l'ordre scientifique est précisée, les relations médicales sont maintenues entre la France et l'Italie. Le corps médical italien a été très touché de l'imposant manifeste de sympathie organisé en France par la section médicale du Comité France-Italie, qui a pu grouper des signatures belles et nombreuses des maîtres les plus éminents de l'Académie des Sciences, de l'Académie de Médecine, des Facultés, des Hôpitaux de Paris et de Province et d'un très grand nombre de praticiens.

Le professeur Eugène Morelli, secrétaire général du Syndicat national des médecins fascistes, a adressé un vif remerciement aux médecins français et a fait savoir qu'il accueillera avec grand plaisir dans le courant de janvier le professeur Emile Sergent, qui doit faire à l'Institut Carlo Forlanini, de Rome, la première conférence médicale officielle sous le patronage du Comité France-Italie.

Le Professeur Thérien à l'Académie de Médecine de Paris

Nous sommes heureux d'annoncer l'élection, à l'Académie de Médecine de Paris, du professeur Thérien, élève du professeur De Lapersonne, à qui il a succédé à la chaire d'Ophthalmologie de Paris. Ses importants travaux le désignaient à ce haut poste.

(1) Presse Médicale, 11 décembre 1935 — page 2022, No 99.

Le Professeur Clerc à l'Académie de Médecine de Paris

Nous avons appris avec plaisir que le professeur Antonin Clerc a été présenté en première ligne pour être élu très prochainement à l'Académie de Médecine de Paris. Tous ses amis du Canada s'en réjouissent et lui adressent des félicitations.

**Le nouveau Directeur Général de l'Association des Médecins
de Langue Française de l'Amérique du Nord**

Nous sommes heureux du choix unanime du Dr Valin, d'Ottawa, à ce nouveau poste où il recueille la succession du professeur Rhéaume.

Chirurgien bien connu dans la capitale du Canada, le Dr Valin compte des amis nombreux dans l'Ontario autant que dans Québec grâce aux charges importantes qu'il occupe tant dans nos associations françaises qu'anglo-canadiennes.

Nous avons confiance dans son esprit d'organisation, et nul doute que l'Association continuera son élan grâce à l'organisation inaugurée par le professeur Pierre Rhéaume.

Faculté de Médecine de l'Université de Montréal

Limite d'âge

Nous avons le regret d'annoncer la mise à la retraite, au point de vue de l'enseignement, de deux de nos professeurs bien connus des générations actuelles: le professeur de Cotret, à la chaire de clinique obstétricale, et le professeur Fortier, à la chaire de matière médicale et de pharmacologie.

Nous ne pouvons laisser partir ces deux collègues et ces maîtres sans au moins le signaler.

Le professeur de Cotret a été l'élève du professeur Dagenais, puis, plus tard, du professeur Lamarche, auquel il succéda.

Après un enseignement théorique très précis, le professeur de Cotret devient professeur de clinique obstétricale. L'étendue de ses connaissances théoriques n'avait d'égale que sa maîtrise dans la technique opératoire de la dystocie. Soucieux avant tout des méthodes

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



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

En général, la thérapie iodée est inséparable de l'iodisme, mais en

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

RIODINE (Astier)

Iode organique assimilable

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

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

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

Laboratoires P. Astier, Paris, France

Pour la Province de Québec:

ROUGIER FRERES,
350, rue Le Moyne,
MONTREAL.

Pour les Provinces Maritimes,
de l'Ouest et de l'Ontario:

JOHN A. HUSTON COMPANY, LIMITED
36-48 Caledonia Road,
TORONTO, Ont.

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

<i>Caféine</i>	<i>0 gr. 10</i>
<i>Théobromine</i>	<i>0 gr. 10</i>

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.**

simples, il pratiquait et il enseignait la prévention contre la fièvre puerpérale, la grande tueuse des mères et aussi des enfants. Il réussit malgré tout à abaisser sa statistique de mortalité et il forma une génération d'élèves qui épousèrent ses idées et mirent en pratique les enseignements précieux reçus de leur professeur.

Le Dr de Cotret a été chef du service d'obstétrique de l'hôpital Notre-Dame durant un grand nombre d'années.

Disons en passant que le professeur de Cotret a à son acquis des publications nombreuses sur tous les sujets d'actualité en obstétrique. Il a publié un volume intéressant et fort utile sur la pratique de l'obstétrique. Il a même publié des romans très lus et très discutés, ce qui est un honneur pour le médecin en mal de littérature.

Ajoutons un dernier mot, car cette courte note ne lui rend pas justice: le professeur de Cotret a été un exemple de ponctualité et de probité scientifique.

Le professeur J.-E. Fortier. C'est un autre parmi les anciens qui ont atteint la limite d'âge.

Appelé de bonne heure à participer à l'enseignement de l'École Victoria, il enseigna l'anatomie pratique à la salle de dissection, en face de l'Hôtel-Dieu, en 1892. C'est là que quelques-uns parmi nous furent initiés aux mystères du corps humain. Plus tard, il enseigna la pathologie médicale, puis il succéda bientôt à Hervieux à la chaire de thérapeutique et de pharmacologie, qu'il n'a jamais quittée depuis 1910.

D'une ponctualité exemplaire, d'une culture très étendue et d'une très grande humilité, doublée d'une bonté insurpassable, le professeur Fortier servit d'exemple à tous ceux qui l'ont connu.

Au début de sa carrière, il a été un journaliste très remarqué; il fut, sauf erreur, rédacteur en chef de l'*Abeille Médicale*, en 1890.

Médecin de l'Hôtel-Dieu durant plusieurs années, fondateur de l'hôpital Chinois, fondateur de l'hôpital de Caughnawaga, médecin de l'hôpital Saint-Benoît et d'un grand nombre de communautés religieuses, le professeur Fortier est un grand apôtre égaré dans la médecine. Sa haute culture et sa parfaite éducation le feront regretter aux différentes charges qu'il a occupées à la Faculté, mais le souvenir de son enseignement et de son parfait civisme conservera intacte sa mémoire et celle de sa haute personnalité.

Nous nous excusons en de brèves notes, sommaire, de saluer le départ de ces deux distingués collègues.

Nouvelle nomination

Le professeur Adhémar Gagnon.

En attendant que d'autres, plus autorisés, l'annoncent, nous ne pouvons passer sous silence la nomination du Dr Adhémar Gagnon, chirurgien de l'hôpital Notre-Dame, à la chaire de chirurgie opératoire, pour succéder au professeur Rhéaume, décédé. Ses leçons à la Faculté de Médecine, à la chaire de pathologie chirurgicale; sa longue expérience acquise dans le service de chirurgie de l'hôpital Notre-Dame, comme assistant du professeur Parizeau, en ce temps-là, puis ultérieurement, du professeur Bourgeois, le désignaient à cette charge. La Faculté de Médecine, en le nommant, a reconnu officiellement ses titres à cette chaire. Elle a, aussi, rendu hommage non seulement à sa compétence, mais à son inlassable dévouement soit dans l'enseignement à l'Université, soit à l'hôpital où le sens aigu de la responsabilité le conduisit subitement aux portes de la mort, en pleine action, dans le cadre restreint de la salle d'opération.

Nous lui adressons nos félicitations et nos vœux de guérison complète.

LESAGE.

QUAND L'ÉTAT FAIT SON MÉTIER D'HYGIÉNISTE⁽¹⁾

Le magnifique exemple des Marais Pontins

On demandait récemment à M. Mussolini quelle était l'œuvre dont il se sentait le plus fier. Et, sans hésiter, il répondit :

— C'est d'avoir assaini les Marais Pontins.

Ainsi, il se trouve au moins un chef de gouvernement dans le monde qui revendique comme plus grand titre de gloire d'avoir remporté une victoire d'hygiène et fait reculer la maladie avec la mort.

Qu'est-ce que ces Marais Pontins — ou, comme de tout temps les ont appelés les Romains, *l'agro pontino* ?

C'est une vaste dépression de terrain d'environ soixante-seize kilomètres carrés, située à une cinquantaine de kilomètres au sud de Rome et s'étendant entre les monts Lepini et la mer Tyrrhénienne. Au temps de l'empire romain, si on en croit les historiens, le terrain était des plus fertiles ; mais on négligea d'entretenir les canaux d'écoulement vers la mer et, peu à peu, la malaria s'installa en maîtresse dans la région. Elle devait y maintenir sa terrible souveraineté pendant vingt siècles et y accomplir d'affreux ravages.

Terre de prédilection pour la malaria. — Sait-on qu'à travers l'histoire le Pontino a toujours été sa terre de prédilection et qu'elle semblait s'y être incrustée pour l'éternité ?

“La malaria, écrivait, au milieu du siècle dernier, Eugène Pelletan, veille comme l'ange de la mort à la porte de *l'agro pontino*.”

Et cette porte, nul n'osait plus la franchir. En vain, sous les papes — notamment sous Boniface VIII — des travaux d'assainissement avaient été entrepris. En vain, un peu après la dernière guerre mondiale, de grands consortiums avaient tenté au moins de protéger certains pâturages et de construire certaines routes. Les résultats avaient été temporaires ou médiocres. Ce n'est qu'en 1931 — il y a quatre ans — qu'on se mit résolument à l'œuvre. Et, cette fois, on réussit...

La réussite paraît due à ce qu'on s'est attaqué techniquement à toutes les faces du problème. Sur une étendue de 10,000 hectares de terrain, on procéda à la fois :

1° Au déboisement et au déracinement de tout ce qui était boisé ou planté ;

(1) Dans *Umfia*, octobre 1935 et *Siècle médical*, 1935.

- 2° Au défrichement de tous les terrains en friche ;
- 3° A la construction de grands collecteurs pour l'écoulement des eaux ;
- 4° A l'aménagement hydraulique des terrains, pour lesquels on creusa 2,000 kilomètres de canaux ;
- 5° Au percement de puits artésiens pour l'approvisionnement d'eau potable ;
- 6° A la construction d'un réseau de routes d'assainissement ;
- 7° A la construction d'un millier de fermes de six types différents, variant suivant le fond et la qualité du terrain, chaque ferme ayant son puits particulier ;
- 8° A la constitution de petits centres administratifs pour l'hygiène, les soins médicaux, les travaux agraires, etc...

Le recul du fléau. — Ainsi, l'agent vecteur de la malaria, traqué, cerné, pourchassé, privé de ses refuges séculaires, a dû reculer et — c'est le fait caractéristique — un an après l'inauguration de cette première zone d'assainissement, on ne relevait plus que quelques cas dans la périphérie de la zone : l'intérieur était définitivement arraché au fléau et à la désolation. Une seconde zone, d'une superficie à peu près égale, était aussitôt attaquée, et on procède en ce moment aux travaux de transformation d'une troisième zone qui, elle, embrassera 17,000 hectares de terrain. Déjà, aujourd'hui, quinze cents familles habitent des maisons aménagées sur d'anciens marécages, et deux villes : les villes de Littoria et de Sabaudia, ainsi que dix bourgades, ont jailli du sol, tandis que partout la vie reprend avec la culture.

L'étonnant est peut-être moins l'œuvre accomplie que la rapidité prodigieuse avec laquelle elle s'est faite.

C'est le 14 février 1931 que le commissaire du gouvernement aux travaux du Pontino vient, pour la première fois, entretenir le duce de ces travaux. C'est le 28 août suivant qu'est signé le décret royal organisant les travaux, fixant leur progression et attribuant à l'œuvre des anciens combattants 18,000 hectares de terrain. C'est le 7 novembre que commencent les travaux de déboisement et de défrichement. Et c'est le 18 décembre 1932 que M. Mussolini inaugure l'ouverture de la ville de Littoria et l'achèvement de la première zone d'assainissement. Chaque village dans cette zone était "fin prêt". Il avait ses dortoirs, ses dispensaires, ses lavoirs, ses puits, ses installations de lumière. Les travaux de la deuxième zone ont commencé en février 1933 et ceux de la troisième zone en avril 1934. Il est incroyable qu'on ait pu faire si vite en faisant si grand.

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 hémo-poïétique
total

ANÉMIES
CONVALESCENCES
TUBERCULOSE, etc.

Echantillons, Littérature

97, RUE DE VAUGIRARD — Paris.



D'ABORD VOUS ÉCOUTEZ—
PUIS VOUS PARLEZ!

ANGLAIS
ESPAGNOL
ITALIEN
ALLEMAND

ou toute autre langue

SANS EFFORT
CHEZ VOUS
QUAND VOUS VOULEZ!

PAR LA NOUVELLE ET FACILE MÉTHODE
LINGUAPHONE

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

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

DEMANDEZ
AUJOURD'HUI
NOTRE BROCHURE
GRATUITE



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

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

Nom.....

Adresse.....

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

Quelle langue vous intéresse?

Une grande leçon s'en dégage : c'est que l'Etat, quand il s'adonne vraiment à son métier — et le premier métier de l'Etat est d'assurer la santé publique du pays — peut accomplir des exploits. Rien, pas même des fléaux séculaires, ne lui résiste. C'est affaire d'énergie, de méthode, de volonté. Malheureusement, tous les Etats ne savent pas vouloir et ils savent encore moins commander.

Si l'exemple des marais pontins était partout appliqué, que de maux ne jugulerait-on pas et que de vies humaines ne sauverait-on pas !...

LA PENSÉE MÉDICALE

Claude Bernard disait que "le laboratoire est le vrai sanctuaire de la science médicale". Le Pr Pende, de Gênes, ayant fait une conférence à Bordeaux, sur la *prophylaxie de la mort subite*, M. le Doyen Mauriac ⁽¹⁾, qui présentait son illustre collègue à l'auditoire, estime que cette formule de Claude Bernard ne correspond pas entièrement à la vérité. Le laboratoire mène à la biologie, c'est-à-dire à la connaissance des rouages qui mettent en branle et actionnent le mécanisme de la machine humaine. Mais dans l'homme, il y a autre chose que des modes d'organisation chimique, physique ou mécanique. Comme tous les êtres vivants, il possède cette étincelle primordiale qui règle la croissance suivant un type déterminé à l'avance et après un certain temps d'arrêt, perd de son éclat, s'éteint et c'est la mort. La conscience pénètre peu à peu aux divers degrés des espèces animales pour acquérir la plénitude de son épanouissement dans la supériorité du cerveau humain. C'est ensuite le jeu de la personnalité imprimant à cette conscience la marque de son empreinte spéciale et lui imposant l'accent de ses résonances particulières. Sur tout cela le laboratoire ne nous apprend rien. Il explique une suite d'effets, demeure muet sur l'énigme de la cause.

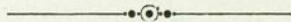
"Le sanctuaire, dit fort bien le Pr Mauriac, est là où règne la présence réelle, je veux dire le malade dans son humanité. Du point de vue médical, le laboratoire n'en est que la sacristie où se prépare et s'ordonne le culte." Le laboratoire est l'analyse, la clinique est la synthèse, c'est-à-dire la signification et le couronnement.

(1) Journal de Médecine de Bordeaux.

Sur l'esprit de finesse, M. Mauriac ajoute des vues fort justes et exprimées dans la meilleure des langues. "L'esprit de finesse ne s'achète pas, déclare-t-il, et pour le posséder, un peuple doit le mériter. On ne façonne pas les cerveaux et le cœur d'une nation en quelques années, en ce domaine il n'y a pas de nouveaux riches. C'est par étapes longues que le qualitatif s'épure, et dans cette lente ascension des qualités latines, Français et Italiens ont marché côte à côte, s'aidant, se disputant parfois, mais en fin de compte et dans les heures tragiques, se comprenant toujours."

Cette concordance dans les qualités de l'esprit, née de l'hérédité d'une race commune, ne peut manquer de jouer dans l'appel des sympathies qui unissent les deux pays l'un à l'autre.

C'est ce qu'a répondu, en lui donnant l'accolade, le Dr Pende, à notre grand collègue bordelais.



MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DE LA BRONCHO-PNEUMONIE DU JEUNE ENFANT

- A) Température de la chambre à 60° F. Aération prudemment faite. Vapeurs d'eau dans la chambre. Lait coupé d'eau ou d'eau de Vichy au quart. Prendre l'enfant sur les bras de temps à autre, le tenir verticalement. Position dans le lit: la tête haute.
- B) Hydrothérapie — Révulsion.
- a.—Enveloppements humides froids du thorax, lorsque la température dépasse 100° F.; tièdes, au-dessous de ce chiffre.
 - b.—Bains chauds, d'une dizaine de minutes de durée, deux ou trois fois par 24 heures.
 - c.—Cataplasmes sinapisés sur la poitrine et le dos 2 fois par jour.
- C) Stimulation:
- a.—Acétate d'ammoniaque, en potion.
 - b.—Camphre, en injection hypodermique.
 - c.—Ouabaïne, en injection intramusculaire.
- D) Oxygène, sous la tente.
- E) Vaccinothérapie (vaccin mixte de Dufourt). Dans les formes les plus graves: sérovaccinothérapie associée.
- F) L'abcès de fixation peut être essayé.

Gaston LAPIERRE.



REVUE DES LIVRES

Histoire de la Médecine — Coup d'œil à vol d'oiseau — Les grandes époques — Les grandes figures. Par le Professeur Eugène SAINT-JACQUES, professeur d'histoire de la médecine à l'Université de Montréal, chirurgien de l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc. Volume de 221 pages, édité à Montréal par la Maison Beauchemin, 1935. Préface du Professeur Emile Sergent.

Un professeur d'histoire de la médecine, dans une de nos universités canadiennes-françaises au Canada, qui a le courage, j'ajouterais volontiers la témérité, de publier un livre sur l'Histoire de la Médecine, mérite nos félicitations et nos encouragements; car je ne sache pas, après 40 ans de vie universitaire très active dans l'enseignement, que le public médical de notre province, ou d'ailleurs, ait apporté le moindre encouragement à l'effort accompli par quelques rares professeurs dans nos universités qui ont eu le mérite de publier des livres de médecine.

Le professeur Saint-Jacques, comme tous les chercheurs, a été saisi de l'intérêt de l'histoire de la médecine dans les différents pays, surtout depuis la moitié du siècle dernier. Si le groupe, très nombreux, des grands médecins qui ont créé la médecine au cours du siècle dernier et au début de celui-ci, mérite la reconnaissance de tous, les anciens ont aussi à leur acquis des droits imprescriptibles à "notre hommage et à notre souvenir, car il convient de ne pas oublier leurs efforts vers les progrès d'aujourd'hui. En honorant leur mémoire, nous nous honorons nous-même de ce fait." (1)

Le professeur Sergent, dans sa préface, exprime d'une façon plus concrète l'idée que nous avons de cette question: "L'histoire de la Médecine, écrit-il, plus que toute autre peut-être, demande à celui qui entreprend d'en écrire les grandes étapes un effort et une puissance de travail qui atteignent les limites des forces et de la volonté humaine... à cause de l'inextricable cohorte des théories et des doctrines qui se sont succédé et s'affrontent encore pour donner l'interprétation de ces faits."

(1) Saint-Jacques, avant-propos.



Opothérapie Hématique

Sirop de **DESCHIENS**
à l'Hémoglobine

Renferme intactes les Substances Minimales du Sang

MÉDICATION RATIONNELLE DES
Syndromes Anémiques et des Déchéances Organiques

Une cuillerée à potage à chaque repas. Doubler dans les cas graves.

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

Agents Généraux : ROUGIER Frères, 350, Rue Le Moyne, MONTRÉAL

Maison à Louer ou à Vendre

Poste pour Médecin

Maison de 10 pièces avec deux bains, etc. Réparations faites au gré du médecin. Site occupé depuis de nombreuses années par un praticien. Aussi à vendre table d'examen, instruments de chirurgie, bureau, bibliothèques à rayons. Appareils pour rayons ultra-violet, vibreur, sphygmomanomètre.

S'adresser à

Conditions faciles

Madame Charles Amiot

4485, Boulevard La Salle, Tél. YOrk 0195, Verdun

NUCLÉARSITOL ROBIN

GRANULÉ - COMPRIMÉS - INJECTABLE

TUBERCULOSE - FIÈVRES PALUDÉENNES

LYMPHATISME - SCROFULE

R. C. 221839

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS.

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

Dans un premier chapitre l'auteur étudie la médecine pré-hippocratique: les Assyro-Babyloniens, les Egyptiens et les Hébreux. Il énumère succinctement les sources de l'enseignement qui ont permis à l'histoire de recueillir tous les faits que nous commentons aujourd'hui.

Puis l'auteur aborde la médecine grecque avec ses deux courants: l'un représenté par les thaumaturges, c'est-à-dire les Asclépiades, le second par les médecins, fils d'Esculape.

Nous arrivons bientôt à la période hippocratique: son œuvre et ses doctrines, qui furent immenses et géniales. Il fut suivi plus tard par un homme de haute valeur scientifique: Aristote, esprit encyclopédique des temps anciens. Puis il mentionne en passant les principaux savants de l'Ecole d'Alexandrie, qu'il juge inférieure à l'Ecole d'Athènes.

Dans le chapitre 3, nous abordons la médecine à Rome. Les Romains, commerçants et banquiers, furent de grands conquérants, mais leurs principaux savants, tels que Celse et Dioscoride, étaient d'origine grecque. Seul Gallien fut le grand maître de l'époque romaine, mais c'est un grec de naissance, né à Pergame au deuxième siècle. Nous devons retenir, cependant, qu'ils se sont montrés de grands hygiénistes par leurs aqueducs et leurs bains publics.

Puis nous arrivons à la médecine au moyen âge, du cinquième au quinzième siècle. Avec les Ecoles de Byzance et de Salerne la foi devient le grand facteur de guérison, et la médication est secondaire. Au point de vue médical, c'est une époque silencieuse et empirique. Les Arabes y ont contribué dans une certaine mesure en y apportant les traditions gréco-romaines; ils établissent des apothicaires et la matière médicale. La science est privée de la liberté de penser et de l'esprit de recherche. Il est prudent, en ce temps-là, de ne pas s'éloigner des traditions.

Il faut arriver à la Renaissance pour assister au réveil de l'esprit humain dans son mouvement de renouveau concernant la Religion, les Conditions Sociales, les Lettres et les Arts, dont la diffusion sera grandement facilitée par la découverte de l'imprimerie, au quinzième siècle par Gutenberg, et la substitution du papier au parchemin. L'Italie, grâce à l'immigration des lettrés de Byzance, après la prise de Constantinople par les Turcs, devient le centre des plus grandes activités scientifiques, grâce à ses universités, très nombreuses. Nous y voyons des noms tels que: Vésale, Servet, Sylvius, Fallopius, Ambroise Paré et tant d'autres qui nous sont familiers.

Puis le dix-septième siècle, avec la découverte de la circulation, du microscope et autres, fit avancer la médecine, que le dix-huitième siècle s'efforça de perfectionner de plus en plus par des découvertes sensationnelles parmi lesquelles nous pouvons citer celles de la percussion et de l'auscultation. A cette époque nous voyons Jenner avec la vaccination contre la variole.

Le dix-neuvième siècle surpasse tous les autres avec la médecine clinique, l'anatomie pathologique, sous l'inspiration de Virchow, ainsi que la bactériologie, dont Pasteur fut le maître génial, et Lister, le maître en chirurgie.

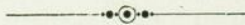
La dernière partie est consacrée à la médecine contemporaine, mais je n'ai pas l'intention de faire une analyse particulière de chacun des chapitres. Qu'il me suffise de signaler, en passant, les deux principaux, consacrés l'un à Pasteur, et l'autre à Lister.

Le dernier chapitre est consacré à la valeur de l'observation en médecine et se termine par ces mots: "Tout médecin, pour acquérir, doit: savoir regarder, savoir voir et savoir interpréter. C'est la science d'observation."

Nous conseillons à tous les étudiants et à tous les médecins de se procurer ce livre où l'on trouvera en peu de temps les faits saillants qui ont caractérisé chacune de nos grandes époques.

Nous félicitons bien vivement l'auteur pour le travail qu'il s'est imposé dans cette importante contribution à l'histoire de la médecine.

LESAGE.



LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

Grand choix de livres Français (Dernières Editions)

Édités par: F. ALCAN, J. B. BAILLIÈRE & FILS,
G. DOIN et Cie, EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE,
GAUTHIER - VILLARS & Cie, A. LEGRAND,
N. MALOINE,
MASSON & Cie, VIGOT Frères.

En Vente chez: **J. EDDÉ Ltée**, Edifice New Birks, MONTRÉAL

PEPTONATE DE FER ROBIN

GOUTTES VIN ELIXIR

ANÉMIE - CHLOROSE DÉBILITÉ

P.C. 221839

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

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

GARDES-MALADES — STENO BILINGUE

GARDE-MALADE DIPLOMÉE

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

AIDES-MALADES

Sont qualifiées par l'Association des Aides-malades (enregistrée), pour soins à donner dans les convalescences, dans tout cas de maladies bénignes ainsi que dans les accouchements. S'adresser à Mme G.-W. Pacaud, 1469, rue Drummond. Tél.: LANcaster 4887.

POSTE DE MEDECIN

Bon poste de médecin à vendre, dans une bonne campagne, avec avantage de soigner dans Ontario. Bonne clientèle dans Québec et Ontario. Ecrire à T. Valiquette, administrateur de l'Union Médicale du Canada, 418 est, rue Sherbrooke.

RADIOSTOLEUM

(Vitamines A et D standardisées)

POUR LE MAINTIEN
DE L'INTÉGRITÉ
ÉPITHÉLIALE.

Radiostoleum est une solution très active de vitamine A, purifiée et standardisée, et de vitamine D, pure et cristalline, dans une huile insipide. La vitamine A dans le Radiostoleum maintient l'intégrité des membranes muqueuses du corps, prémunissant ainsi contre les organismes envahisseurs. L'administration conjointe de la vitamine D avec la vitamine A intensifie l'effet de cette dernière et, de ce fait, s'oppose à une insuffisance de la vitamine récalcifiante.

En vente chez les principaux pharmaciens dans tout le Dominion; renseignements complets fournis par

THE BRITISH DRUG HOUSES (CANADA) LTD.

Terminal Warehouse

TORONTO 2, Ont.



BIBLIOGRAPHIE

Thérapeutique O. R. L. Homœopathique, par le Docteur Paul CHAVANON, lauréat de la Faculté de Médecine de Paris, chargé de l'enseignement O. R. L. de l'Homœopathié Moderne. XVI-704 pages in-8 écu, prix 80 francs. Imprimerie Saint-Denis, 11, Avenue Saint-Jean — NIORT (Deux-Sèvres).

Il est indispensable de lire et d'étudier ce traité, rédigé par le créateur de l'application de l'homœopathie à l'O. R. L.

La méthode et les résultats qu'il expose méritent toute notre attention.

Il faut, en effet, rendre hommage à l'indiscutable bonne foi de l'auteur, car, dans nombre de chapitres de ce livre, il explique ce qu'il ne réussit pas à guérir, publiant même des observations à demi-réussies, d'autres même totalement manquées.

Il ne s'agit donc pas là d'un travail plus ou moins ronflant de publicité (comme l'on fait des auteurs, qui ont ainsi jeté le discrédit sur l'homœopathie), mais ce livre est vraiment l'œuvre d'un esprit scientifique.

Une chose digne de remarque: le Dr Paul Chavanon n'a jamais accepté de publier une seule ligne sur l'oreille pendant les douze ans qu'il a expérimenté ce qu'il présente aujourd'hui; et il a attendu d'avoir des centaines d'observations nettes avant de publier. Quel exemple à méditer!

Thérapeutique Cardiovasculaire, par le Docteur P. SCHRUMPF-PIERRON, ancien professeur de clinique médicale à l'Université du Caire. J. Peyronnet et Cie, éditeurs, 7, rue de Valois, Paris 1^{er}. un volume 30 francs.

Dans sa préface, l'auteur nous apprend que dix ans passés en Egypte l'ont fait évoluer progressivement d'une conception "organiciste" à une conception "humorale", constitutionnelle, de beaucoup de maladies et en particulier de celles du système cardiovasculaire. Que cette évolution l'a fait modifier ses principes de thérapeutique cardiovasculaire et que le but de son livre est "de faire profiter ses collègues d'une expérience dont l'acquisition lui a coûté beaucoup de temps et de travail".

En effet, ce manuel de 300 pages, exclusivement consacrées à la thérapeutique, dédié "aux praticiens et non aux cardiologues de laboratoires", contient plusieurs chapitres entièrement originaux, pleins d'idées nouvelles et de conseils pratiques et utiles.

Particulièrement intéressants sont ceux qui traitent des *tempéraments*, du *rhumatisme articulaire*, de la *thérapeutique constitutionnelle*, des *angines de poitrine*, des effets *du vol en avion* et de la *montagne sur les cardiaques*, des *morts subites*, du *pronostic*, etc. . .

Continuant la tradition de *Martinet* (que le Professeur Schrumpf-Pierron considère comme "l'un des plus grands cliniciens de sa génération") l'auteur écrit "en praticien pour les praticiens"; et il a atteint son but, car son livre ne plaira peut-être pas à certains "officiels", mais il aura certainement l'approbation de tous ceux qui souffrent du "nihilisme thérapeutique" de notre Médecine actuelle.

Le livre se termine par une "Matière médicale" très complète, comportant en plus des médicaments, des formules, en partie homœopathiques (car le Professeur Schrumpf-Pierron est partisan d'une fusion des principes allopathiques et homœopathiques) qui concernent des drogues que ne mentionnent plus nos pharmacopées modernes.

Ouvrage "d'avant-garde" qui est un signe des temps.

ANALYSES

MÉDECINE

GASTRO-ENTÉROLOGIE

Max LEVY. — **Comment donner au tubage duodéнал son rendement maximum.** R. La Presse Médicale, No 1, 1er janvier 1936, p. 17.

Ce procédé, dit-il, est trop peu répandu et les patients n'en bénéficient pas assez. Il faut injecter, lorsque la sonde est bien rendue dans le duodénum, des doses importantes de sulfate de magnésie: environ 150 centimètres cubes à 33% avec réextraction de la plus grande quantité possible de liquide. M. Chiray qui a recommandé cette méthode conseille aussi de remplacer le sulfate de magnésie par de l'huile d'olive afin d'éviter les coliques engendrés par les sels magnésiens. M. Levy a pensé adjoindre une instillation d'huile d'olive en quantité élevée après épuisement de l'action de sulfate de magnésie: 50 à 80 centimètres cubes. Les résultats sont: A) Pas d'échec; B) Excrétion beaucoup plus abondante; C) Nouveau flux supérieur au précédent.

Ainsi sur 54 tubages, là où le sulfate de magnésie n'avait ramené aucune bile, l'huile d'olive a obtenu un effet de premier ordre. Si d'une part on tirait au maximum avec le sulfate de magnésie 100 c.c., à l'opposé, l'huile provoquait un écoulement doux, trois et quatre fois plus volumineux, et même lorsque l'écoulement avec le sulfate de magnésie semble tari, l'huile amène un flux encore plus élevé.

Enfin l'huile d'olive ramène une quantité très élevée de *bile noire* dont le volume est de beaucoup supérieur à celui que ramène le sel magnésien.

N. B. — L'auteur de cette analyse avait déjà recommandé la même technique dans un article paru à l'Union Médicale du Canada intitulé "Cholécytite lithiasique et valeur du tubage duodéнал" en mars 1935.

Jean LESAGE.

Nous aimerions présenter une suite d'analyses sur un ensemble des travaux expérimentaux du plus haut intérêt exécutés à l'Université de Minnesota et à la fondation Mayo, par les membres d'une même équipe:

Frank C. MANN. — **Une revue sur les facteurs duodénaux de neutralisation du chyme acide.** Am. Journal of Digestive Diseases and Nutrition, juillet 1935, No 5, p. 284-285.

Si d'une part la réaction du contenu du duodénum isolé demeure constante, celle du duodénum intacte passe par des oscillations. "La région de l'ulcère duodéнал est le champ de bataille chimique des voies digestives." Mais les

CONTIENT

LES

MINÉRAUX

ESSENTIELS

SODIUM

POTASSIUM

PHOSPHORE

CALCIUM

FER

MANGANESE

Pendant la grossesse et pendant le post-partum un traitement reconstituant est essentiel

Il s'agit alors de renouveler la masse sanguine qui s'est appauvrie, de reconstituer les réserves de sels minéraux qui se sont exagérément réduites, et de surmonter la dépression nerveuse. Pour cela, il n'est pas de meilleur tonique que le Sirop Fellows.

La dose conseillée est d'une cuillerée à café trois fois par jour, dans de l'eau.

ECHANTILLONS SUR DEMANDE

FELLOWS MEDICAL MFG. CO., LTD.

286 RUE ST. PAUL, OUEST, MONTREAL

SIROP FELLOWS

AUX HYPOPHOSPHITES

Elixir-Ducro

TONIQUE RECONSTITUTIF PAR EXCELLENCE

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

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

IL EST PRESCRIT:

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

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

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

DURIEZ, Successeur de Ducro & Cie

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



PEPTONE IODÉE SPÉCIALE

LA PLUS RICHE EN IODE ORGANIQUE, ASSIMILABLE, UTILISABLE

Iodogénol Pépin

GOÛT
AGRÉABLE

TOUTES LES INDICATIONS DE L'IODE
ET DES IODURES MÉTALLIQUES

TOLÉRANCE
PARFAITE

Bien supérieur aux Sirops et Vins Iodés ou Iodotanniques.

PRESCRIRE

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

Échantillons sur demande
à MM. les Docteurs.

Laboratoires PÉPIN & LÉBOUCQ,
COURBEVOIE — PARIS

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

sécrétions duodénales sont capables de neutraliser plus d'acide qu'il ne s'en forme physiologiquement. La sécrétion pancréatique est la plus importante des trois (duodénale, biliaire, etc.) dans le maintien des réactions normales du contenu duodénal. La dérivation de la bile hors du duodénum a peu d'effet sur l'acidité du chyme, tandis que celle de la sécrétion pancréatique a un effet net sur la neutralisation du contenu gastrique. Il ressort de là que le duodénum normal possède un pouvoir de suppléance important s'il perd une de ces fonctions sécrétoires.

Cette suppléance permet une réaction à peu près invariable du contenu du jejunum et de l'iléon; d'un autre côté, ce pouvoir de neutralisation semble entravé par l'acidité qui se forme à la suite d'un repas protéinique. Enfin, on trouve que la résistance à la formation de l'ulcère diminue dès que le mécanisme de l'alcalinisation est troublé.

Jean LESAGE.

Pat. R. IMES. — **La réaction du contenu d'un duodénum isolé.** (Am. Journal of Digestive Diseases and Nutrition, juillet 1935, No 5.

La constance des réactions légèrement alcalines du contenu d'un duodénum isolé contrairement à la réaction tout à fait variable des sécrétions gastriques s'explique par la présence d'alcalins faibles, espèce de substances-tampon dans le duodénum. Le pH ne donne pas de résultats fidèles, et d'autre part les quantités de suc gastrique recueillies dépendent de la proportion relative de sécrétion pancréatique biliaire et duodénale. L'alimentation fait varier ces sécrétions. L'alcalinité totale des sécrétions duodénales dépasse habituellement le degré d'acidité des sécrétions gastriques. Ainsi se trouvent démontrées les fonctions protectrices du contenu duodénal. Sans lui McCann a observé une tendance à la formation d'un ulcus.

Le pH varie de 7.10 à 8.15. Le suc pancréatique a deux fois l'alcalinité de la bile.

Jean LESAGE.

G. Arnold STEVENS. — **Pouvoir de neutralisation du duodénum, son action comme substance-tampon et pour diluer des acides.** Am. Journal of Digestive Diseases and Nutrition, juillet 1935, No 5,

Voici un résumé des expériences effectuées: des fistules avec canules furent pratiquées à chaque extrémité du duodénum de plusieurs chiens. La quantité d'ions-hydrogène a été déterminée dans le contenu duodénal retiré par ces fistules. L'A. a introduit un acide de réaction physiologique dans la fistule proximale et les réactions du contenu duodénal furent étudiées dans le contenu retenu par la fistule distale. On a aussi évalué le taux des chlorures du contenu duodénal avant et après les repas ordinaires ainsi que la quantité d'acide introduite. Dans un deuxième temps le duodénum a été isolé afin de prévenir une irruption du contenu gastrique.

Il ressort de ceci que: 1^o avant l'isolement du duodénum, l'ingestion d'un repas gras augmente légèrement le pouvoir de neutralisation du duodénum tandis qu'un repas protéinique diminue ce même pouvoir. Ces effets peuvent s'attribuer alternativement à l'inhibition et à l'excitation des sécrétions gastriques. 2^o L'augmentation du pouvoir de neutralisation d'un duodénum isolé après le repas est une conséquence de l'augmentation des sécrétions faisant irruption dans le duodénum. 3^o L'acide introduit par petites quantités *sans arrêt* est amplement neutralisé, "tamponné" et dilué, de telle sorte que l'absorption d'HCl est négligeable. 4^o De fortes quantités d'acide introduites d'un coup et répétées sont chassées vivement hors du duodénum par péristaltisme. 5^o Le duodénum possède une fonction de réserve lui permettant de neutraliser les acides dépassant en quantité les besoins physiologiques.

Jean LESAGE.

Jerry W. McROBERTS. — **La réaction du contenu duodénal après dérivation de la bile hors du duodénum.** *Am. Journal of Digestive Diseases and Nutrition*, juillet 1935, No 5, p. 284-285.

Les multiples observations — dépassant la centaine — sur des chiens ont démontré les variations du pH du contenu duodénal après divers repas avant et après dérivation de la bile. *Avant dérivation* de la bile, le pH varie de 4.68 à 7.83 mais il semble que l'ingestion de viande maigre de cheval amène une réaction acide du contenu duodénal pouvant persister plus de sept heures tandis que les spécimens obtenus après ingestion de sucre de maïs avec lait par exemple montre que l'acidité revient plus rapidement à la normale.

Après dérivation de la bile, les animaux montraient du dégoût pour le repas composé de lait et de sirop: ils acceptent volontiers le repas de viande mais ont une tendance à refuser le repas gras.

On peut conclure que les réactions du contenu biliaire après ingestion des différents repas n'offrent pas de différence appréciable avant et après dérivation de la bile.

(à suivre)

Jean LESAGE.

CARDIOLOGIE

Marcel LABBE, R. ROULIER, D. PETIT-DUTAILLIS, P. UHRY et ANTONELLI. — **Traitement chirurgical de l'asystolie basedowienne.** *B. M. Soc. Méd. Paris.* (3^{ième} série, 51^{ième} année, No 33, 23 décembre 1935, page 1734.)

Deux cas d'asystolie basedowienne avec symptômes classiques sont présentés: (l'auteur insiste sur le fait que ce ne sont pas des thyrotoxicoses avec simple trouble du rythme cardiaque).

Maladie de Basedow ancienne, compliquée d'insuffisance cardiaque grave, chronique, rebelle aux diverses thérapeutiques iodées radiothérapiques et tonocardiaques. L'intervention chirurgicale (i.e. ablation de la thyroïde) prati-

*Elles sont
toujours
bonnes!*

CIGARETTES
**SWEET
CAPORAL**



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

Bronchites

MATIN, MIDI et SOIR
une cuillerée à soupe de

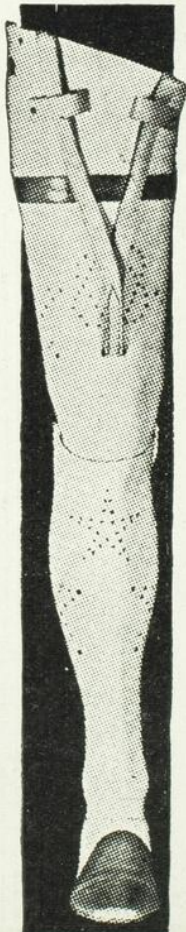
« Éliminé par les Bronches,
« le "Lacto-Créosote Famel"
« détermine un processus inflam-
« matoire simple, qui fait réagir cet
« organe contre le catarrhe chronique. »
FERRAND.

SIROP FAMEL

Echantillons gratuits sur simple demande adressée à

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

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

quée en plusieurs temps (I. ligature des artères, II. Première lobectomie, III. Deuxième lobectomie), en raison de la gravité de la situation, a entraîné en l'espace d'un peu plus d'une années pour l'un des cas, une guérison complète dont l'examen clinique et les tracés électrocardiographiques fournissent la preuve; pour l'autre cas, l'état d'asystolie est disparu, mais il reste une arythmie complète avec fibrillation auriculaire et des modifications des complexes ventriculaires qui attestent encore une altération au moins fonctionnelle de la fibre myocardique. Ces modifications cependant étant moins prononcées que dans les tracés précédents, l'auteur espère les voir s'atténuer avec le temps.

L'intervention à chacun de ses temps doit être soigneusement préparée: repos, régime, iode (LX et LXXX gouttes de Solution Lugol par jour), quinine quinidine (jusqu'à 1 gramme par jour), et surtout les tonicardiaques.

Dans les cas heureux il y a guérison de l'asystolie, de la maladie de Basedow, et des troubles du rythme cardiaque; dans les cas moins heureux les troubles du rythme cardiaque persistent.

L'auteur rapporte les succès de Dunhill, Lahéy, et Anderson qui ont engagé les chirurgiens américains à tenter la thyroïdectomie pour le traitement des asystolies irréductibles, même chez des cardiaques non atteints de maladie de Basedow.

Dans la discussion suivant la présentation:

M. Guy-Laroche rapporte un cas semblable où une ligature des artères thyroïdiennes fut pratiquée dans un premier temps et une seule lobectomie dans un autre temps (le second lobe fut laissé en place). L'asystolie disparut, mais contrairement à ce qui arrive habituellement chez les thyroïdectomies sub-totales, le B. M. baissa à -19 pour 100.

M. Julien Huber rapporte le cas d'un enfant de 13 ans.

MM. Haguenu et Ravina préfèrent la radiothérapie, à doses suffisantes sur une période de temps relativement courte.

Gaétan BARRY, M.D.

D. C. SUTTON et V. RAWSON. — Un cas de rate animée de pulsations au cours d'une maladie mitrale avec insuffisance tricuspidiennne.
American Heart Journal, décembre 1935.

Les auteurs rapportent le cas d'une jeune italienne de 17 ans qu'ils examinèrent pour la première fois en mars 1931. Dans ses antécédants ils ne relevèrent qu'une scarlatine survenue en 1927. A l'examen, tachycardie régulière à 120, souffle systolique mitral avec souffle diastolique et renforcement présystolique, râles humides aux bases pulmonaires. La percussion, contrôlée par une téléradiographie, montra que les limites du cœur s'étendaient jusqu'à 12 cms à gauche et 6 cms à droite de la ligne médio-sternale. Réaction de Bordet-Wassermann positive, interprétée comme un signe de syphilis congénitale. Foie et rate non palpables. — En août 1931, fibrillation auriculaire. — En mai 1932, la malade est hospitalisée à cause de son insuffisance cardiaque: le foie est palpable. — Trois mois plus tard, insuffisance tricuspidiennne, foie pulsatile, battement des jugulaires; en même temps, grosse rate qui descend jusqu'à la crête iliaque et qui est animée de pulsations manifestes.

Actuellement, l'état de la malade est le même qu'en 1932. On vient d'enregistrer les battements de la rate et du foie qui sont absolument synchrones.

Neuf cas de rate pulsatile ont été rapportés jusqu'à présent, huit fois chez des insuffisants aortiques et une seule fois chez un mitral avec insuffisance tricuspideenne; aucun n'a été autopsié.

Voici les explications qu'on donne de cette particularité:

- 1—Transmission directe des pulsations aux artères de la rate, dans l'insuffisance aortique.
- 2—Transmission à la rate des pulsations du foie. Les pulsations de la veine cave devraient se transmettre à la veine porte après avoir traversé les capillaires du foie, ce qui paraît bien improbable.
- 3—Existence d'une communication anormale entre la veine splénique et la veine cave inférieure.
- 4—Existence d'une communication artério-veineuse qui intéresserait la veine splénique.

C'est à cette dernière hypothèse que se rallient les auteurs pour expliquer la présence extrêmement rare d'une rate pulsatile au cours d'une maladie mitrale avec insuffisance tricuspideenne.

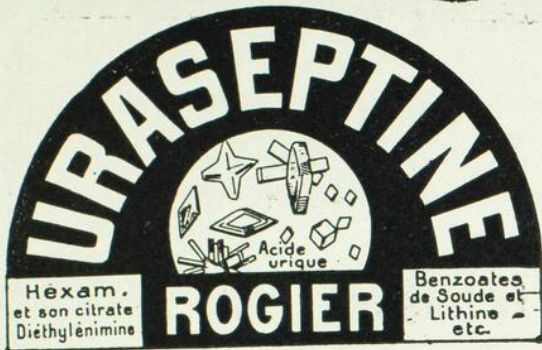
Rodrigue LEFEBVRE.

E. BLAND, Paul D. WHITE et D. JONES. — Le développement de la sténose mitrale chez les sujets jeunes. *The American Heart Journal*, décembre 1935.

Etude des rapports existant entre les signes cliniques et les lésions trouvées à l'autopsie de 100 cas de cardiopathie rhumatismale observée chez de jeunes personnes. Dans la majorité des cas qui sont morts durant la première année de la maladie, les auteurs ne trouvèrent que de petites granulations verruqueuses sur les valves de la mitrale (20 cas). A la fin de la première année, ils notèrent (dans 10 cas) un léger épaissement du bord libre avec un peu de raccourcissement et d'épaississement des cordages tendineux; la déformation valvulaire y était au minimum. Dans un cas qui avait présenté tous les signes d'une sténose mitrale, ils trouvèrent les valvules des quatre foyers absolument normales. C'est au cours de la deuxième année après le début de la maladie que les déformations valvulaires apparaissent, quoique la sténose ne se produit pas d'ordinaire avant 3 ans.

Les auteurs attirent l'attention sur un fait assez intéressant. Soixante-huit malades sur 100 présentaient à l'auscultation des souffles imputables à une sténose mitrale. Pourtant chez 21 de ceux-là seulement, l'autopsie a révélé un rétrécissement anatomique. Dans 19 autres cas, les valves étaient déformées, mais il n'y avait pas de véritable sténose et même souvent l'orifice mitral avait une circonférence plus grande que la normale. Les autres (soit 28 cas) ou bien n'avaient aucune altération valvulaire ou bien présentaient un épaissement minime des bords libres. Deux fois seulement, on a trouvé une insuffisance aortique capable d'expliquer le souffle diastolique.

Ces constatations font croire qu'il doit exister d'autres facteurs que la sténose pour produire les souffles en question. Dans les maladies rhumatismales sévères, il y a dilatation générale du cœur, à laquelle participent les cavités et les orifices. Peut-être s'agirait-il ici d'une sténose relative de la

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 Urrique
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 Moynes, 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.



NEURINASE

*amorce le
sommeil naturel*

Insomnie
Troubles nerveux

Ech^{ons} & Littérature
LABORATOIRES GENEVRIER
2 Rue du Débarcadère PARIS

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

A VOTRE DISPOSITION

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

BANQUE CANADIENNE NATIONALE

Toutes opérations de banque et de placement

553 bureaux au Canada

Filiale à Paris

Banque Canadienne Nationale (France)

37, rue de Caumartin

mitrale par rapport au ventricule gauche dilaté; ou encore pourrait-on invoquer le remplissage diastolique d'une cavité trop distendue et à parois trop flasques comme cause des bruits anormaux constatés. Aussi les auteurs concluent-ils que, dans les infections rhumatismales graves et récentes, les souffles observés dépendent surtout de la faiblesse du myocarde et de la dilatation ventriculaire et ne sont pas caractéristiques d'une sténose. Pour appuyer cette opinion, ils citent 32 cas de cardiopathie rhumatismale qui ont présenté — lors de la phase aiguë — une augmentation du volume du cœur et des souffles ou des roulements à la pointe attribuables à une maladie mitrale. Aujourd'hui, après 8 années d'observation, ces 32 malades ont un cœur cliniquement normal et sans dilatation; ils représentent des exemples frappants de cardite rhumatismale sans valvulite.

Cependant, la plupart du temps, les petites végétations qui apparaissent au début de la maladie évoluent avec les années vers la fibrose et la déformation des valvules, donnant lieu alors à des signes auscultatoires qui traduisent l'existence d'une véritable sténose mitrale; le faux diagnostic porté au début de la maladie finit par se justifier.

Rodrigue LEFEBVRE.

ENDOCRINOLOGIE

J. B. COLLIP. — Facteurs diabétogène, thyrotrope, adrénotrope, et parathyrotrope de la pituitaire. (J. A. M. A. 10: 827-833; 9 mars 1935).

1^o—*Facteur diabétogène.*

La clinique et le laboratoire ont souvent montré l'influence de la pituitaire sur le métabolisme des hydrates de carbone et des graisses. Plusieurs auteurs ont noté l'association de glycosurie et d'acromégalie. De la glycosurie et de l'hyperglycémie ont été provoquées chez les animaux par l'usage d'extraits de lobe antérieur d'hypophyse. Mais, les relations entre la pituitaire et le métabolisme des sucres ont été démontrées expérimentalement par Houssay et ses collaborateurs. L'expérience fondamentale de cet auteur consista dans l'hypophysectomie sur des crapauds et des chiens présentant un diabète pancréatique. Cette expérience, maintenant classique et confirmée, prouve que les signes cardinaux du diabète pancréatique (chez les animaux privés de pancréas), sont considérablement améliorés par l'hypophysectomie, que ces animaux vivent ainsi beaucoup plus longtemps que les animaux témoins chez lesquels le pancréas seul a été enlevé, qu'ils ne sont pas cependant libérés de tous symptômes diabétiques, qu'ils sont très sensibles à l'insuline, comme d'ailleurs les animaux seulement hypophysectomisés, qu'ils sont très sensibles aussi à l'action diabétogène des extraits pituitaires.

L'École de Houssay croit que le facteur diabétogène provient du lobe antérieur, qu'il ne dépend pas du principe thyrotrope, mais qu'il se manifeste par l'usage de l'hormone de la croissance. La substance diabétogène semble posséder un pouvoir antagoniste à l'action de l'insuline.

L'hypophysectomie chez les animaux détermine de l'hypoglycémie manifeste après le jeûne. D'autre part, ces animaux sont plus tolérants au glucose. L'ablation de l'hypophyse les sensibilise grandement à l'action de l'insuline. La pitocine du lobe postérieur détruit cette sensibilisation.

L'auteur, en conclusion des nombreux travaux expérimentaux de Houssay et ses collaborateurs sur cette question des rapports entre la pituitaire et le métabolisme des sucres, de ceux de nombreux autres expérimentateurs et des siens, expose les effets de l'insuline sur le sucre sanguin après hypophysectomie; de l'hypophysectomie seule et de l'hypophysectomie après ablation du pancréas, sur le quotient respiratoire; de l'hypophysectomie sur le sucre sanguin après l'ablation du pancréas; de l'action de l'adrénaline et d'autres hormones, des toxines sur des animaux hypophysectomisés; de l'hypophysectomie sur le sucre sanguin d'animaux en avitaminose, sur le contenu du foie et des muscles en glycogène, etc...

Il nous est impossible, au cours d'une analyse, de nous étendre davantage sur l'étude d'expériences nombreuses et complexes.

L'auteur détaille le procédé d'extraction du facteur diabétogène, employé par Houssay, de la pituitaire et de l'urine humaine. L'Ecole de Houssay a démontré que cette hormone n'est pas identique à la pitressine, ni à la pitocine et qu'elle est absente du lobe postérieur.

Ses propriétés chimiques sont très semblables à celles de l'hormone de croissance. Cette dernière hormone semble très riche en principe diabétogène.

Quelques auteurs ont trouvé en clinique une tendance à l'hyperglycémie associée à de l'acromégalie et des manifestations d'hypoglycémie accompagnant le nanisme hypophysaire. Cependant, les critères cliniques sont trop variables, trop peu contrôlables et trop rares pour ajouter beaucoup aux arguments expérimentaux.

Lucke croit que le principe diabétogène élève le sucre sanguin en agissant sur les centres végétatifs du métabolisme des sucres qui, à leur tour, produisent leur effet par l'intermédiaire des glandes surrénales. D'autre part, Houssay et Biasotti admettent que seul le foie est indispensable à l'activité du principe diabétogène. Quoi qu'il en soit, son action sur le sucre sanguin ne se montre qu'après un temps de latence assez prolongé.

2^e—*Le principe cétoène.*

Burn et Ling (1930) ont montré que l'excrétion d'acétone par des rats maintenus à une diète au beurre est accrue par l'administration d'extraits de pituitaire antérieure. Hoffman et Anselmino (1931) rapportèrent le résultat de leurs expériences. Elles démontrèrent que l'emploi d'extraits pituitaires augmente la quantité des corps acétoniques du sang. Confirmations de ces expériences furent publiées par d'autres auteurs. On croit donc à l'existence d'une hormone cétoène de la pituitaire. L'urine humaine en contiendrait.

Les corps cétoniques et surtout l'acide béta-oxybutirique sont grandement augmentés dans le sang après l'administration du facteur cétoène à des rats, lapins et chiens, selon les expériences de plusieurs auteurs.

On admet que ce facteur diffère du facteur diabétogène et de l'hormone thyrotrope de la pituitaire antérieure.

(A suivre)

Roma AMYOT.

AMINO-SEL BYLA

Remplace le Sel

Régimes Achloruré et Déchloruré

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

Pelletierine Tanret

TŒNIA

98 EXPULSIONS SUR 100 TENTATIVES

La **Pelletierine** est le principe actif alcaloïde de l'écorce de grenadier, découvert par **Tanret en 1878.**

La Pelletierine Tanret est le vermifuge le plus sûr et le plus facile à prendre.

La Pelletierine ne doit pas être donnée aux épileptiques.

TENEBRYL GUERBET

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

Moyen de contraste pour Urographie Intraveineuse

THÉRAPEUTIQUE ANTALGIQUE
TRAITEMENT IODÉ
RADIO DIAGNOSTIC

LIPIODOL

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

AMPOULES
CAPSULES
EMULSION
COMPRIMÉS

LAB^{OR} A GUERBET & C^{IE}
22, RUE DU LANDY
STOUBERT - PARIS

LAFAY

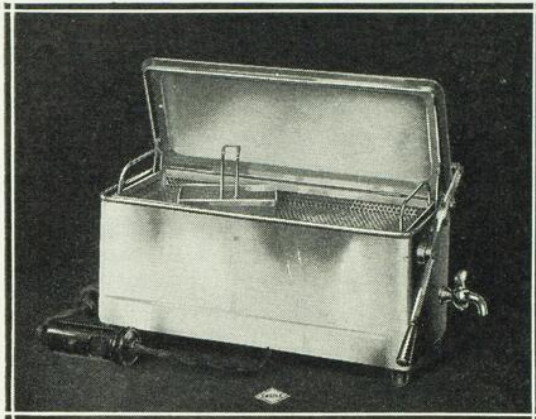
LES ÉTABLISSEMENTS BYLA, - - - PARIS

LABORATOIRES A. GUERBET & CIE - - - PARIS

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

STERILISATION

EFFICACE AUTOMATIQUE ECONOMIQUE
POUR
MEDECINS ET HOPITAUX



Les Stériliseurs CASTLE vous assurent une stérilisation parfaite sans qu'il vous soit nécessaire de les surveiller constamment.

Installez un CASTLE "Full Automatic" entièrement automatique. Ils ne sont jamais en bas du point bouillant.

Ils maintiendront le degré de stérilisation sans qu'il soit nécessaire de tourner aucune clef.

Vous ne pouvez endommager le Stérilisateur par négligence.

La bouilloire est en bronze coulé d'un seul morceau.

WILMOT CASTLE COMPANY
 Rochester, N. Y.

"CASTLE"

CASGRAIN & CHARBONNEAU LIMITÉE, MONTRÉAL

Représentants Exclusifs

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

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

Générateurs à Thérapie Profonde 200.-400 K. V.

Générateurs Combinés (Diagnostique - Thérapie)

Générateurs à Diagnostique (Haut Milliampéragé)

Générateur à Diagnostique (Condensateurs)

Générateurs à Diagnostique pour Praticien

Tables à Rayons-X (modèles de tous genres)

Fluoroscopes verticaux. Stéréoscope

Civière Radiographique Spéciale

Appareils à Haute-Fréquence

Escamoteurs de Cassettes

Ampoules à Rayons-X

Electro-Cardiographe

Accessoires.



Littérature descriptive gracieusement fournie

CASGRAIN & CHARBONNEAU
 Limitée

Représentants Exclusifs

Lancaster 3292

MONTRÉAL

30 est, rue St-Paul

E.M. K. GEILING. — **L'Hypophyse postérieure.** (J. A. M. A. 9: 738-741: le 2 mars 1935).

Le lobe postérieur de l'hypophyse contient des cellules névrogliques, des fibres nerveuses et des cellules névrogliques différenciées qu'on nomme "pituicytes", cellules abondamment ramifiées et dont le cytoplasme possède des granules.

Peut-être les "pituicytes" produisent-ils une sécrétion; il n'empêche que beaucoup d'auteurs prétendent que la sécrétion des principes du lobe postérieur est formé par les cellules du lobe intermédiaire. Il ne paraît pas irraisonnable d'admettre que les éléments intrinsèques du lobe postérieur élaborent leur sécrétion, et que celle-ci est déversée dans la circulation par l'intermédiaire des capillaires veineux de la glande. Cette théorie détruirait la conception des corps acellulaires de Herring, produits de sécrétion des cellules du lobe intermédiaire, imprégnant les éléments du lobe postérieur et remontant jusqu'au troisième ventricule par la tige infundibulaire.

Quoiqu'il en soit, les principes actifs du lobe postérieur n'ont pas encore été isolés en tant qu'entités chimiques. Cependant, Kamm et ses collaborateurs (1928), Stehle (1933) ont réussi à isoler physiologiquement deux principes du lobe postérieur assez complètement purifiés: la Pitressine et la Pitocine.

La pitressine possède un pouvoir presseur et antidiurétique, accessoirement un pouvoir mélanophore dû à la présence de l'intermédiine dont on n'a pu entièrement la débarrasser. La pitocine exerce une action ocytocique.

D'où il s'en suit, que l'extrait de pituitaire postérieur jouit de propriétés agissant sur les systèmes cardio-vasculaire, respiratoire et rénal, sur les muscles lisses, sur certaines structures glandulaires et sur le métabolisme. La pitocine possède uniquement l'action ocytocique. Les deux substances causeraient de l'hyperglycémie et seraient antagonistes de l'insuline.

Propriétés cardio-vasculaires et métaboliques

Chez l'homme, l'injection sous-cutanée ou intra-musculaire d'extraits de pituitaire postérieure ou de pitressine, à doses thérapeutiques, ne cause pas d'élévation de la pression artérielle, en dépit de la pâleur des téguments. On observe immédiatement, et pour une courte période, un ralentissement du pouls, une diminution de la consommation d'oxygène et du débit cardiaque, suivis d'une hausse prolongée. Il est probable que l'absence d'élévation de la pression artérielle chez l'homme, et même l'abaissement chez l'animal après l'injection de plus fortes doses, soient la conséquence de la constriction des coronaires.

Effets respiratoires.

Secondaires aux effets circulatoires.

Effets rénaux: action diurétique, anti-diurétique.

Cette action n'appartient qu'à la pitressine. A doses thérapeutiques, l'extrait postérieur ou la pitressine produisent une diminution marquée de la diurèse chez les sujets atteints de diabète insipide ou chez ceux qui ont ingéré de l'eau. Cette action dure des heures; elle est d'origine rénale et serait la conséquence de la réabsorption de l'eau par certaines cellules de

tubes urinifères. De petites doses données à des animaux (lapins) anesthésiés et préalablement hydratés augmenteraient la diurèse par stimulation sur la filtration glomérulaire et par inhibition de la réabsorption dans les tubes.

Effet ocytocique.

La pitocine ne possède aucune action sur l'utérus, au début de la grossesse. La sécrétion de corps jaune inhiberait probablement alors son action. Plus tard, et surtout durant la période de l'accouchement, la pitocine possède une activité stimulatrice très puissante sur le muscle utérin. La sécrétion folliculaire sensibiliserait cette activité. Durant la période d'involution puerpérale, l'action s'épuise.

Action sur l'intestin.

Expérimentalement, il semble que la pitressine exerce une activité stimulante sur l'iléon du rat.

Usage cliniques.

Il n'est pas nécessaire d'insister outre mesure sur l'usage que font les accoucheurs de l'extrait pituitaire postérieur et de la pitocine. Nous soulignons, en passant, l'action ocytocique que possède l'extrait en application nasale. De plus, aucune modification de la pression artérielle ne succède à l'usage de la pitocine, soit par voie nasale, soit par injection; l'éclampsie ou toute autre toxémie ne le contre-indiquent.

La solution d'extrait postérieur ou la pitressine sont aussi employés contre la distension abdominale post-opératoire, dans les cas de diabète insipide et pour lutter contre les effets de doses trop fortes d'insuline.

Malgré les très nombreux travaux d'expérimentation qui ont porté sur les principes du lobe postérieur de l'hypophyse, on ne peut encore leur assigner d'une façon absolue des propriétés physiologiques précises et spécifiques.

Peut-être le composant presseur possède-t-il la propriété de faciliter les échanges des produits métaboliques entre le sang et les tissus (hormone capillaire), et de régulariser le débit rénal. On peut croire aussi que le composant ocytocique remplit la fonction de stimuler et renforcer la contraction utérine durant le travail de l'accouchement.

Roma AMYOT.

PHTISIOLOGIE

TOBE, DESGEORGES et JOLY. — **Le Pneumothorax Contro-latéral.** (Revue de la Tuberculose, novembre 1935, page 994).

Les auteurs étudient le mode d'action, les indications et la technique du pneumothorax contro-latéral.

Ascoli en avait vu la possibilité en 1912, et ce n'est qu'en 1929, qu'il publia avec Lucacer, ses premières observations.

Les auteurs justifient ce mode de traitement par les travaux de Parodi. Le thorax est régi par un système de forces mécaniques où les parois, les poumons, le médiastin et le diaphragme jouent un rôle. L'équilibre n'y est jamais rompu. Si la direction des forces change dans un hémithorax, elle change aussi dans l'autre. Un nouvel équilibre thoracique est ainsi formé.

plus économique et pratique

LES COMPRES DE QUE LES PREPARATIONS 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
38 Boulevard

R. GALLIER
du Montparnasse

CURES TONICARDIAQUES PROLONGÉES
CARDIOPATHIES VALVULAIRES
MYOCARDITES TOXIQUES ET INFECTIEUSES
INSUFFISANCE CARDIAQUE DROITE ET GAUCHE

TONIQUE
CARDIAQUE

DIGIBAÏNE

ASSOCIATION :
DIGITALINE
et
OUBAÏNE

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

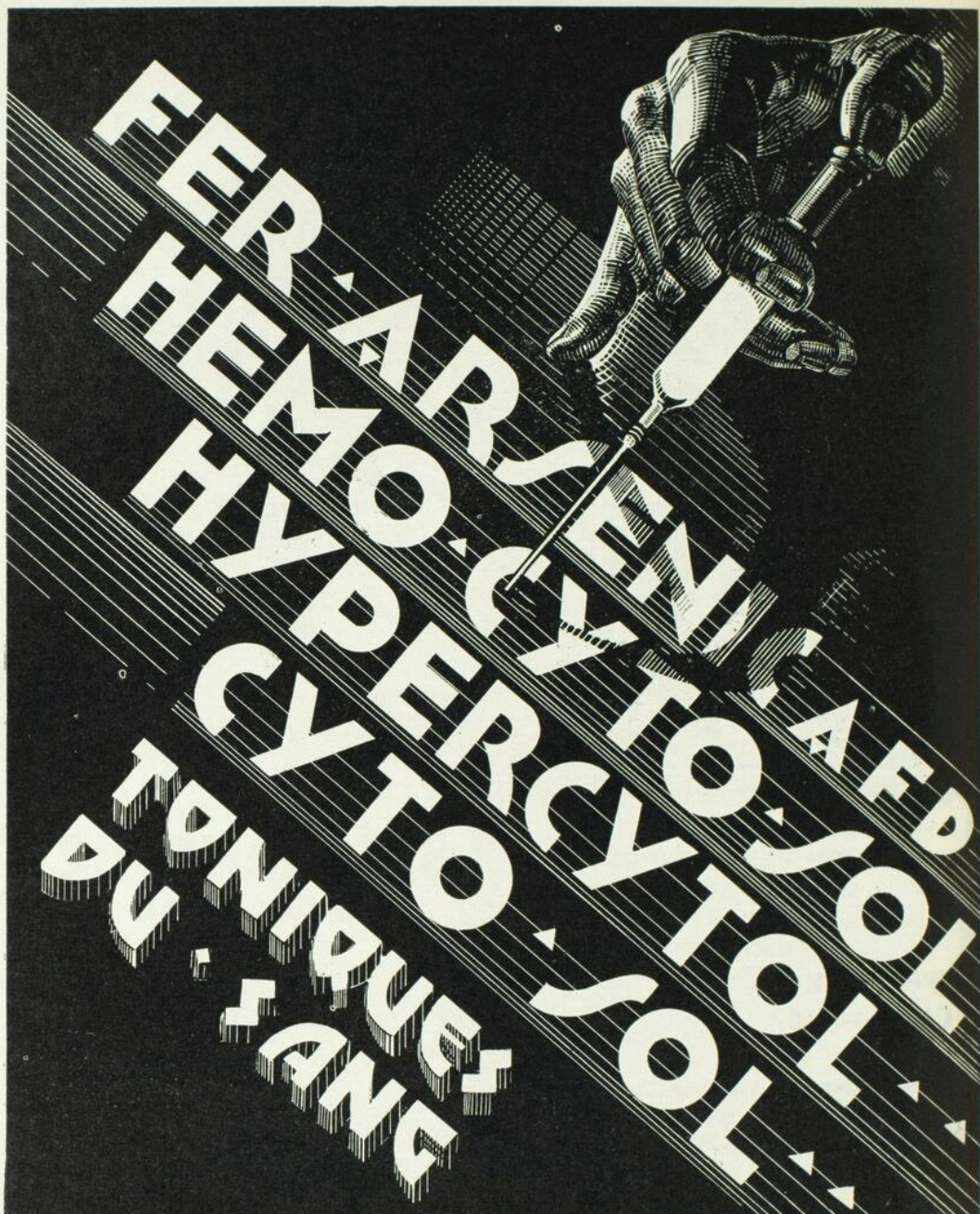
AMPOULES
GOUTTES
COMPRIMÉS

Laboratoires
Michel Delalande
COURBEVOIE
(Seine)

L'ANCIENNE
MÉTHODE
(huile
campbrée)

LA NOUVELLE
MÉTHODE
(campbre
soluble)

EN INJECTION SOUS-CUTANÉE PROFONDE
INTRAMUSCULAIRE OU INTRAVEINEUSE
OU PER OS



Littératures à la disposition de Messieurs les Docteurs

Représentants exclusifs pour le Canada:

ANGLO-FRENCH DRUG CIE

354 est, rue Sainte-Catherine,

MONTREAL

La pratique du pneumothorax a démontré que l'action de celui-ci est supérieure dans les cas où la pression est maintenue basse ou négative. Ce n'est plus la compression que nous recherchons, c'est la détente. Il en est ainsi pour le contro-latéral.

Ce mode nouveau ne peut certainement pas être une panacée. On l'emploiera dans les cas où l'on a une tendance rétractile, où le médiastin est souple et mobile, où la paroi thoracique opposée a une faible amplitude; le pneumo devra fournir un bon collapsus.

Les lésions qui en bénéficient le plus sont celles des régions sous-clavière et inter-cléido-hilaire. Il faut du parenchyme sain autour de la cavité. Celle-ci ne doit pas être de trop grande dimension.

Le traitement peut être utilisé au point de vue cure, ou en palliatif, comme préparation à la chirurgie. Un bon contro-latéral ne doit pas être poussé. Les pressions doivent être basses et le matelas aérique de faible épaisseur. Il faut la cure au lit sous surveillance sanatoriale, en décubitus latéral sur le poumon malade. Le résultat sera favorable s'il y a déviation médiastinale et repos inopérateur du côté de la lésion.

En quelques semaines, la radiologie peut montrer une amélioration marquée.

Jean-Philippe PAQUETTE.

G. GOLDKORN. — Le traitement des abcès et des gangrènes du poumon par injections intraveineuses de benzoate de soude. La Presse Médicale, 21 décembre 1935.

Le benzoate de soude en solution à vingt pour cent injecté par la voie intraveineuse exerce une action desséchante et antiexsudative imminente. Dix centimètres cubes de cette solution sont injectés tous les jours; on peut même aller jusqu'à vingt c.c. Après l'injection, les patients ressentent une sensation agréable ressemblant à l'eau de Cologne, à l'éther ou même à la résine. Le benzoate de soude injecté par les veines est éliminé par les poumons; c'est pourquoi on a eu l'idée de l'essayer dans les abcès du poumon et encore chez les cas chroniques de vieille date, ces cas qui ont peu de tendance à guérir spontanément. On a même employé cette thérapeutique dans cinq cas de bronchiectasie et avec d'heureux résultats.

Quinze à trente-cinq injections suffisent pour un traitement.

Paul-René ARCHAMBAULT.

Pierre BOURGEOIS et L. FISCHER. — La syphilis chez les tuberculeux pulmonaires. "La Presse Médicale", 14 décembre 1935 No 100.

On se propose d'étudier chez les tuberculeux, la fréquence, les modes évolutifs de la syphilis, son retentissement sur l'évolution des lésions pulmonaires.

Certains phthisiologues tels que Bezançon constatent la rareté relative de la syphilis chez les tuberculeux des sanatoria, tandis que Sergent énonce que la syphilis est fréquente chez les tuberculeux fibreux des villes. Ce qui intéresse nos auteurs c'est l'étude de la syphilis chez des tuberculeux très atteints et anciens, présentant des lésions fibreuses plutôt rares.

Durant trois mois, on a étudié huit cents malades tuberculeux; dix pour cent ont été trouvés syphilitiques. Certaines statistiques (Letulle, Bergeron et Lépine) ont montré un pourcentage de dix-neuf. Ce qui est loin de vérité. D'autres médecins particulièrement allemands obtiennent des chiffres de 1 à 6 pour cent. Apparemment ces chiffres sont trop bas. Le pourcentage de dix pour cent semble être la moyenne de la majorité des statisticiens. En somme le terrain syphilitique n'est pas comparable au terrain diabétique, il ne constitue pas un important facteur de prédisposition à la tuberculose.

Sur quatre-vingts cas, soixante-neuf étaient syphilitiques avant l'apparition de la tuberculose pulmonaire.

L'âge moyen dépasse à peine 50 ans. Au point de vue anatomo-pathologique, toujours sur ces quatre-vingts malades, 46 présentaient des formes fibreuses pures, 24 des formes fibro-caséuses et 10 des formes ulcéreuses. Retenons la prédominance des formes fibreuses et la bénignité relative de l'association tuberculose et syphilis. N'oublions pas aussi l'action sclérosante et favorable de la syphilis sur les lésions pulmonaires tuberculeuses.

Quant au pronostic, il est optimiste. En trois mois, dans un service de Brévannes, la mortalité globale était de neuf pour cent, alors que les tuberculeux syphilitiques n'encouraient que dans les proportions de trois pour cent. La syphilis ancienne constitue donc un facteur de sclérose et crée une forme fibreuse peu évolutive; il faut cependant admettre que cette condition constitue un mauvais pronostic pour le système cardiaque.

Si la syphilis est récente, c'est le contraire, il faut alors la considérer comme une éventualité très grave, parce qu'elle donne un coup de fouet aux lésions tuberculeuses. Le traitement antisiphilitique en vieillissant une syphilis récente, la transforme en un facteur important de sclérose. Par conséquent, il faut traiter ces malades. Nous tenir à l'écart de l'iodure de potassium. Le cyanure de mercure cause parfois des accidents gastro-intestinaux. Le novar sera employé avec prudence et en ne dépassant pas les dosages de 0.45 ou 0.60. Il faut donner les injections suffisamment répétées et rapprochées pour totaliser un poids assez important de médicament soit 3 à 5 grammes par série. Dans bien des cas, il faut préférer la voie intramusculaire chez les sujets qui présentent des signes d'insuffisance hépatique et chez des tuberculeux avec hémoptysies fréquentes. Si la syphilis est ancienne, la thérapeutique devra différer. C'est alors une syphilis peu évolutive par conséquent peu favorable à l'évolution de la tuberculose. Ce sont souvent des sujets polyscléreux et des candidats à l'insuffisance cardiaque. On devra employer alors des petites doses de bismuth ou des sels mercuriels par voie intramusculaire.

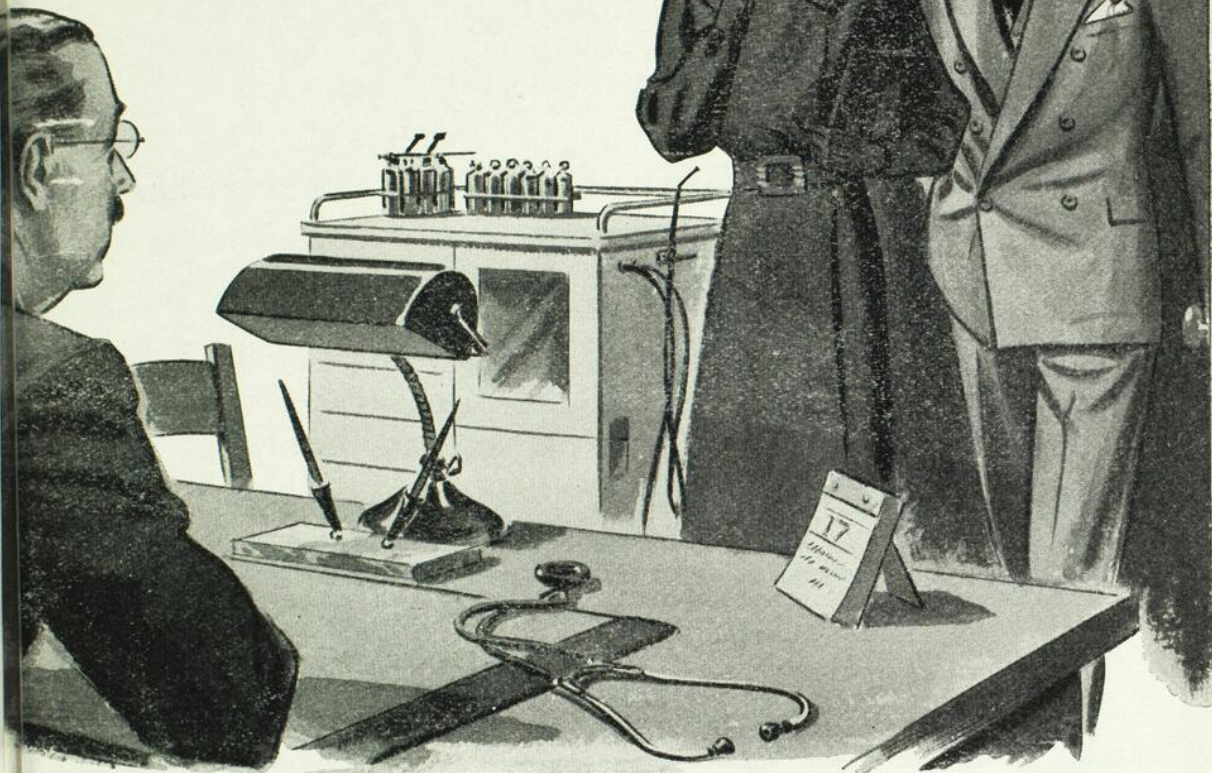
Paul-René ARCHAMBAULT.

NUTRITION

W. NONNENBRUCH et J. WEISEV. — **L'azotémie non uréique et son traitement par l'urée et les extraits de foie.** (Presse Médicale, 23 novembre 1935).

Après certaines considérations sur le dosage des différents produits azotés du sang, les auteurs remarquent que, chez les hépatiques, une aggravation de l'état général correspond si régulièrement à une augmentation de

Tout médecin connaît cette famille



Ils vont vous consulter de temps en temps. Ce ne sont pas de véritables malades, mais ils ne sont jamais tout à fait bien. Ils manquent de vitalité. En les comparant avec d'autres que vous connaissez vous leur trouvez une personnalité sans charme. Votre interrogatoire révélera une constipation opiniâtre due, le plus souvent, à l'insuffisance de cellulose dans leur alimentation.

L'addition de cellulose au régime alimentaire est souvent conseillée; mais, des expériences ont démontré que chez certains individus la cellulose dans les fruits et les légumes est souvent déficiente dans le tube digestif. Ceci sera évité par l'emploi de "bran".

Kellogg's "ALL-BRAN" fournit de la cellulose légère en abondance. Cette préparation est également riche en vi-

tamine B et en fer. Elle peut être servie comme céréale ou confectionnée en délicieux muffins, pains, gaufres, etc.

Kellogg's "ALL-BRAN" est beaucoup plus effectif que les produits ne contenant qu'une certaine proportion de son. Son emploi doit être recommandé dans tous les cas de constipation.

'ALL-BRAN' est vendu chez tous les épiciers. Fabriqué par Kellogg, London, Ontario.



L'aliment naturel qui prévient la constipation

Les Lithinés du Dr Gustin

Procurent économiquement une
très bonne Eau de table
et de régime

Alcaline - Lithinée - Pétillante - Digestive

Indications:

**ACIDE URIQUE, GOUTTE, MALADIES DU FOIE, VESSIE,
PEAU, ESTOMAC, INTESTIN**

Une boîte de Lithinés contient 12 paquets suffisants
pour 12 grosses bouteilles d'un litre

Magnésie du Dr Gustin

MAGNÉSIE LOURDE, ASSIMILABLE

Magnésie active calcinée.

Ni goût, ni odeur, se dissout facilement dans l'eau.

Dose laxative: une cuillerée à thé. Dose purgative: une cuillerée
à soupe.

PRODUITS FRANÇAIS

LA CIE CANADIENNE DES AGENCES MODERNES

6614, DeLORÍMIER

DOLLARD 1355

MONTRÉAL

Durant la Grippe, l'Influenza, la Bronchite

Procurez-vous une médication adéquate qui ait une action décongestive
et calmante sur l'appareil respiratoire — un effet apaisant sur l'appareil
intestinal et maintienne l'intestin dans une condition normale de santé

en prescrivant L'EMULSION ANGIER

Durant la période aiguë, un adjuvant peut être désirable pendant un
jour ou deux pour diminuer les angoisses et les douleurs, mais après que
celles-ci ont été subjuguées, continuez avec l'Emulsion Angier; c'est un
remède amplement suffisant.

Durant la convalescence — l'Emulsion Angier fait disparaître la
condition catarrhale de tout le tube digestif. Elle soulage aussi la toux
qui menace de s'éterniser, améliore la digestion et exerce une action
tonique sur le patient.

*Si vous n'êtes pas au courant des bénéfices que vous pouvez retirer de
l'EMULSION ANGIER — faites-en un essai loyal et vous serez satisfait
des résultats.*

Une bouteille d'échantillon sera envoyée gratuitement au médecin sur demande

La préparation Angier est facile à prendre et ne contient aucun
narcotique.

FAITE AU CANADA

WINGATE CHEMICAL CO. Ltd, MONTREAL, Canada

l'azote résiduel qu'on ne peut nier une relation de cause à l'effet entre les deux phénomènes; d'autre part, une augmentation de l'azote résiduel indiquerait des perturbations dans le métabolisme des protéines; enfin, la quantité d'azote résiduel augmente ou diminue à mesure que diminue ou augmente la quantité d'azote uréique.

A partir de ces trois données théoriques, les auteurs proposent d'administrer de l'urée aux malades intoxiqués par des matières protéiques de résorption afin de diminuer leur azote résiduel. Cette thérapeutique à l'urée serait un traitement de substitution comme celui du chlore dans les troubles primitifs du métabolisme minéral. Les auteurs administrent par la bouche ou par injection intraveineuse, vingt grammes d'urée par jour pendant une couple de jours, en même temps qu'ils réduisent dans la nourriture l'apport des protéines et des graisses. Les observations à l'appui montrent que les vomissements arrêtent presque spontanément et que l'état général s'améliore à vue d'œil.

Ce traitement correspond-il à la surcharge glycogénique du foie proposée par EPPINGER?

Lionel PATOINE.

LANDE et POLLACK. — Hyperglycémie et glycosurie associées à des maladies du tractus biliaire. (Archives of Internal Medicine, December 1935).

Les auteurs se basent sur l'avis de Joslin, Cammidge, Smithies, et autres pour reconnaître les troubles du système biliaire comme facteurs étiologiques fréquents de la glycosurie et du diabète sucré. Puis ils rapportent trois cas d'obstruction des voies biliaires externes où tous les symptômes du diabète se sont manifestés pendant la jaunisse; des courbes d'hyperglycémie provoquée positives avant le drainage devinrent négatives après opération.

Devant l'insuffisance des explications — pancréatite concomitante, foyers d'infection, etc. — avancées pour expliquer la glycémie et le diabète chez ces gens, les auteurs prétendent que: d'abord l'hyperglycémie et la glycosurie ne seraient pas imputables ici à un hypoinsulinisme, ainsi qu'il appert des expériences de Pollack et al., sur les chiens totalement hépatectomisés. Deuxièmement, l'avenir du sucre dans l'organisme a quatre possibilités: être mis en réserve dans le foie, être brûlé immédiatement, être utilisé dans les muscles ou être transformé en graisses. De ces quatre possibilités, il n'y a qu'à partir de la première que le sucre peut revenir à l'état de glucose dans le sang. Mais à l'occasion d'une hépatite ou d'une obstruction des canaux biliaires externes, le foie ne peut plus emmagasiner de glycogène, et le glucose passe immédiatement de la veine porte dans la grande circulation, d'où hyperglycémie et glycosurie. Et ce qui prouve bien cette explication, c'est que chez ces trois glycosuriques, la tolérance aux hydrates de carbone est redevenue totale après drainage des voies biliaires externes, même chez le deuxième qui est mort peu après d'un cancer de la tête du pancréas.

Lionel PATOINE.

NEURO-PSYCHIATRIE

William DRAYTON Jr. — **L'injection intracrânienne d'air dans le traitement des céphalées, vertiges et changements de caractère consécutifs aux traumatismes crâniens (Pneumo cranium in the Treatment of Traumatic headache, dizziness and change of character.)** Archives of Neurology and Psychiatry, 32: 1302, Dec. 1934.

Reprenant les travaux de Penfield, l'auteur rapporte 50 cas de traumatisés du crâne, fracturés ou simples commotionnés, ayant comme séquelles de la céphalée, du vertige et des changements du caractère. A une ou plusieurs reprises, selon l'effet obtenu, le liquide céphalo-rachidien de ces malades fut drainé complètement et remplacé par de l'air. Cette insufflation est faite par voie lombaire, le sujet étant en position assise; il est injecté un nombre à peu près égal de c.c. d'air à celui de liquide céphalo-rachidien retiré. L'aiguille est reliée à un manomètre qui permet de contrôler la tension qui doit demeurer constante, ou sensiblement constante: 15 à 20 m.m. de mercure à la fin comme au début de l'insufflation. Sur 46 malades qui se plaignaient de céphalée, 41 furent soulagés; sur 46 qui avaient des vertiges, 43 eurent le calme spatial; sur 43 qui avaient donné des signes de changement du caractère 21 retrouvèrent leur personnalité antérieure. Chez 10 malades qui présentèrent des crises épileptiques, 2 ont cessé de les reproduire. Ces faits démontrent que les symptômes subjectifs post-traumatiques ont souvent, sinon toujours, une base organique. La répétition de faits aussi probants conduira à brève échéance au démembrement des nécroses traumatiques, cette étiquette trop commode qui a longtemps caché notre ignorance.

Jean SAUCIER.

Rachel ASH et Nathan ENHORN. — **Le vaccin antityphique dans le traitement de la chorée; ses dangers éventuels. (Use of Typhoid vaccine in Treatment of Chorea, its possible danger).** American Journal of Diseases of Children 50: 879, Oct. 1935.

Les auteurs, à la suite de plusieurs autres déjà, signalent les bons effets de l'emploi du vaccin antityphique en injection intraveineuse à doses progressives dans le traitement de la chorée. Cette application à la chorée de la thérapeutique par les chocs est encourageante. Elle en abrège le cours et agit rapidement sur les mouvements involontaires. Le mécanisme de son action est difficile à préciser. L'emploi de cette nouvelle arme s'inspire des résultats obtenus par la pyrétothérapie dans d'autres affections, comme par exemple, la paralysie générale et la sclérose en plaques. Il faut toutefois avouer le caractère empirique de ces essais thérapeutiques.

Quoi qu'il en soit, les auteurs attirent l'attention sur deux "éventualités" qu'il faut avoir bien présentes à l'esprit lorsque l'on emploie le vaccin antityphique dans la chorée: premièrement, il ne faut pas l'administrer lorsque la maladie s'accompagne d'endocardite car celle-ci est défavorablement influencée par les chocs thermiques et il peut s'en suivre une brutale décompensation; deuxièmement, il faut se méfier de l'apparition de la leucopénie, satel-



Hyperacidité gastrique

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

CAL-BIS-MA

WILLIAM R. WARNER & CO., Limited

727-733 King Street West,

Toronto, Ontario

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

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

TUBERCULOSE • LYMPHATISME • ANÉMIE • TUBERCULOSE

TRICALCINE

RECONSTITUANT
LE PLUS PUISSANT - LE PLUS SCIENTIFIQUE - LE PLUS RATIONNEL

...
LA RECALCIFICATION
ne peut être ASSURÉE d'une façon CERTAINE
PRATIQUE
QUE PAR LA **TRICALCINE**
A BASE DE SELS CALCIFIQUES RENDUS ASSIMILABLES

CROISSANCE • RACHITISME • SCROFULOSE



DYSPEPSIE NERVEUSE • TUBERCULOSE

TUBERCULOSE PULMONAIRE - OSSEUSE
PÉRITONITE TUBERCULEUSE

RACHITISME - SCROFULOSE
ALLAITEMENT - CROISSANCE

TROUBLES DE DENTITION - CARIE DENTAIRE
DYSPEPSIES ACIDE - ANÉMIE

CONVALESCENCES - FRACTURES

se vend

TRICALCINE PURE

POUDRE, COMPRIMÉS, GRANULÉS, ET LAURELS

TRICALCINE CHOCOLATÉE

Prépare spécialement pour les Enfants

TRICALCINE

Méthylarsine
Adrenaline
Fluorée en sachets
seulement

• CARIE DENTAIRE • DIABÈTE •

Echantillons et Litterature
LIBRAIRIE des PHARMACIENS
SOCIÉTÉ E. L. L.
6, Rue Charlot
PARIS

Représentants exclusifs pour le Canada: Herdt & Charton, Inc., 207, McGill College Ave. Montréal.

Tout Déprimé
» **Surmené**

Tout Cérébral
» **Intellectuel**

Tout Convalescent
» **Neurasthénique**



est justiciable
de la : **NEVROSTHENINE FREYSSINGE**

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

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

CHLORAMINE FREYSSINGE

Pil. glut. titrées à 0.05 - 1 à 3 à chaq. repas - 6, R. Abel, Paris
DESINFECTANT INTESTINAL 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

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

lite habituel de la typhoïde. De même que l'endocardite, la leucopénie contre-indique formellement l'emploi du vaccin. Ces écueils étant évités, le vaccin peut être administré à peu près sans danger à condition de surveiller le comportement cardiaque et de faire faire de fréquentes formules sanguines à son malade.

Jean SAUCIER.

CHIRURGIE

E. L. ELIASON et Julian JOHNSON. — **Les chances de survie après anastomose bilio-intestinale.** Surgery, Gynecology and Obstetrics, janv. 1936, 50-56.

Il n'est jamais bien facile de lever l'obstacle dans une obstruction du cholédoque. Si la vésicule biliaire n'a pas été enlevée au préalable et si le canal hépatique est ouvert, il y a moyen de parer à la difficulté en faisant une cholécystogastrostomie ou une cholécystoduodénostomie. Parfois même le cholédoque ou le canal hépatique peuvent servir à l'abouchement.

Si les manuels de technique et les traités de chirurgie mentionnent la conduite à tenir et la tactique opératoire, ils ne disent rien des résultats consécutifs à ce genre d'intervention; seuls de récents ouvrages mentionnent le danger d'infection hépatique ascendante et prétendent que les chances de survie sont minces.

La première cholécysto-entérostomie a été rapportée par Winiwarter en 1884 et Ricard aurait, suivant Michaux, fait en 1894 une cholécystoduodénostomie. Depuis ce temps, toutes sortes d'opérations ont été décrites et plusieurs auteurs ont signalé l'angiocholite comme la complication la plus sérieuse.

L'angiocholite avec infection hépatique ascendante semble constante dans les expériences chez le chien; elle est cependant moindre après la cholécystogastrostomie qu'après la cholécystoduodénostomie.

Il semble généralement admis que le site de l'anastomose doit porter sur l'estomac et le duodénum plutôt que sur les autres parties du tube digestif. L'estomac ou le duodénum peuvent être choisis indifféremment; beaucoup préfèrent le second, car c'est ainsi presque copier la fonction normale. Il est cependant un fait d'expérience que la cholécystogastrostomie chez l'homme comme sur le chien est mieux tolérée.

La plus grande partie des chirurgiens utilisent la vésicule biliaire quand elle est accessible; d'autres enlèvent la vésicule, afin de prévenir la lithiase et font une cholédochooduodénostomie.

Plusieurs méthodes ont été décrites pour l'anastomose; elle peut être latéro-latérale par simple abouchement au catgut ou bien elle peut être facilitée par l'application d'un bouton, d'un tube en caoutchouc ou en métal.

Les indications opératoires sont assez précises. C'est habituellement une obstruction du cholédoque par cancer des voies biliaires ou du pancréas, par pancréatite chronique, par rétrécissement inflammatoire ou traumatique des canaux ou par la présence d'un calcul du cholédoque impossible à déloger.

Quelques chirurgiens européens ont pratiqué cette anastomose en cas d'ulcère peptique. Elle trouve sa raison d'être également lors de la perforation de la vésicule biliaire, dans la pancréatite aiguë, dans l'ulcère peptique perforé. Elle a été tentée par Bérard et Mallet-Guy dans certains cas d'intolérance vésiculaire; elle est appelée pour Steel à supplanter la cholécystectomie; Blos l'a employée comme drainage des voies biliaires dans l'angiocholite avec hépatite; Heyd l'a vu réussir dans la dégénérescence aiguë du foie.

Ses résultats cliniques comptent cependant plus que toutes les constatations théoriques et que les recherches de laboratoire. Le succès de l'anastomose bilio-intestinale doit être étudié surtout en regard de sa principale indication: l'obstruction cholédoquienne.

Dans les cas de cancer des voies biliaires ou du pancréas, l'opération est palliative seulement. Dans les cas de non-malignité, les résultats sont plus consolants. L'intervention n'est pas toujours suivie d'infection hépatique ascendante comme certains le prétendent.

Finsterer a rapporté 70 cas de calcul du cholédoque, où il a dû faire une cholécystectomie suivie d'une cholédochooduodénostomie avec 7% de mortalité seulement. Sur 42 patients opérés depuis 3 à 12 ans, 88 sont en bonne santé.

Le danger d'angiocholite est réel, mais il n'est pas suffisant pour faire bannir l'anastomose bilio-intestinale de l'arsenal thérapeutique. L'auteur donne des chiffres à l'appui de sa thèse et il conclut qu'au contraire, la cholécystogastrotomie et la cholécystoduodénostomie doivent avoir leur place bien définie dans l'obstruction du cholédoque.

L'utilité de l'anastomose dans les autres cas n'est pas encore suffisamment établie. Les chances de survie peuvent n'être augmentées que de quelques mois dans les cas de cancer mais la vie y est plus tolérable sans ictere.

Les chances de survie sont normales dans beaucoup de cas d'obstruction par des obstacles non néoplasiques, malgré l'infection hépatique ascendante. Cette complication survient assez fréquemment pour ne faire employer la méthode qu'à très juste titre. Cette technique opératoire convient bien aux mauvais risques chirurgicaux.

Edouard DESJARDINS.

Emmet RIXFORD. — Cancer traumatique du sein. *Annals of Surgery*, vol. 102, no 5, nov. 1935, p. 814-818, avec 2 figures.

En général, lorsqu'un malade rapporte l'histoire d'un traumatisme du sein comme étant à l'origine de la tumeur qu'il présente, il n'y a pas là une relation véritable; aussi la plupart des cliniciens et des pathologistes demeurent très sceptiques sur le rôle d'un traumatisme dans la genèse du cancer du sein.

Cependant lorsque certaines conditions existent, il semble probable que le traumatisme soit l'agent déterminant le développement de la tumeur. Ces conditions malheureusement sont rarement toutes reconnaissables d'une façon aisée; elles sont: a) un traumatisme important bien établi; b) le développement de la tumeur au niveau exact où a porté le traumatisme; c) une forme histologique connue de cancer du sein; d) l'apparition de la tumeur dans un

WYETH'S

ERGOKLONIN

"Bien supérieur à tous les produits antérieurs d'ergot ocytocique".

. . V.L. Tuck, Am. J. Obst. & Gynec., déc. 1935.

Tuck a fait les observations suivantes sur l'emploi de l'alcaloïde d'ergot spécifique ocytocique, récemment découvert: "Ergoklonin-Wyeth", sur un groupe de 332 femmes :

Bien supérieur à l'extrait fluide d'ergot.

Efficace par voie buccale ou rectale.

Détermine des contractions cloniques fortes, sans perte de tonus musculaire durant les contractions.

Aucune rétention placentaire chez les accouchées sous observation.

Arrête rapidement l'hémorragie.

ERGOKLONIN

("Liquor Ergotae Praeparatus" de Wyeth)

Cette préparation est faite d'après la formule de R. E. Thompson.

Chaque c.c. d'"Ergoklonin" contient les principes actifs d'Ergostetrine contenus dans 1 gramme d'ergot de choix. Une cuillerée à thé représente une dose efficace, administrée par voie buccale ou rectale.

Renseignements fournis sur demande.

JOHN WYETH & BROTHER, INC.
WALKERVILLE, ONT.

Une échelle graduée d'efficacité laxative.

Il existe une forme de Petrolagar applicable, pour ainsi dire, à chaque cas particulier de constipation.



Les voici :

1. **Petrolagar simple.**

Une émulsion agréable de petrolatum liquide (65% en volume) et d'agar-agar. Un agent correctif rationnel pour le traitement de la constipation.

2. **Petrolagar avec
Phénolphthaléine.**

Pour les cas obstinés de constipation. Contient 2/3 de grain de phénolphthaléine par cuillerée à table.

3. **Petrolagar avec
lait de magnésie.**

Pour la constipation accompagnée d'hyperacidité. Légèrement plus actif que le petrolagar simple. Contient 8% de lait de magnésie.

4. **Petrolagar non sucré.**

Pour ceux qui préfèrent le Petrolagar non sucré ou pour les patients à tendances diabétiques. Ne contient ni sucre ni hydrates de carbone assimilables.

5. **Petrolagar avec Cascara.**

Indiqué pour promouvoir le péristaltisme et pour donner une consistance convenable au bol fécal. Plus actif que le Petrolagar simple. Contient 13.2% d'extrait fluide de cascara sagrada, non amer.

Echantillons gracieusement fournis sur demande.

**PETROLAGAR LABORATORIES OF CANADA,
LIMITED**

364 Argyle Road

WALKERVILLE, Ontario

délai de trois semaines ou plus après le traumatisme et celle-ci présentant les caractères d'une tumeur ayant pu évoluer depuis l'intervalle de l'accident; e) l'absence de la tumeur, évidemment, avant l'accident.

L'auteur rapporte une observation où toutes ces conditions, sauf la dernière, existaient et il se croit par conséquent justifiable de conclure qu'il s'agit bien là d'un néoplasme du sein d'origine traumatique.

Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans qui tombe et se heurte violemment le sein droit sur une souche d'arbre. Le sein devient immédiatement œdématisé et comme des douleurs à ce niveau persistent, il consulte un médecin qui trouve un sein dur, rouge, augmenté de volume. La température est de 101. Des ganglions existent dans les deux aisselles. Au bout de quelques semaines de traitement, tous les symptômes disparaissent sauf un point dur situé au-dessous du mamelon. Deux semaines après, cependant, l'augmentation du volume du sein se réinstalle et six mois après l'accident on pratique l'exérèse de la glande qui, à la coupe, macroscopiquement, donne l'aspect d'une tumeur cancéreuse; le chirurgien, ne croyant pas sans doute à la possibilité du cancer, conclut qu'il s'agit uniquement de mastite et ne fait pas faire l'examen histologique. Deux ans et demi après, ganglions axillaires du côté gauche; l'examen histologique de ces ganglions prouve alors qu'il s'agit bien de métastases cancéreuses. Un peu plus tard, le patient meurt et l'autopsie révèle des tumeurs généralisées dont l'origine est rapportée à la glande mammaire après étude histologique.

Enfin, fait intéressant, comme il s'agissait d'un accident survenu au cours du travail, la famille demanda une indemnité à la Commission des Accidents du travail de la Californie. L'affaire fut plaidée en Cour et le Juge rendit un jugement en faveur de la famille.

Mercier FAUTEUX.

CANCÉROLOGIE

W. J. Merle SCOTT. — **Le cancer et l'ulcère chronique d'estomac. (The possibility of malignancy as it effects the treatment of chronic gastric ulcer.)** *Annals of Surgery*, octobre 1935, p. 586.

C'est un fait reconnu que l'ulcère chronique d'estomac peut être cancéreux alors que cliniquement, et même radiologiquement, rien ne permet d'en être certain. L'ulcère chronique d'estomac doit donc être considéré comme suspect de cancer et traité comme tel.

Par ailleurs, un grand nombre d'ulcères chroniques sont susceptibles de guérir parfaitement sans intervention médicale. Et c'est pour sélectionner les cas qui bénéficieront du traitement médical seul que l'A. soumet ses patients à un traitement d'épreuve de trois semaines.

Si après ce temps, les troubles digestifs sont disparus et que de plus les rayons X montrent qu'il y a une diminution marquée de la niche, le traitement médical sera continué et surveillé radiologiquement jusqu'à disparition complète de la niche.

Si le traitement d'épreuve n'a pas donné des résultats cliniques et radiologiques franchement favorables, l'intervention s'impose et le traitement sera celui du cancer d'estomac.

D'un autre côté, on est porté à considérer comme cancéreux des ulcères dont le diamètre dépasse 2½ à 3 centimètres. Or, il est loin d'en être toujours ainsi. Aussi doit-on tenter une cure radicale de ces ulcères, dont les seuls signes de cancer sont leurs vastes dimensions, dès qu'ils n'ont pas favorablement été influencés par le traitement d'épreuve.

Roland ROUX.

SPEDEP, PERARD et FOURNIER (Casablanca). — **Le cratère en pessaire du cancer ulcéiforme de l'estomac.** Journal de Radiologie et d'Electrologie, Paris, nov. 1935, Tome 19, Noll, p. 651-660.

Après avoir rappelé l'importance pronostique et thérapeutique de la distinction entre l'ulcère bénin et le cancer ulcéiforme, les A. analysent les documents radiologiques de deux malades chez qui le diagnostic d'ulcus gastrique eut été porté au lieu de cancer si on s'était borné à un examen superficiel.

Il s'agit de deux vastes cratères pénétrant profondément dans le grand espace interpéritonéal. Le pourtour de l'orifice a la forme d'un bourrelet qui déprime sur une grande étendue, la silhouette du monde endo-gastrique voisine. A l'aide de dessins schématiques S.P. et F. assimilent cette image à celle d'un pessaire. Dans un cas, il y eut un examen histologique qui n'entraîne pas notre conviction, dans l'autre, on s'est fié aux sensations tactiles du chirurgien. Pour qui connaît les difficultés de la différenciation microscopique entre certains ulcères simples et le cancer ulcéré, et plus encore l'incertitude des constatations purement opératoires on hésite à acquiescer pleinement aux vues des chroniqueurs. Il existe des cratères grands comme la paume de la main avec une large zone d'infiltration cicatricielle qui ne sont ni des ulcères cancérisés, ni des cancers ulcéiformés. Nous aurions aimé dans le présent mémoire, une preuve plus solide de la nature des lésions.

Ces critiques énoncées, nous conviendrons que l'article ne manque pas d'intérêt. Il donne lieu à cette citation de Gutmann: "Il n'est pas prudent pour la chirurgie de faire passer ses constatations par-dessus le diagnostic clinique et radiologique. C'est avant l'opération que d'un commun accord doit être décidé quelle intervention pourra être pratiquée sauf impossibilité matérielle imprévue. Ceci n'est en rien une diminution du rôle du chirurgien." Les A. ajoutent: "L'histoire clinique, les examens, la radiologie ont plus de poids que l'examen et le palper de la lésion en place," au moment de l'intervention.

Albert JUTRAS.

GYNÉCOLOGIE

L. DEVRAIGNE et E. AGASSE-LAFONT. — **Etat actuel du diagnostic biologique de la grossesse.** Le Monde Médical, No 72, 1er novembre 1935, page 954.

Après une revue sommaire des différentes méthodes actuellement préconisées pour porter un diagnostic biologique de la grossesse, réaction de Ascheim-Zondek, réaction de Brouha-Hinglais-Simonnet, réaction de Friedmann-Brouha ou réaction de la lapine, réaction de L. Binet, J. Verne de Mlle

IODALOSE GALBRUN

IODE PHYSIOLOGIQUE, SOLUBLE, ASSIMILABLE

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

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

Vingt gouttes IODALOSE agissent comme un gramme Iodure alcalin.

DOSES MOYENNES : cinq à vingt gouttes pour Enfants; dix à cinquante gouttes pour Adultes.

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

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

PROSTHÉNASE GALBRUN

SOLUTION ORGANIQUE TITRÉE DE FER ET DE MANGANÈSE
 Combinés à la Peptone & entièrement assimilables

NE DONNE PAS DE CONSTIPATION

ANÉMIE: — CHLOROSE — DÉBILITÉ — CONVALESCENCE

DOSES QUOTIDIENNES : 5 à 20 gouttes pour les enfants; 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.

OVOL sont

Des Tablettes d'acide Acétylsalicylique et
 de ses composés de forme spéciale, non
 estampées, incolores.

Ovol "A"

Acide Acétylsalicylique 5 grs.

Ovol "APC"

Acide Acétylsalicylique 3 1/2 grs.
 Phénacétine 2 1/2 grs.
 Citrate de caféine 1/2 gr.

Ovol "APCC"

Acide Acétylsalicylique 3 1/2 grs.
 Phénacétine 2 1/2 grs.
 Citrate de caféine 1/2 gr.
 Phosphate de codéine 1/8 gr.

Ovol "APCC2"

Acide Acétylsalicylique 3 1/2 grs.
 Phénacétine 2 1/2 grs.
 Citrate de caféine 1/2 gr.
 Phosphate de codéine 1/4 gr.

Ces tablettes ne sont pas dans le commerce et sont vendues sur prescription seulement. En bouteilles de 100 et 500 tablettes. Échantillons et littérature sur demande.

Fabriqué par

Frank W. HORNER Limited

MONTREAL



CANADA

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.

F. Luxembourg, les auteurs étudient la valeur et les limites des réactions précédentes en y apportant des statistiques. Ils posent ensuite les questions suivantes: a) quel est l'élément ou quels sont les éléments qui donnent des réactions positives? b) peut-on doser l'hormone ou les hormones préhypophysaires? c) Convient-il de faire le dosage des hormones préhypophysaires dans le sang ou dans l'urine? Ils répondent à celles-ci de façon relativement satisfaisante bien qu'une certaine diversité d'opinion soit apportée à ces réponses. Mais un avancé mérite particulièrement d'être souligné: c'est au sujet de la môle hydatiforme. Il est reconnu que les réactions biologiques sont fortement positives dans cette évolution anarchique du tissu chorial de l'œuf fécondé. Lorsqu'il y a eu évacuation spontanée de la môle ou par curage ou curetage, l'opérateur est toujours sur le qui-vive au sujet de la possibilité de la transformation chorio-épithéliale de l'utérus. Or "après l'expulsion de la môle et le curetage utérin, la disparition de l'hormone circulant dans l'organisme s'effectue, si les suites sont normales, progressivement. Au contraire, quand il y a transformation maligne des restes molaires, il y a bien tout d'abord, du fait de l'évacuation de la plus grande partie de la môle, une chute rapide du taux de l'hormone sanguine. Mais cette chute, avant d'arriver à zéro, est suivie d'une reprise, avec valeurs croissantes, ce qui révèle que les éléments choriaux, au lieu de disparaître, ont une tendance envahissante et se multiplient dangereusement. Il suffit donc, sans attendre l'apparition de taux très élevés d'hormones, de constater seulement des résultats ascendants d'analyses, faisant suite à des résultats descendants, dans les quelques semaines qui suivent l'expulsion de la môle pour conclure à la nécessité de l'intervention."

GERIN-LAJOIE.

UROLOGIE

F. BILGER et J. JULIEN. — **Urographie d'élimination et exploration fonctionnelle pyélo-urétrale.** Mémoire. Journal d'Urologie, novembre 1935, page 377 à 390.

L'élimination de substances opaques par le rein et les voies excrétrices constitue le principe de l'Urographie.

Cette méthode est actuellement d'utilisation courante.

La valeur fonctionnelle du parenchyme rénal ne peut être exactement estimée par l'élimination, ainsi que l'a démontré Chabanier. C'est pourquoi les Auteurs, en reprenant la question, en font plutôt un procédé d'exploration pyélo-urétrale, en particulier chez les hydronéphrotiques où dans un tiers des cas, les résultats ont été satisfaisants.

Signes radiographiques de l'Urographie d'élimination:

1°—Confrontation des ombres pyélo-urétérales:

En comparant les deux ombres, on notera que l'opacité est identique ou inégale. On peut en tirer des renseignements d'ordre morphologique ou dynamique.

2°—Irrégularités, déformations, poches:

La persistance de ces déformations sur les différents clichés traduira une lésion anatomique.

3°—Images dilatées en général:

Les dilatations bilatérales pourront être causées par action parétique du produit; l'unilatéralité permettra de penser à une différence dynamique des bassinets, parfois à une lésion anatomique probable.

4°—Absence d'image pyélorénale:

Signe peu exact; se rencontre dans rein détruit ou rein absent. Le défaut d'image peut aussi se rencontrer pour un rein à valeur fonctionnelle normale.

5°—Le signe vésico-urétéral:

Constantinesco a montré que si la diurèse est inégale, la vessie commence à se remplir asymétriquement, la réplétion étant plus marquée du côté de la plus forte diurèse; un ovale irrégulier avec grosse extrémité du côté du plus gros débit constitue le signe vésical proprement dit. Par signe vésico-urétéral, on entend le cas où un segment d'uretère pelvien est visible du côté de la grosse extrémité de l'ombre vésicale, donnant une image complète.

Ce signe est très inconstant.

6°—Moment d'apparition et de disparition des ombres:

C'est le critère de Ravasini; meilleur est le rein, plus précoce est l'apparition de l'ombre. Ce critère est l'homologue des épreuves de l'indigo-carmin et du bleu de méthylène.

Le résultat de l'urographie d'élimination repose sur l'ensemble et la synthèse, non seulement des divers clichés radiographiques mais parfois de la connaissance de la valeur fonctionnelle des reins.

Les résultats des auteurs peuvent être groupés dans les 3 chapitres suivants:

1° L'urographie d'élimination a permis de déterminer par quel rein commence la sécrétion, en somme elle donne des renseignements sur le fonctionnement rénal.

2° L'urographie d'élimination permet de conclure à des lésions anatomiques ou à des troubles fonctionnels pyélo-urétéraux, sans l'intervention d'autres examens.

3° L'urographie d'élimination donne des renseignements sur le dynamisme pyé'o-urétéral, grâce à la connaissance de la valeur fonctionnelle des reins.

Les auteurs présentent ensuite une série de schémas radiographiques démontrant les raisons de leur division du sujet en 3 chapitres et leur permettant de tirer les conclusions suivantes:

L'étude de l'ensemble des clichés permet de tirer des conclusions d'ordre anatomique, dynamique ou fonctionnel.

L'hyperkinésie ou l'atonie sont les deux éventualités où l'urographie donnera les meilleurs renseignements. Elle sera très intéressante dans les hydronéphroses.

Sa simplicité d'exécution en fait un procédé d'exploration fonctionnelle pyélo-urétérale très recommandable.

Paul BOURGEOIS.

Présentant **NAVITOL**



Une source économique et excessivement riche en Vitamines A et D naturelles

LE BESOIN des Vitamines A et D commence avant la naissance et continue durant toute la vie. Navitol est un nouveau Produit Vitamini-que Squibb, excessivement riche en Vitamines A et D. Son potentiel élevé, protégé par des procédés spéciaux brevetés de Squibb, permet d'administrer cette huile en petites doses commodes. De plus, Navitol a l'avantage de n'être pas désagréable au goût, d'être très économique, et de fournir les Vitamines A et D à leur état *naturel*.

Navitol est présenté sous forme d'huile, pour dosages par gouttes, et sous forme de capsules. L'huile contient 50,000 unités de Vitamine A et 10,000 unités de Vitamine D par gramme, U.S.P.X. (Rév. 1934). Il est donc aussi riche en ces Vitamines que l'Huile de Foie de Flétan avec Viosterol, et coûte 40 pour cent de moins. Fourni en petits flacons de 5-cc. avec bouchon-compte-gouttes, et sous forme de capsules.

Les capsules de 3-minims contiennent 8500 unités de Vitamine A et 1700 unités de Vitamine D, U.S.P.X. (Rév. 1934). Elles sont présentées en boîtes de 25 capsules.

*Pour documentation supplémentaire, écrivez à E. R. Squibb & Sons
of Canada, Limited, 36 Caledonia Road, Toronto, Ontario.*

E. R. SQUIBB & SONS OF CANADA, LIMITED
Chimistes-Fabricants pour la Profession Médicale depuis 1858

RECONSTITUANT.

Le malade épuisé, soit à la suite d'une opération ou par des influences débilitantes, bénéficiera de l'administration de:

Neobovinine avec Malt et Fer

solution concentrée d'une haute valeur nutritive,
sous une forme agréable au goût:

Extraits de Foie d'une efficacité anti-anémique remarquable.

Fer sous ses formes organique et inorganique.

Extrait de Malt riche en hydrates de carbone très assimilables.

Vitamines B et G en quantité généreuse, qui stimulent l'appétit et contribuent au bon état de santé.



ÉCHANTILLONS

GRATIS

SUR DEMANDE

NEOBOVININE

364, Argyle Road, Walkerville, Ont.
Dépt. L. M. 2.

Veillez m'adresser gratis un échantillon de Neobovinine avec Malt et Fer pour essai clinique.

Docteur

Adresse

Cité Province

TOROK. — Sur le traitement de l'incontinence d'urine essentielle des enfants par l'infiltration du périnée à l'aide d'une solution physiologique de NaCl. Journal d'Urologie, novembre 1935, page 433 à 438.

La méthode de Cahier préconisée en 1932 par le professeur Marion a été essayée dans 11 cas.

Les résultats ont été moins bons toutefois. L'auteur a obtenu la guérison dans 6 cas.

Les résultats moins favorables pourraient être attribués au fait que les malades étaient hospitalisés dans une même salle et que par conséquent l'exemple des malades non améliorés pouvait influencer psychiquement les malades dans un sens contraire à l'effet des injections.

Paul BOURGEOIS.

PÉDIATRIE

E. LESNE, BRISKAS et LARDE. — Etude de la cholestérolémie chez les enfants hypothyroïdiens. (Revue Française de Pédiatrie. Tome XI no I, 1935, page 104 à 110).

Les auteurs de cette étude comparent les modifications du métabolisme basal et de la cholestérolémie dans quelques cas de dysthyroïdies.

Chez l'adulte le métabolisme basal était jusqu'à maintenant un moyen de contrôle diagnostique et thérapeutique des troubles de la glande thyroïde; l'abaissement indiquait le traitement thyroïdien. Chez l'enfant cette méthode est très difficile et souvent le chiffre ne concorde pas avec les renseignements cliniques. Le test le plus pratique serait le dosage de la cholestérine dans le sang.

Epstein et Lande ont signalé que la cholestérine du sang est augmentée dans les hypothyroïdies et légèrement diminuée ou normale dans les hyperthyroïdies. Ces résultats ont été confirmés expérimentalement chez les animaux, démontrant qu'il existe un rapport inverse entre la cholestérolémie et le métabolisme basal.

Des travaux, par différents auteurs étrangers et français, faits chez des adultes hyperthyroïdiens ou hypothyroïdiens ont déterminé l'étude des variations du métabolisme basal et de la cholestérolémie chez des enfants présentant des signes d'insuffisance thyroïdienne.

A l'Hôpital Trousseau 13 cas d'hypothyroïdie, 4 cas de myxœdème, 9 cas d'obésité simple et 3 cas de retard de croissance ont été soumis à l'observation. Le dosage du cholestérol a été effectué par la méthode de Grigant, la mesure du métabolisme basal a été pratiquée par la méthode de Benedict et chez les nourrissons par l'appareil de Plantefol. Plusieurs fois il est arrivé de trouver un métabolisme basal normal chez des enfants présentant du dysfonctionnement thyroïdien net cliniquement. Les 12 premières observations concernant des cas d'hypothyroïdie nette ont montré que le cholestérol y est toujours augmenté donnant le chiffre de 4.10 gr. par litre de sérum. Le métabolisme basal est abaissé excepté dans 2 cas où il a été normal.

Deux cas superposables d'hypothyroïdiens avec métabolisme basal normal et augmentation du taux de la cholestérine sanguine ont été améliorés considérablement par le traitement thyroïdien.

Quatre cas de myxœdème net ont donné une diminution du métabolisme basal et une augmentation de la cholestérine du sang.

Deux observations: l'une d'un enfant de 4½ mois et l'autre d'un nourrisson de 13 mois, montrent qu'un traitement thyroïdien intensif par injections et *per os* amène après quelques mois une transformation complète des deux malades, en même temps que les chiffres et du métabolisme et du cholestérol deviennent normaux.

Dans les observations d'obésité simple le métabolisme basal est normal de même que la cholestérolémie.

De cet exposé, il résulte qu'une relation constante existe entre la cholestérolémie et le fonctionnement de la glande thyroïde. Cette relation signalée par Epstein et Lande pour l'adulte est confirmée chez l'enfant.

La constance de l'augmentation du cholestérol sanguin au cours des hypothyroïdies, peut rendre des services pratiques pour diagnostiquer et traiter les insuffisances thyroïdiennes chez les jeunes enfants où le métabolisme basal est difficile à mesurer.

Henri BARIL, M.D.

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE

W. S. HENDERSON. — **Résultat de la ténosuspension pour la luxation récidivante de l'épaule.** The Journal of bone and joint surgery. Oct. 1935, page 978.

Depuis dix ans, la ténosuspension dans les cas de luxation récidivante de l'épaule, a été pratiquée avec succès à la clinique Mayo de préférence à d'autres méthodes telles que capsulorrhaphie, etc. Ses statistiques portent sur d'assez nombreux cas opérés. Il commence par passer en revue les causes de ces accidents récidivants. Dans la grande majorité des cas l'accident initial a été causé par un traumatisme. Dans 4% il est survenu spontanément. Il cite le cas de patients qui ont eu jusqu'à cent fois ce pénible accident.

La dislocation des épaules est rapportée dans 3 cas sur 75. L'opération consiste à prendre la moitié d'une partie du tendon du long péronier latéral, ce tendon est employé de préférence à cause de sa grande résistance et de la facilité qu'on a de l'obtenir. L'acromion et la tête humérale sont ensuite tunélisés à la foreuse, le tendon prélevé passé facilement dans ces cavités osseuses est suturé à ses extrémités.

L'auteur met en garde contre le danger de forer des cavités trop considérables le tendon étant libre se rompt alors assez facilement, à cause de l'usure sur les arêtes osseuses. Le succès de plusieurs opérations aurait été compromis à cause de ce fait.

L'auteur affirme que si la technique est bien suivie et l'immobilisation assez longue — 3 semaines environ — la guérison est presque certaine.

Sur 14 cas opérés il y a 5 ans, 12 n'ont pas eu de récidives. La fonction est excellente, l'abduction presque complète, l'élévation normale.

L. BERGERON.

Rétablissez la fonction normale de l'intestin

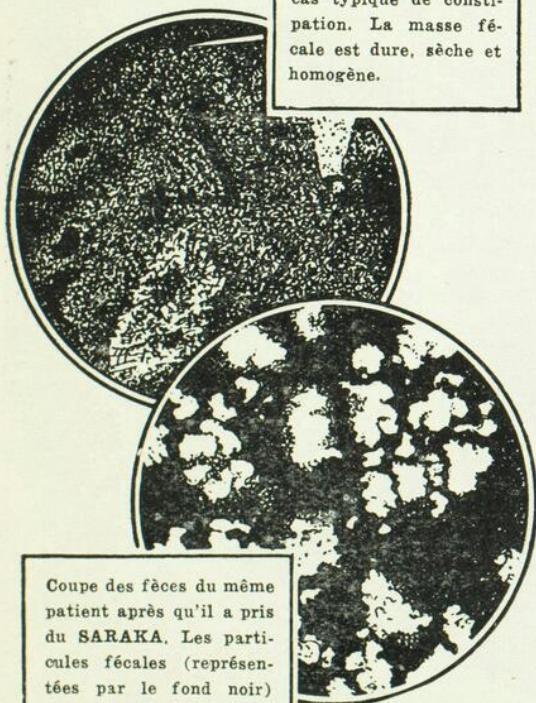
PAR LE

SARÁKA

Médicament qui n'entraîne pas les inconvénients que laissent derrière elles les préparations à base de paraffine.

CONSTIPATION CHRONIQUE

Coupe de fèces dans un cas typique de constipation. La masse fécale est dure, sèche et homogène.



Coupe des fèces du même patient après qu'il a pris du SARÁKA. Les particules fécales (représentées par le fond noir) sont séparées par les granules de SARÁKA qui les dissocient. La masse est molle, et glissante.

Elle est causée le plus souvent par l'alimentation moderne qui est habituellement trop concentrée, et ne fournit pas à cause de cette concentration un volume suffisant pour produire une évacuation normale. La fonction du SARÁKA est basée sur ce principe. Le SARÁKA est composé de granules enrobés et faits d'un mucilage indien, qui lorsqu'il se présente dans l'intestin acquiert au contact du milieu alcalin de l'intestin un volume plus grand et une consistance gélatineuse. En se mêlant avec les fèces il les amollit, donnant ainsi un volume plus grand qui favorise une défécation normale et facile.



Réceptif de 10 onces

SCHERING (Canada) LIMITED

Boîte postale 358

MONTRÉAL

RHUMES

LA fréquente administration d'alcalins, dans l'influenza et le rhume ordinaire, peut se faire facilement par l'emploi des tablettes "BiSoDol" — tablettes parfumées à la menthe — associées à d'autres médicaments tels que: sodium, magnésie et bismuth, dans une proportion bien équilibrée.

La poudre et les tablettes "BiSoDol" sont également recommandées dans l'hyperacidité gastrique et autres troubles digestifs demandant un anti-acide parfaitement équilibré.

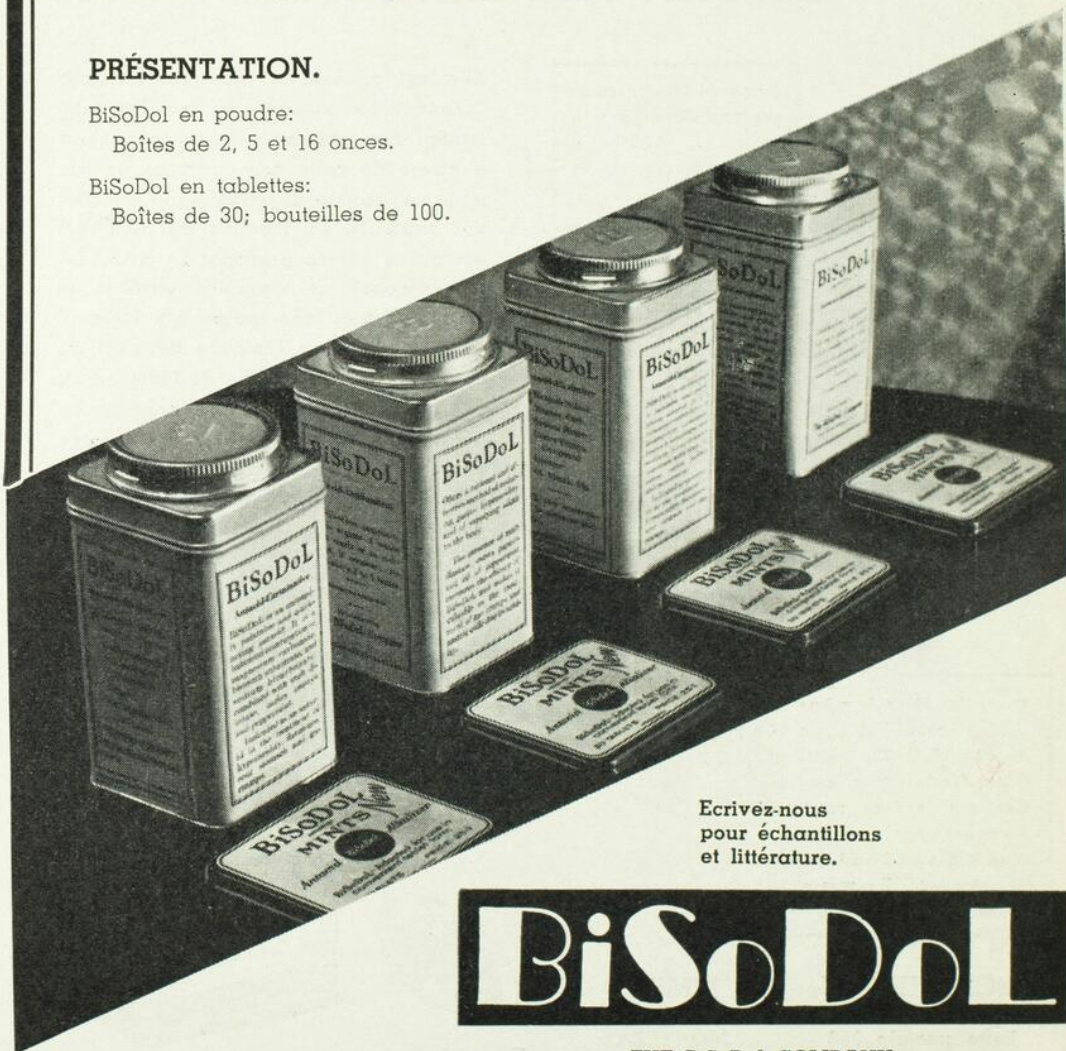
PRÉSENTATION.

BiSoDol en poudre:

Boîtes de 2, 5 et 16 onces.

BiSoDol en tablettes:

Boîtes de 30; bouteilles de 100.



Ecrivez-nous
pour échantillons
et littérature.

BiSoDol

THE BiSoDol COMPANY

WALKERVILLE,

Ontario

Léo L. STANLEY et L. W. BRECK. — *Tubera verucosa*. The Journal of bone and joint surgery. Oct. 1935, page 961.

Les auteurs rapportent que durant les 20 dernières années, 211 cas de *tubera verucosa* (oignons) ont été opérés à la prison d'état de la Californie. Tous ces cas ont été faits sous anesthésie rachidienne et suivant la technique décrite par Singley en 1913. La technique décrite par l'auteur est la suivante: L'incision est faite entre le gros et le deuxième orteil, la capsule est incisée transversalement, mettant à nu les surfaces articulaires. Le gros orteil est alors désarticulé, renversé sur le côté et en arrière, l'exostose mise à nu est complètement ciselée. Puis l'orteil est remplacé sans plus, la peau et la capsule suturées. De la gaze est placée entre les 2 orteils qui sont enveloppés ensemble. Un abaisse langue placé sur le côté interne du pied, suffit pour l'immobilisation. Au bout de 14 jours les sutures sont enlevées et l'immobilisation doit être continuée encore 2 semaines.

La période d'hospitalisation est d'une semaine et d'incapacité fonctionnelle 4 semaines.

Les statistiques données par l'auteur sont très intéressantes. Outre le résultat final très bon, il y a encore rapporté-il plusieurs choses qui plaident en faveur de cette opération: la cicatrice n'est pas exposée au traumatisme de la chaussure, la période d'immobilisation est très courte, le danger d'ankylose est rendu négligeable, la technique est simple et le traumatisme bénin.

L. BERGERON.

Earl D. McBRIDE. — "L'opération conservatrice des hallux valgus". The Journal of the American Medical Association. Vol. 105, no 15, octobre 12, 1935.

Le traitement chirurgical de l'hallux valgus comporte une grave responsabilité. Souvent un résultat final satisfaisant pour le chirurgien n'est pas du tout satisfaisant pour le patient. C'est pourquoi l'opération doit chercher à rencontrer les exigences du patient qui sont les suivantes: 1) un résultat fonctionnel satisfaisant dans le minimum de temps; 2) disparition des douleurs; 3) un résultat convenable au point de vue esthétique.

Le type d'opération que l'auteur décrit semble avoir répondu à ces conditions de la meilleure façon. Le principe de cette intervention est basé sur la physio-pathologie de l'hallux valgus.

La pression sur le bout du gros orteil par la chaussure imprime à celui-là un mouvement de rotation interne qui changent les rapports anatomiques de l'os sésamoïde externe en même temps que le muscle adducteur subit l'adaptation rétraction. L'acte opératoire doit donc s'attaquer à ces éléments de déformation plutôt qu'à l'articulation métatarso-phalangienne elle-même.

La peau est incisée sur une longueur de deux pouces au niveau de l'espace entre le 4e et le 5e métatarsien. En rasant toujours l'os pour éviter les vaisseaux et les nerfs, l'os sésamoïde externe est découvert et extrait de sa

loge: ceci permet déjà à la tête du 5e métatarsien de se rapprocher considérablement de celle du 4e métatarsien. L'opération se continue avec la désinsertion du muscle adducteur du gros orteil de la face latérale externe de la base de la première phalange et la réinsertion de ce même muscle sur la face correspondante de la tête du 5e métatarsien. Enfin, du côté interne de l'articulation il faut faire sauter l'exostose métatarsienne et la bourse séreuse. Une légère hypercorrection est maintenue par une petite semelle plâtrée pendant une dizaine de jours.

L'auteur ajoute quelques petites variations à cette technique opératoire selon l'âge du malade, selon la gravité des cas et selon d'autres facteurs particuliers.

Le docteur McBride a opéré 39 malades d'après cette méthode. Tous ont été suivis et les résultats obtenus ont encouragé l'auteur à publier sa technique. L'article est accompagné de nombreuses radiographies et de nombreux dessins qui ajoutent considérablement à la clarté de cette publication.

C. FAVREAU.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

ROUQUIER. — **Origine des arthropathies tabétiques, résultats qu'on peut attendre de leur traitement.** Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph., juillet 1935.

Charcot semblait avoir démontré de toute évidence l'origine tropho-neurotique des arthropathies tabétiques lorsque Barré écrivit sa thèse pour les attribuer à la seule inflammation spécifique des artères nourricières du segment osseux intéressé.

L'A. a observé récemment un malade qui présentait une arthropathie classique au genou. En plus on constatait une augmentation considérable du tiers inf. du tibia, empâtement des articulations tibio-tarsienne, de Chopart, de Lisfranc, infiltration de la face plantaire avec gomme ulcérée et séquestre.

Après un traitement prolongé tout est rentré dans l'ordre moins les lésions du genou qui sont restées complètement stationnaires.

Il en conclut que l'arthropathie du genou était d'origine tropho-neurotique et que jamais les lésions de ce type ne seraient influencées par le traitement spécifique mais que souvent s'y greffent des manifestations voisines d'origine vasculaire qui rétrocedent devant un traitement bien conduit.

Maurice FERRON.

NICOLAS et ROUSSET. — **Gangrène de la verge avec fenestration du prépuce.** Bull. Soc. Fr. de Derm. et Syph., juillet 1935.

G. F., se présente pour gonflement de la verge et plaque noirâtre ulcérée sur le prépuce.

A l'examen on retrouve une ulcération arrondie sur le prépuce le perforant complètement et laissant écouler un pus très fétide et abondant.

Un débridement laisse voir une ulcération profonde d'un demi-centimètre recouverte d'un enduit diphtéroïde occupant le sillon balano-préputial.

A chacun sa dose,

à partir de 2 gouttes chez les tout petits dans la coqueluche,

jusqu'à 25 à 35 gouttes chez l'adulte insomniaque
et plus chez le grand agité,

au besoin en ampoules de 2 cc.

Le Somnifène "Roche"

rapidement éliminé, est d'effet sûr.

C'est le meilleur inducteur du sommeil.

en gouttes:

(12 cc, 100 gm)

insomnies simples hyperémésis gravidarum
et compliquées coqueluche
neurasthénie manies

en injections:

(boîtes de 6 ampoules)

delirium tremens
éclampsie
épilepsie

HOFFMANN-LA ROCHE LIMITÉE,

MONTRÉAL

JEAN DORAIS

BUREAU NATIONAL DE RAJUSTEMENT ET DE COLLECTION

57 OUEST, RUE ST-JACQUES

MONTREAL, P. Q., CAN.

Perception d'honoraires de médecins

Percepteur licencié

Membre du Bureau Coopératif de
"L'AMERICAN COLLECTION SERVICE"

Tél. HARbour 6358
Case postale 2095

COTTAGE A VENDRE

Occasion exceptionnelle pour médecins

Face au Square Saint-Louis. Conditions très avantageuses. Facilité de paiement. Trois étages: rez-de-chaussée propice pour trois bureaux, deux étages supérieurs pour maisons privées ou bureaux. S'adresser à T. Valiquette, administrateur, L'Union Médicale du Canada, 418 est, rue Sherbrooke. Tél.: MA. 7334.

POSTE DE MÉDECIN

À louer: Bureau de médecin, meublé ou non, 3 pièces (bureau, salles d'examen et d'attente). Instruments de chirurgie à vendre, etc. Cause mortalité. Possession immédiate. Conditions faciles. S'adresser: 1369, Parc Lafontaine (angle Garnier et De Lanaudière). Tél.: AMherst 3000.

INFIRMIER DIPLOME

— ♦♦ —

Tél.: CHerrier 4235

ERNEST BLANCHETTE

Infirmier diplômé de l'hôpital Hôtel-Dieu de Montréal

Service privé Jour et nuit

Rés.: 1012 est, rue Sherbrooke

MONTREAL

SITUATION DEMANDEE

— ♦♦ —

SITUATION DEMANDEE

Personne de confiance demande situation chez médecins et dentistes. Douze ans d'expérience. Peut fournir références. S'adresser à T. Valiquette, administrateur, 418 est, rue Sherbrooke.

Des bains locaux dans des solutions antiseptiques, des attouchements de nitrate d'argent et de bleu de méthylène eurent vite raison de l'affection qui guérit très rapidement tout en laissant une perte de substance.

Il s'agissait ici d'une gangrène de la verge, avec gangrène secondaire du prépuce qu'elle perfora.

Pendant tout ce temps le malade, un cultivateur robuste sans relations sexuelles depuis plusieurs mois semblait en parfaite santé et aucune raison ne pouvait expliquer cette gangrène.

L'examen microscopique montra l'association fuso-spirillaire bien connue et des cultures anaérobies nombreuses renfermaient le bacillus perfringens.

Maurice FERRON.

BEESON. — L'adénopathie épitrochléenne dans la syphilis secondaire.
Arch. of Derm. and Syph. Nov. 1935.

Sigmund aurait le premier attiré l'attention sur l'importance de l'adénite épitrochléenne. Depuis ce temps elle a été recherchée attentivement mais avec des résultats discordants.

Certains auteurs ne la retrouvent que rarement tandis que d'autres la retrouvent presque toujours. On pourrait la palper, semble-t-il, dans 25 à 40 pour cent des cas de syphilis secondaire où elle prend une importance considérable étant donné sa persistance après disparition des autres symptômes. Elle devient un signe de probabilité quand on a éliminé les causes d'infection locale, ainsi que la leucémie.

Il est possible de retrouver parfois deux ou plusieurs ganglions hypertrophiés, roulant sous le doigt tandis que d'autre part les anatomistes nous apprennent que les ganglions épitrochléens peuvent être absents.

L'examen du malade devrait donc toujours comprendre cette recherche.

Beeson sur 100 cas successifs de syphilis secondaire a retrouvé une adénopathie bilatérale dans 27 cas et unilatérale sans cause locale dans 13 autres. Deux cas présentaient des ganglions surnuméraires tandis que trois cas de syphilis maligne précoce ne montraient aucune adénite.

Maurice FERRON.

SPILLMAN. — Roséole de retour et lésions secondaires après une période de latence clinique et sérologique de 7 ans. Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph., juillet 1935.

Un malade traité en 1927 pour un chancre avait reçu deux séries de novarsénobenzol et 19 injections de Bismuth. Le B.W. était devenu négatif pendant ce temps et le patient abandonna le traitement malgré l'avis de son médecin.

Revu à intervalles réguliers plusieurs contrôles sérologiques donnaient toujours un résultat négatif.

Au début de mars 1935 il revient cependant consulter pour une éruption qui se révèle une roséole typique du tronc. On constate aussi des éléments papuleux sur la poitrine, le front, le menton et les membres supérieurs. Il se plaint en plus de fatigue et de céphalées intermittentes. Le Wassermann du sang revient positif total. La ponction lombaire indique un liquide céphalo-rachidien normal heureusement pour le patient.

En somme il s'agirait d'un cas qu'un traitement insuffisamment prolongé a suffi à négativer pendant 7 ans mais chez qui l'infection se réveille maintenant après cette longue période de latence.

Maurice FERRON.

ÉLECTRO-RADIOLOGIE

P. WERTHEIMER et P. FREICH. — **“Sur les indications de l'artériographie”**. Le Journal de Méd. de Lyon, 16e année, no 380, nov. 1935.

Au cours des dernières années, la pathologie vasculaire s'est efforcée à plus de précision au point de vue diagnostique. Il n'y a pas encore longtemps on ne disposait pour juger la circulation d'un membre, peser sa valeur fonctionnelle que des moyens d'explorations purement cliniques: à savoir la recherche des pulsations artérielles, l'interprétation des phénomènes douloureux, l'observation des altérations tégumentaires. Vinrent ensuite l'oscillométrie et l'usage des diverses épreuves mesurant la tonicité vasomotrice. Il semblait qu'on manquait encore de précision sur l'état réel de la circulation d'un membre malade.

Sicard réalisa les premières tentatives d'artériographie par l'injection intra-artérielle de lipiodol. Après ces essais parurent les travaux de Dos Santos et ses collaborateurs. Ceux-ci trouvèrent vite des imitateurs et des émules.

Les auteurs ayant acquis de l'expérience en artériographie grâce aux conseils de M. Leriche et René Fontaine précisent ses indications au moyen de documents personnels.

L'artériographie permet de suppléer aux défaillances des méthodes cliniques sans évidemment en être entièrement exempte. Elle renseigne sur l'état des voies artérielles, tant dans les zones inaccessibles au brassard de l'oscillomètre qu'au niveau des fines ramifications vasculaires où l'onde circulatoire non pulsatile ne peut être enregistrée.

Les clichés radiologiques établissent l'état des parois du vaisseau principal leur épaisseur, leur rigidité ou leur souplesse.

Dans les artérites oblitérantes, l'artériographie indique le siège et l'étendue du segment oblitéré, elle révèle l'importance et la valeur de la circulation anastomotique. Les auteurs ont vérifié que sur les clichés on peut distinguer ces artères étroites, grêles, spasmées de la maladie de Buerger, des lésions athéromateuses qui élargissent le calibre artériel avant de le rendre irrégulier et moniliforme.

L'oblitération artérielle par embolie réclame un diagnostic topographique précis de la lésion, diagnostic jusqu'alors réduit aux seules ressources de la clinique. L'artériographie permet une appréciation exacte des limites de la zone oblitérée et l'état anatomique des parois vasculaires.

L'artériographie représente souvent le seul moyen de dépister la cause cachée de manifestations vaso-motrices.

Enfin cette méthode d'investigation fournit dans le diagnostic des anévrysmes des renseignements qui complètent des acquisitions de la simple clinique. Sur le cliché se révèle la forme d'un anévrysme, sa situation anatomique

exacte souvent difficile à déterminer, l'épaisseur des parois du sac, l'état du vaisseau, l'importance et le développement de la circulation collatérale. Un bon cliché évitera au malade d'inutiles mutilations; il lui ménagera une opération de courte durée.

L'artériographie demande à être employée avec discernement. Lorsque les méthodes cliniques apparaissent insuffisantes pour affirmer un diagnostic, la radiologie vient jeter plus de lumière et représente une méthode d'exploration dont il n'est plus permis d'en ignorer l'existence.

L. GAGNIER.

NOUVELLES

LE DR PAUL LETONDAL À LA CRÈCHE DE LA MISÉRICORDE

Le Dr Paul Letondal, professeur agrégé de Pédiatrie à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et membre du Bureau de Collaboration de *L'Union Médicale* du Canada, a été récemment nommé Chef de Service à la Crèche de la Miséricorde, succédant au Dr A.-B. LeBel, démissionnaire. Ce service qui comprend 150 enfants de 0 à 2 ans, constitue un magnifique champ d'étude pour les maladies du nouveau-né et l'hygiène du premier âge. On sait qu'il a été dirigé autrefois pendant de nombreuses années par le regretté Dr Sévérin Lachapelle, premier professeur titulaire de Pédiatrie à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Nos sincères félicitations.



BIBLIOGRAPHIE

Physiopathologie des syndromes endocriniens, par Noël FIESSINGER, professeur de Pathologie expérimentale et comparée, Médecin de la Charité. — Un volume de 318 pages avec 42 figures, 40 fr. Masson et Cie, éditeurs, libraires de l'Académie de Médecine, 120, Boulevard Saint-Germain, 120, Paris.

La Pathologie endocrinienne étend de jour en jour son territoire et l'on peut dire aussi qu'elle progresse constamment dans l'imprécision des interprétations fragiles. Il peut être nécessaire au médecin de reprendre contact avec les réalités tangibles de l'expérimentation normale et pathologique. Le livre du Professeur Noël Fiessinger a précisément pour but de relier une chaîne ininterrompue, l'expérimentation normale, l'expérimentation pathologique, les syndromes cliniques, les moyens d'exploration et les directives thérapeutiques. Après un chapitre d'introduction, où il étudie surtout les interdépendances fonctionnelles et les complexités organiques, il passe en revue: les surrénales avec leurs syndromes: toxique et tensif; le corps thyroïde avec l'hypothyroïdie et l'intoxication thyroïdienne; les glandes parathyroïdes où il met au point les hypo et les hyperparathyroïdies; l'hypophyse avec le chapitre complexe des syndromes hypophysaires; les deux abandonnées, la grande pinéale et le thymus; les glandes génitales avec leurs hormones; le pancréas et les syndromes insuliniques; le foie, les applications à la clinique des faits connus sur le métabolisme des glycodes et des protéides, et une vue d'ensemble sur les hypo et hyperhépaties; la rate dont les fonctions complexes prennent de plus en plus d'étendue dans l'étude des splénomégalies; les reins dont la fonction interne est un sujet de constante actualité.

Enfin la cellule mésenchymateuse dont la fonction interne est toujours délaissée, peut-être parce que trop polymorphe, trop complexe et trop étendue.

Enfin, ce livre analyse quelques grands syndromes mixtes: les syndromes pluriglandulaires; le gigantisme et le nanisme; l'obésité et l'amaigrissement; les petites insuffisances endocriniennes.

Un chapitre de directives thérapeutiques termine le volume où l'auteur fixe les règles précises d'une thérapeutique réellement scientifique. Il s'élève contre l'abus de la polyopothérapie moderne et demande au médecin plus de méthode dans l'application des traitements endocriniens.

Ce petit livre de 317 pages contient toute l'essence de l'endocrinologie moderne, il ouvre des horizons par l'observation simple et directe des phénomènes. Il s'adresse autant au médecin qu'à l'étudiant et leur fournit les éléments d'un raisonnement clinique plus stable et moins exposé à l'à peu près des interprétations hâtives.

Introduction à la chirurgie thoracique, par E.-E. LAUWERS, préface du professeur Proust. — Un volume de 112 pages, 20 fr. Masson et Cie, éditeurs, libraires de l'Académie de Médecine, 120, Boulevard Saint-Germain, 120, Paris.

Après avoir écrit une "Introduction à la Chirurgie nerveuse" une "Introduction à la Chirurgie réparatrice" le professeur Lauwers intitule ce nouveau volume *Introduction à la Chirurgie thoracique*.

Il a voulu simplement comme dans les précédents volumes montrer les possibilités et les limites de la Chirurgie thoracique ainsi que la nécessité absolue d'unir les notions médicales et chirurgicales en étudiant avant toute intervention opératoire son mécanisme physiologique.

Le chapitre qu'il consacre pour commencer aux notions physiologiques de la respiration prend donc une valeur toute particulière. Ensuite c'est non seulement l'introduction à la chirurgie de la plèvre, du poumon, des bronches, des tumeurs intra-thoraciques, ainsi qu'à la chirurgie cardiaque, mais c'est aussi une description d'ensemble de ces chirurgies diverses avec un énoncé des règles qui doivent les guider.

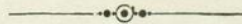


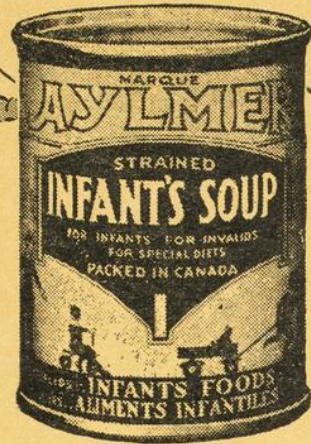
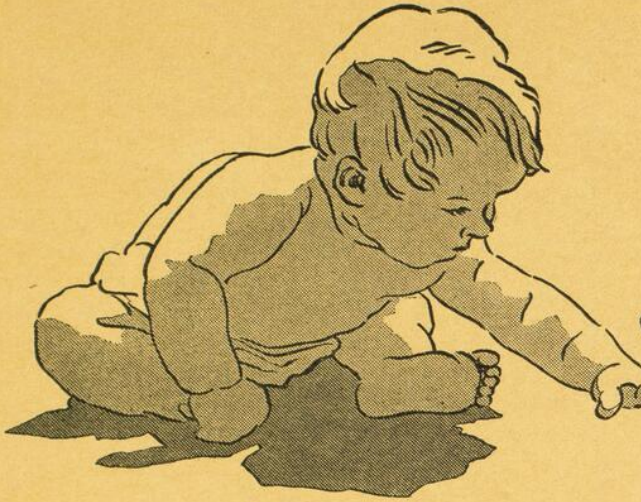
TABLE ALPHABETIQUE DES ANNONCES

Abbott Laboratories Ltd, (<i>Haliver Oil avec Viostérol</i>)	XII
Anglo-French Drug Cie., (<i>Tonique du Sang</i>)	L
Antiphlogistine, (<i>Toux</i>)	XXII
Ayerst, McKenna & Harrison, Limited (<i>Emmenin Liquid</i>)	XX
Banque Canadienne Nationale, (<i>À votre disposition</i>) ..	XLVI
BiSoDoL Company, The, (<i>Rhumes</i>)	LXII
Bristol-Myers Co., (<i>Sal Hepatica</i>)	IX
Bristol-Myers Co., (<i>Sal Hepatica</i>)	XXIV
British Drug Houses (Canada), Ltd, The, (<i>Radiostoleum</i>)	XXXII
Canada Drug Company, (<i>Paveral</i>)	III
Canadian Cannors Limited, (<i>Aliments Aylmer pour en-</i> <i>fants</i>)	Troisième page de la couverture.
Cardinaux, Paul, (<i>Gaiffe, Gallot & Pilon et Ropiquet,</i> <i>Hazard & Roycourt</i>). <i>Diathermie, Rayons X,</i> <i>Electrologie</i>	XI
Casgrain & Charbonneau, Ltée, (<i>Stérilisateur "Castle"</i>)	XLVIII
Casgrain & Charbonneau, Ltée, (<i>Ray. X Westinghouse</i>)	XLVIII
Casgrain & Charbonneau, Ltée, (<i>Thyvacrine No 10 C</i> <i>& C</i>)	LVIII
Casgrain & Charbonneau, Ltée, (<i>Neurocrine No 5 C & C</i>)	LVIII
Casgrain & Charbonneau, Ltée, (<i>Diacrine No 6 C & C</i>)	LVIII
Chapman Ltée, La Cie J. H., (<i>Instruments de Chirurgie</i>)	XXIV
Ciba, Compagnie, Limitée, (<i>Coramine "Ciba"</i>)	VII
Denver Chemical Manufacturing Co., (<i>Antiphlogistine</i>)	XXII
Dorais, Jean, (<i>Perception d'honoraires de médecins</i>) ..	LXIII
Duckett J. A., (<i>Dernière Création de la Prothèse</i>) ..	XLIV
Eddé, J., Limitée, (<i>Ocreïne Gremy</i>)	VI
Eddé, J., Limitée, (<i>Strychnal Longuet</i>)	VI
Eddé, J., Limitée, (<i>Vulcase Brisson</i>)	VI
Eddé, J., Limitée, (<i>Proveinase Midy</i>)	XIX
Eddé, J., Limitée, (<i>Hémostyl</i>)	XXVII
Eddé, J., Limitée, (<i>Nucléarsitol Robin</i>)	XXX
Eddé, J., Limitée, (<i>Peptonate de Fer Robin</i>)	XXXI
Eddé, J., Limitée, (<i>Librairie Médicale et Scientifique</i>)	XXXI
Eddé, J., Limitée, (<i>Iodogénol Pépin</i>)	XXXIV
Eddé, J., Limitée, (<i>Neurinase</i>)	XLVI
Etablissements Byla, (<i>Amino-Sel</i>)	XLVII
Etablissements Byla, (<i>Pelletierine Tanret</i>)	XLVII

Fellows Medical Mfg. Co., Ltd., (<i>Siroop Fellows</i>)	XXXIII
Frosst, Charles E. & Co. (<i>Kondremul</i>) <i>Deuxième page intérieure de la couverture.</i>	
Herdt & Charton, Inc., (<i>Camphosol Chomedy</i>)	XXIII
Herdt & Charton, Inc., (<i>Tricalcine</i>)	LIV
Hoffmann-La Roche Limitée, (<i>Le Somnifène "Roche"</i>)	LXIII
Horner, Frank W., Limitée, (<i>Ovol</i>)	LVII
Huston Company, Limited, John A., (<i>Riodine Astier</i>)	XXV
Imperial Tobacco Co. of Canada, (<i>Sweet Caporal</i>)	XLIII
Joubert, J. J., Limitée, (<i>Santéine</i>)	XIX
Kellogg, (<i>Kellogg's All Bran</i>)	LI
Laboratoires A. Bailly, (<i>Pulmoserum</i>)	XVIII
Laboratoires A. Guerbet & Cie, (<i>Ténébryl</i>)	XLVII
Laboratoires A. Guerbet & Cie, (<i>Lipiodol Lafay</i>)	XLVII
Laboratoire A. Lejeune, (<i>Indhameline</i>)	XXIV
Laboratoire du Bismol, (<i>Bismix, Agobyl</i>) <i>Quatrième page de la couverture.</i>	
Laboratoires Clin, Comar & Cie, (<i>Spartoval</i>)	I
Laboratoires Clin, Comar & Cie, (<i>Sparto-Camphre</i>)	I
Laboratoires Clin, Comar & Cie, (<i>Génistéнал</i>)	I
Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Ltée, (<i>Neptal</i>)	XIII
Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Ltée, (<i>Técarine</i>)	XIII
Laboratoires P. Astier, (<i>Riodine Astier</i>)	XXV
La Cie Canadienne des Agences Modernes, (<i>Les Lithi-</i> <i>nés du Dr Gustin</i>)	LII
La Cie Canadienne des Agences Modernes, (<i>Magnésie du</i> <i>Dr Gustin</i>)	LII
Lapointe, G.-A., (<i>Indhameline</i>)	XXIV
Librairie Beauchemin Limitée, (<i>Linguaphone</i>)	XXVIII
Listers Limited, (<i>Listers</i>)	III
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (<i>Codoforme Bottu</i>)	XLIX
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (<i>Arhemapectol</i>)	XLIX
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (<i>Digibaïne</i>)	XLIX
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (<i>Solucamphre Delalande</i>)	XLIX
Néobovinine, (<i>Néobovinine avec Malt et Fer</i>)	LX
Parke, Davis & Cie., (<i>Prophylaxie</i>)	IV
Petrolagar Laboratories of Canada, Ltd., (<i>Cinq formes</i> <i>de Petrolagar</i>)	LVI
Rougier Frères, (<i>Hepathemo</i>)	XVII
Rougier Frères, (<i>Pulmoserum Bailly</i>)	XVIII
Rougier Frères, (<i>Spectrol</i>)	XXI

Rougier Frères, (Natibaine)	XXI
Rougier Frères, (Vaccin Demonchy)	XXIII
Rougier Frères, (Riodine Astier)	XXV
Rougier Frères, (Sedlitz Chanteaud)	XXVI
Rougier Frères, (Sténol Chanteaud)	XXVI
Rougier Frères, (Rami)	XXVI
Rougier Frères, (Hémoglobine Deschiens)	XXIX
Rougier Frères, (Elixir Ducro)	XXXIII
Rougier Frères, (Sirop Famel)	XLIV
Rougier Frères, (Uraseptine Rogier)	XLV
Rougier Frères, (Lactolaxine Fydau)	XLV
Rougier Frères, (Névrosthénine Freyssinge)	LIV
Rougier Frères, (Chloramine Freyssinge)	LIV
Rougier Frères, (Capsules Dartois)	LIV
Rougier Frères, (Iodalose Galbrun)	LVII
Rougier Frères, (Prosthénase)	LVII
Sanatorium de Blois	VIII
Sanatorium du Lac Edouard	X
Sanatorium Prévost	XIV
Schering (Canada), Ltd., (Saraka)	LXI
Squibb & Sons of Canada, Ltd., E. R., (Nativol)	LIX
Vinant Ltée, (Spartoval)	I
Vinant Ltée, (Sparto-Camphre)	I
Vinant Ltée, (Génistéнал)	I
Vinant Ltée, (Amino-Sel Byla)	XLVII
Vinant Ltée, (Pelletierine Tanret)	XLVII
Vinant Ltée, (Ténébryl Guerbet)	XLVII
Vinant Ltée, (Lipiodol Lafay)	XLVII
Warner, William R., Co. Ltd., (Cal-Bis-Ma)	LIII
Wingate Chemical Co. Ltd., (L'Emulsion Angier)	LII
Wyeth & Brother, Inc., John, (Ergoklonin)	LV





Facteur nécessaire

à

Une croissance normale

- Fruits et légumes choisis avec soin et préparés en temps voulu.
- Source naturelle de vitamines essentielles et de sels minéraux.
- Leur saveur est particulièrement agréable au palais de l'enfant.
- Préparés avec un soin scientifique sous la direction de chimistes diplômés.
- Échantillons gratuits pour examen personnel. Écrivez à:

AYLMER Research Laboratory

CANADIAN CANNERS LIMITED

HAMILTON, CANADA

ALIMENTS
AYLMER
POUR ENFANTS

BIS MIX

HYPERCHLORHYDRIE



*Excepté
les cas où
l'intervention
chirurgicale est
nécessaire toutes les
maladies du foie sont
justiciables de l'Agobyl*



AGOBYL

DÉSENSIBILISATEUR DES ÉTATS HÉPATIQUES

Le Laboratoire du Bismol

Spécialités Thérapeutiques

945 rue Côté

Montréal