TOME LXII MAI 1933 No 5

L'Union Médicale du Canada

REVUE MENSUELLE
Fondée en 1872

MEMOIRES

Nouvelles réflexions et statistiques sur la malariathérapie .... Antonio BARBEAU 413

RECUEIL DE FAITS

Leucémie myéloïde et radiothérapie .... Albert LeSAGE 422

Epingle de sûreté ouverte dans l'estomac d'un enfant. Passage par les voies naturelles. Réflexions .... J. N. ROY 429

Avortement provoqué, suivi de septicémie aiguë .... Léon GERIN-LAJOIE 435

Sur un cas de putréfaction rapide .... Rosario FONTAINE, Jean-Marie ROUSSEL 439

Un cas de ptose rénale compliquée d'hydronéphrose .... Maxime BRISEBOIS 441

REVUE GENERALE

Glandes parathyroïdes .... Réal DORE 446

Le traitement moderne du diabétique .... Gabriel LAFRESNIERE 457

MOUVEMENT MEDICAL

Manuel de technique psychométrique Gaston Lef. de BELLEFEUILLE 460

Des soins prénataux. Des soins de la grossesse dans les cliniques prénatales .... Jacques FORTIER 470

L'Institut Bruchési. Extrait du rapport général .... J. A. CORRIGAN 475

VARIETES

Comment on devient médecin .... Télesphore PARIZEAU 478

REVUE DES LIVRES

Précis de propédeutique et de technique médicale. — V. Cordier .... Albert LeSAGE 485

FORMULAIRE

Diathèse goutteuse .... Albert LeSAGE 487

ANALYSES

Voir détails page X

(Suite du sommaire à la page X)

REDACTEUR EN CHEF
Professeur Albert LeSage

SECRETAIRE DE LA REDACTION
Léon GERIN-LAJOIE

SECRETAIRE-ADJOINT
Donatien MARION

Administrateur: T. VALIQUETTE

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

GARDE LA PRÉÉMINENCE

COMME

ANTISEPTIQUE URINAIRE

CHAQUE cuillerée à thé, bien pleine, contient 7½ grains d'Urosine (Hexamine) en combinaison avec de l'acide Benzoique

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

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

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

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

L'Urosine produit ces conditi ns.

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

UROSINE

(HEXAMINE)

G. E. S. No 15 "Frosst"

Charles E. Frosst & Co.

PHARMACIENS-FABRICANTS DEPUIS 1899

MONTRÉAL
CANADA

RICHMOND
VIRGINIE

LE SUMMUN EN THERAPIE FERRUGINEUSE



▲

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

▲

EN LIQUIDE
OU
EN TABLETTE

Tous renseignements, échantillon ou littérature de

M. J. BREITENBACH Co.,

160, Varick Street **New York City.**

PAVERAL

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

COQUELUCHE

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

Ne cause ni intolérance, ni complication.

Littérature sur demande

Agents : CANADA DRUG COMPANY
Pharmaciens en Gros
857, rue Saint-Maurice, - - - MONTREAL

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

La diète du Diabétique

Listers

ALIMENTS DEPOURVUS D'AMIDON

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

Grande boîte pour 30 cuissons **$4.85**

Petite boîte pour 15 cuissons **$2.75**

En vente chez tous les pharmaciens ou directement chez

LISTERS Limited Huntingdon, Quebec **CANADA**

PRATIQUE

AGRÉABLE

HUILE de FOIE de MORUE
SOLIDIFIÉE

Contrôlée Biologiquement sur sa teneur en
VITAMINES A et D
par le

CALCOLÉOL

HUILE de FOIE de MORUE CONTRÔLÉE
VITAMINE B. SELS de FER et de CALCIUM

RACHITISME
TROUBLES de CROISSANCE
SPASMOPHILIE - DÉMINÉRALISATION
AVITAMINOSES

DRAGÉES

GRANULES

Laboratoire des Produits Scientia Dr Perraudin Phien de 1re Classe 21, Rue Chaptal Paris

Représentants exclusifs pour le Canada: Herdt & Charton, Inc., 2027, McGill College Ave, Montréal.

PHYTOTHÉRAPHIE

Aphloïne "Trouette-Perret"

Troubles de la PUBERTÉ
de la MÉNOPAUSE et du
SYSTÈME VEINEUX
(VARICES, hemorroides)

Sédatif utéro-ovarien.

Élixir très agréable au goût, d'une synergie médicamenteuse toujours égale et dont le mode de préparation assure l'intégrité absolue des principes actifs de chacun de ses composants:
APHLOIA, HAMAMELIS, HYDRASTIS, PISCIDIA, VIBURNUM.

APHLOÏNE
Trouette-Perret
TROUBLES de la
Puberté, de la Ménopause et du Système Veineux
SÉDATIF
utéro-ovarien
(Hémorragies Utérines, Menstruations difficiles, Varices, Hemorroides.)
1 à 2 cuillerées à café à chacun des deux principaux repas.
140 cc. par Flacon
Made in France
Laboratoires
TROUETTE-PERRET
15, rue des Immeubles-Industriels
PARIS
CONDOU & LEFORT, Pharmaciens
Agent pour le Canada:
G. GRAVET
1184 Bishop, Appt. 1 Montreal

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

L'EFFICACITÉ DE L'APHLOÏNE "TROUETTE-PERRET" EST DUE À SON ACTION:
ANTISPASMODIQUE, ANALGÉSIANTE, VASO-CONSTRICTIVE ET TONIFIANTE.

TRAITEMENT DES AFFECTIONS CARDIAQUES, AIGUES ou CHRONIQUES
À BASE DE DIGITALE STABILISÉE
FORMULE:
Digitale stabilisée 0 gr. 05
Scille 0 gr. 05
Scammonée 0 gr. 05
Gentiane 0 gr. 02
par pilule.
1 à 2 pilules par jour.

SPECIFIQUE DES MALADIES DE CŒUR
PILULES DU Dr MOUSTIER
LABORATOIRE DES PILULES DU DOCTEUR MOUSTIER
PHARMACIE REBOUD
SAINT-VALLIER (DROME)

Echantillon et littérature sur demande
G. GRAVET
Representant general pour le Canada
1184, RUE BISHOP
MONTREAL
Tél. PLateau 7005

LAIT DE BEURRE

"SANTÉINE"

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

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

J. J. Joubert LIMITÉE

PIPÉRAZINE MIDY

"ANTI-URIQUE TYPE"

LABORATOIRES DE LA PIPÉRAZINE MIDY
New Birks Bldg. MONTREAL

2 à 4 cuillerées à café par jour.

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

Prescrivez-vous une Huile 10D pour la première fois?

Précisez l'Huile "Squibb"!



Cent grammes d'Huile de Foie de Morue Squibb au Viosterol-10D contiennent 13,333 unités curatives de vitamines D, puissant facteur préventif de la scrofule et du rachitisme. Ceci équivaut à *dix fois* autant de vitamines D qu'il y en a dans l'huile de foie de morue "standard", telle que définie par la Wisconsin Alumni Research Foundation.

Ces mêmes 100 grammes renferment aussi un minimum de 50,000 unités "U. S. P." de vitamines A, agent qui accentue la résistance à la maladie. L'Huile "10D" Squibb est exactement aussi riche en vitamines A que l'huile de foie de morue Squibb ordinaire, où l'analyse révèle une exceptionnelle abondance de ce facteur. Elle est soumise aux procédés spéciaux Squibb, qui en bonifient le goût et y conservent les vitamines. L'huile "10D" ordinaire convient aux bébés; aux enfants plus âgés l'on prescrira l'huile Squibb aromatisée à la menthe. (Cette huile Squibb est *la seule* Huile de Foie de Morue au Viosterol-10D qui soit aromatisée à la menthe.)

HUILE DE FOIE DE MORUE SQUIBB AU VIOSTEROL-10D

(ORDINAIRE, OU AROMATISÉE À LA MENTHE)

Préparée avec l'autorisation officielle de la "Wisconsin Alumni Research Foundation" et reconnue par le "Council on Pharmacy and Chemistry, A.M.A.".


BISMOL
Marque de Commerce
Médication au Bismuth
par excellence
Ne contient pas de Sucre
Recommandé dans tous
les cas:
ACIDITE
AIGREURS
ULCERES
de
L'ESTOMAC
Dose ordinaire: 1 cuillèrée à café
avant les repas dans ½ verre à
vin d'eau.
Dans les cas d'
INFECTION
ou
FERMENTATION
INTESTINALE
1 ou 2 cuillèrées à soupe à toutes
les 2 ou 3 heures dans de l'eau.
Carbonate de Bismuth Carbo-
nate de Magnésie. Bicarbonate
de Sodium Carbonate de Cal-
cium Kaolin purifie, Saccharine
LE LABORATOIRE DU
BISMOL
MONTREAL
AGITEZ LA BOUTEILLE

Dans la plupart des cas d'insomnie un seul comprimé



Ampoules — Comprimés — Elixir

DE

DIAL

"CIBA"

suffit à ramener le sommeil. N'est-ce pas un traitement facile, efficace et peu coûteux?

Tous les sujets qui connaissent la douleur trouvent



Ampoules — Comprimés — Elixir

DANS LA

CIBALGINE

"CIBA"

un apaisement à leur mal, une sédation à leur système nerveux irrité.

COMPAGNIE CIBA, LIMITÉE

MONTRÉAL



SANATORIUM DE BLOIS

23, Avenue Laviolette, TROIS-RIVIERES, Qué.

Fondé en 1896

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

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

DEUX MEDECINS RESIDENTS

PRIX MODERES

Pour prospectus illustré, s'adresser au

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

Les aliénés et les contagieux ne sont pas admis.

Salpingite

Cellulite Pelvienne

Abcès Pelvien

Le tampon Antiphlogistine réalise incontestablement la méthode la plus favorable pour l'application d'une chaleur humide constante à l'intérieur du vagin.

Son action thermique et thermogénique, prépondérante, intensifie la circulation pelvienne, ce qui a pour effet de hâter la résolution de l'état congestif et de soulager les symptômes douloureux.

A cause de sa consistance plastique, l'Antiphlogistine se moule sur tous les contours, s'insinue jusque dans les culs-de-sac, apportant ainsi un solide soutien à l'utérus et un drainage salutaire.

En raison de sa haute teneur en glycérine (45%) et de ses divers composants, l'Antiphlogistine est l'application idéale qui calmera la souffrance, réduira inflammation et congestion, dans les états relevant de la gynécologie.

ANTIPHLOGISTINE

Echantillon et littérature sur demande.

THE DENVER CHEMICAL MFG COMPANY

153 ouest, rue Lagauchetière

MONTREAL

L'Antiphlogistine est fabriquée au Canada.



Sanatorium du Lac Edouard

LAC EDOUARD, P. Q.

Pour le traitement de la

TUBERCULOSE PULMONAIRE

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

Seuls, les patients susceptibles d'amélioration sont admis.

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

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

Pour tout renseignement, s'adresser à

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

L'Union Médicale du Canada

Fondée en 1872

Comité de Direction

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

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

Comité de Rédaction

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

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

Prix de l'abonnement pour 1933

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

Conditions de Publication

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

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

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

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

SUITE DU SOMMAIRE

SOCIETES

La Société Médicale de Montréal .... Louis FORTIER 507

La Société de Chirurgie de Montréal .... Jos. H. RIVARD 512

NECROLOGIE

Le professeur HEDON .... Antonio BARBEAU 518

NOUVELLES

Poste à céder 517

Les préparatifs du Congrès français de médecine de Québec 519

Célébration du vingtième anniversaire de la fondation de l'UMFIA ou Union Médicale Latine 521

ANALYSES

MEDECINE

Chirurgie des nerfs du coeur (p. 488). Traitement curatif et préventif des ankyloses et des arthrites post-traumatiques par l'acétylcholine (p. 489). Le traitement du diabète sucré par un régime pauvre en graisses (p. 490). Colite et anaphylaxie (p. 491).

CHIRURGIE

L'éviscération ombilicale congénitale (p. 492). Technique et ablation du ganglion étoilé (p. 492). Plaies pénétrantes de la poitrine par balles (p. 493). Symposium sur les brûlures (p. 494).

UROLOGIE

Le traitement conservateur de l'hydronéphrose par résection du pelvique rénal et autres opérations plastiques (p. 496).

OBSTETRIQUE

Prophylaxie et traitement des colibacilloses de la puerpéralité (p. 496).

GYNECOLOGIE

Injection vasculaire massive de lipiodol au cours d'une hystérosalpingographie (cancer du corps); bénignité absolue de cette injection (p. 497). Un hermaphrodite gynandroïde parfait (p. 498).

PEDIATRIE

Le traitement des hypotrophies de la première enfance par l'insuline (p. 499). Le rachitisme clinique devant les fixateurs du calcium (p. 499).

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE

La réparation dans les fractures non-consolidées du col du fémur (p. 500). Le traitement des ostéomyélites par la méthode de Baer (p. 500).

DERMATO — SYPHILIGRAPHIE

Traitement de l'épithélioma de la lèvre par le dermatologiste (p. 501). Etudes bactériologiques du lichen plan (p. 501). Les conceptions modernes sur la transmission héréditaire de la syphilis (p. 502).

NEURO - PSYCHIATRIE

Du danger que font courir les personnes atteintes d'affections neuro-psychiatriques, et qui exercent des fonctions où la sécurité du public est en jeu (p. 503). La déshydratation dans l'épilepsie (p. 503). Effet des solutions hypertoniques de dextrose (glycose) sur la pression intracrânienne au cours de la phase aiguë des traumatismes crâniens (p. 504).

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE.

L'oreille chez les diabétiques (p. 505).

Compagnie Générale de Radiologie,

PARIS

autrefois

Gaiffe, Gallot & Pilon et Ropiquet, Hazard & Roycourt

Installations ultra-modernes pour Hôpitaux, Cabinets médicaux,

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

DIATHERMIE ELECTROLOGIE

SOCIÉTÉ GALLOIS & CIE, LYON

LAMPES ASCIATIQUES POUR SALLES D'OPÉRATIONS ET DISPENSAIRES

Ultra-Violets — Electrodes de Quartz — Infra-Rouges

ETABLISSEMENTS G. BOULITTE, PARIS

ELECTROCARDIOGRAPHIE, PRESSION ARTERIELLE,

METABOLISME BASAL

Tous appareils de précision médicale pour hôpitaux et médecins

---

ETABLISSEMENTS R. LEQUEUX, PARIS

STÉRILISATION — DÉSINFECTION

pour Hôpitaux, Dispensaires et Cabinets médicaux

COLLIN & CIE, PARIS

L'INSTRUMENTATION CHIRURGICALE PAR EXCELLENCE

PAUL CARDINAUX

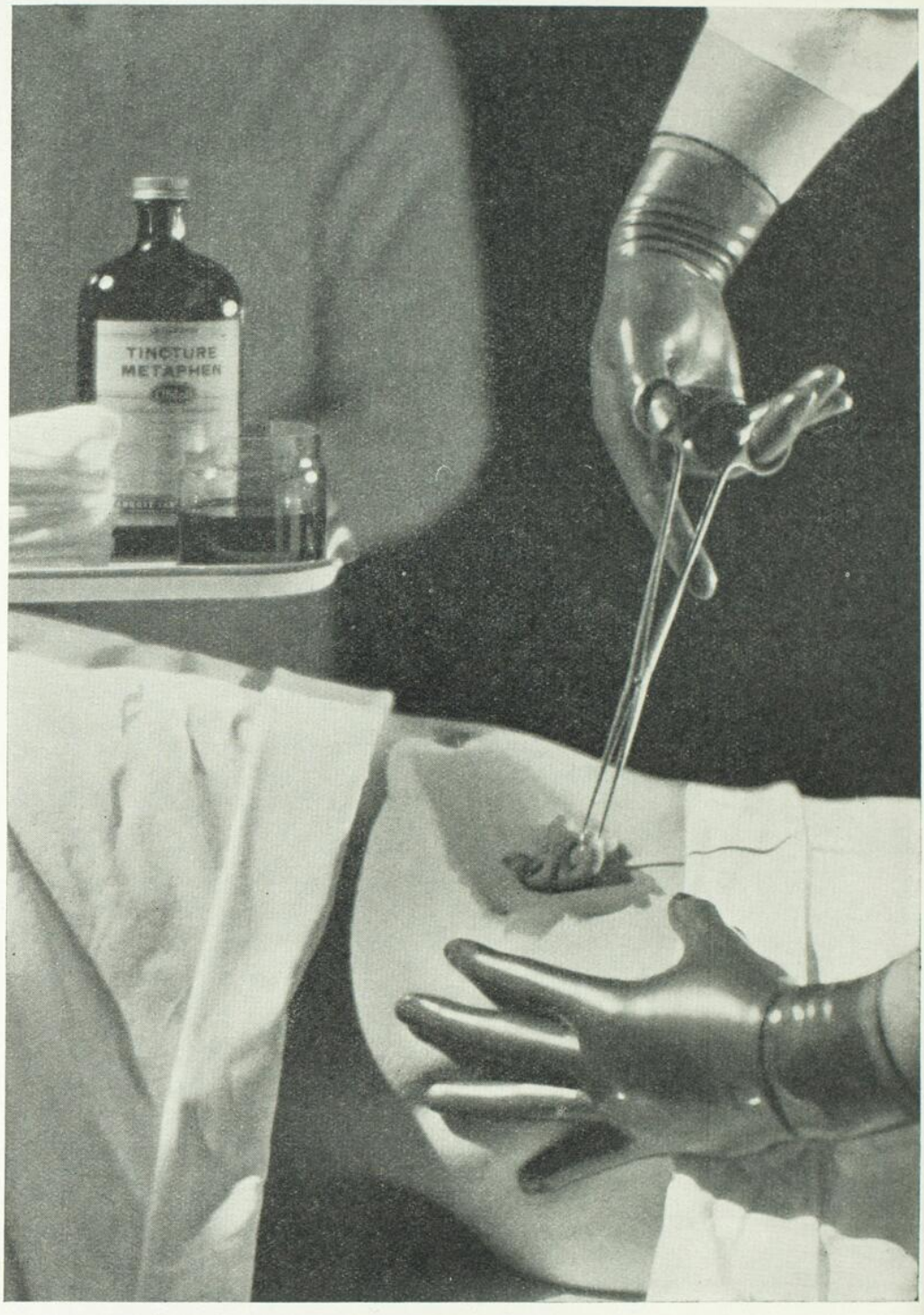
Docteur es-Sciences

"PRECISION FRANÇAISE"

428, CHERRIER
MONTRÉAL

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

Phone
HArbour 2357



STÉRILISATION PRE-OPÉRATOIRE
ABSOLUE
PAR LA
TEINTURE de METAPHEN

LABORATOIRES ABBOTT Limitée, - MONTRÉAL

Tome LXII No 5 Mai 1933

MÉMOIRES

NOUVELLES RÉFLEXIONS ET STATISTIQUE SUR LA MALARIATHÉRAPIE

Par ANTONIO BARBEAU

En novembre 1931, nous avons présenté une statistique de malariathérapies effectuées à l'hôpital de Bordeaux du 16 août 1927 au 17 avril 1931. Depuis lors, 31 autres paralytiques généraux ont passé par notre service. Nous en avons impaludé 23. Cette dernière série de cas nous autorise, croyons-nous, à revenir sur notre premier travail pour en réaffirmer, en préciser, en étendre les conclusions.

* * *

D'août 1927 à avril 1931, 48 paralytiques généraux entrent à l'hôpital de Bordeaux. L'état physique de 24 d'entre eux constitue une contre-indication formelle à toute tentative de traitement spécifique. Ils décèdent bientôt. Deux étrangers sont déportés. Sur deux malades, nous essayons, sans succès, la thérapie par les injections de Dmelcos. 20 sont impaludés. 11, soit 55%, présentent une rémission clinique telle qu'on les remet en liberté, 2 accusent une rémission incomplète, 4 ne sont pas améliorés au point de vue mental, mais leur survie est indéfiniment prolongée. Enfin, 3 cas voient leur syndrome psychique de paralysie générale muer en psychoses. Le plus grand nombre de nos sujets, soit 80%, bénéficie considérablement, au point de vue physique, de l'impaludation.

Vingt-cinq mois de recul. Qu'est-il advenu de ces malades ? Nos deux rémissions incomplètes, nos quatre "fixés", nos 3 "transformés" sont toujours là, immuables. Nos onze rémissions complètes courent le monde. Notre collègue, le docteur Plouffe, et nous-même en avons revu 7, qui se portent bien et travaillent. Des quatre autres, pas de nouvelles; donc, présumons-nous, bonnes nouvelles.

55% de rémissions complètes... Pourcentage anormal. Nous l'avions signalé, dans le temps. Certains confrères en neurologie et en psychiâtrie nous en ont depuis fait la remarque. Expliquons-nous.

Une définition préjudicielle s'impose. Rémission complète ne signifie pas *"restitutio ad integrum"*. Quand un homme a subi une intoxication massive de tout son organisme, quand un système, hautement différentié, physiologiquement irréparable, a été largement atteint et par endroits, détruit, il serait présomptueux d'espérer obtenir chez lui, à l'aide de n'importe quelle thérapeutique, une quasi-résurrection. Aussi bien, les paralytiques généraux en rémission complète conservent-ils, hormis de rarissimes exceptions, des stigmates de leur maladie ancienne. Stigmates biologiques, neurologiques et psychiques. Ces sujets demeurent des "diminués", des "fixés", si l'on peut dire, à un niveau mental inférieur à leur niveau prépathologique. Leur puérilisme psychique habituel signe cet amoindrissement. Mais... relativement à il y a deux, trois ou six mois, quelle métamorphose !... Et cela fait très souvent d'un aliéné, d'un étranger à la société, un citoyen passable, apte à subvenir à ses besoins et à ceux de sa famille, un citoyen qui, à tout prendre, ne s'écarte pas tellement de la moyenne.

Des rémissions complètes de ce genre, nous en avons obtenu 55% dans notre première série, alors que le pourcentage mondial oscille autour de 30%. A quoi cela tient-il ? Certainement pas à un diagnostic trop bénévole. Nous ne poussons pas l'indulgence jusqu'à rendre à la liberté, sans raisons suffisantes, des sujets qui, à cause de leur maladie mentale, sont déjà venus en contravention avec la Justice. Pas à la souche paludéenne employée: c'est la même qu'utilisent les autres institutions de Montréal. Au nombre plus considérable des accès thermiques (12, 15 et plus) dont nous affligeons nos malades ? Nous ne le croyons pas. On a signalé des rémissions complètes sans pyrexie. Et la qualité de la rémission n'est pas proportionnelle à la quantité des frissons et des élévations thermiques. Notre technique n'a rien d'original. Nous l'avons décrite précédemment; c'est celle de tout le monde. A l'âge de nos malades ? Nous y reviendrons. Sous ce rapport, nos résultats concordent avec ceux de tous les auteurs. Et alors ? Nous avouons ne trouver que deux explications, l'une particulière à notre catégorie de sujets, l'autre, très générale.

TABLEAU I
PARALYTIQUES GENERAUX INTERNES A L'HOPITAL DE BORDEAUX

	NOMBRE	NON IMPALUDES			DMELCOS	IMPALUDES
		Décédés	Déportés	Vivants		
Du 14 août 1927 au 17 avril 1931.	48	24	2	0	2	20
Du 17 avril 1931 au 1er janv. 1933.	31	3	0	5	0	23
TOTAL	79	27	2	5	2	43

TABLEAU II.
RESULTATS DE LA MALARIATHERAPIE

	Nombre de malades impaludés.	RÉMISSIONS				Non modifiés mentalement		Transformation		Amélioration physique		Décès	
		Complètes		Partielles									
		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Du 14 août 1927 au 17 avril 1931.	20	11	55%	2	10%	4	20%	3	15%	16	80%	0	0%
Du 17 avril 1931 au 1er janv. 1933.	23	9	39%	2	8.7%	11	47.8%	1	4 3%	17	73.9%	3	13%
TOTAL et pourcentage moyen.	43	20	46.5%	4	9.3%	15	34.8%	4	9.3%	33	76.7%	3	6.9%

Dans la méningo-encéphalite diffuse progressive, la période éminemment médico-légale, celle où les malades deviennent inconsciemment délictieux ou criminels, est la période de début. Nous en avons vu un grand nombre à ce stade, sans doute. Cela suffit à donner bonne figure à une statistique. 55% n'a rien de fantastique si l'on se rappelle les 83.8% de rémissions complètes dans 31 cas récents de Gertsmann.

Et puis, une statistique ne saurait être toujours qu'une statistique, c'est-à-dire une moyenne. Cette moyenne, en vertu du calcul des probabilités, enserre la vérité d'autant plus étroitement que le nombre des éléments est plus considérable. Notre première série fut heureuse. Rien ne nous permet d'affirmer qu'il en sera toujours ainsi. Celle que nous allons vous présenter maintenant est déjà moins brillante.

* * *

Au cours des vingt derniers mois, comparativement plus de paralytiques généraux (31) que pendant les 44 mois précédents (48) ont été internés à l'hôpital de Bordeaux. Sur ces 31, 4 seront incessamment impaludés, 23 ont reçu la malaria ; ce qui nous fournit un taux d'impaludation actuel de 74% et potentiel de 87%, de beaucoup supérieur par conséquent à notre 45% de la première période. Trois malades, arrivés chez nous dans un état de marasme physiologique, sont morts. Un dernier est mourant.

L'analyse du tableau 1 nous révèle donc un déchet infime de malades inimpaludables. Cela tient à deux facteurs. En premier lieu, à la santé organique mieux sauvegardée de l'ensemble de nos sujets lors de leur entrée dans le service. Deuxièmement, au fait que nous avons été très large dans l'appréciation des contre-indications. Pour cette maladie inéluctablement fatale, nous nous sommes cru autorisé, les précautions essentielles prises, à tenter l'impossible. Au détriment même de la statistique...

L'étude du deuxième tableau le fait bien voir. Il a trait aux résultats comparés de notre première et de notre seconde série. Dans celle-ci, moins de rémissions complètes (39% en regard de 55%), moins de rémissions partielles (8.7% au lieu de 10%), moins de transformations psychosiques (4.3% — 15%), plus de non-modifiés (47.8% — 20%), moins d'améliorations physiques (73.9% — 80%) ; enfin, nous déplorons 3 décès. Il convient de noter cependant

TABLEAU III.
RESULTATS DE LA MALARIATHERAPIE SUIVANT LES FORMES CLINIQUES

	Nombre de rémissions complètes.		Nombre de rémissions partielles-internes.		Transformation		Non modifiés		Rechute		Décédés		Total
	14/8/27 à 17/4/31	17/4/31 à 1/1/33	14/8/27 à 17/4/31	17/4/31 à 1/1/33	14/8/27 à 17/4/31	17/4/31 à 1/1/33	14/8/27 à 17/4/31	17/4/31 à 1/1/33	14/8/27 à 17/4/31	17/4/31 à 1/1/33	14/8/27 à 17/4/31	17/4/31 à 1/1/33	14/8/27 à 1/1/33
Affaiblissement sans délire.	4	1			1		2	1					9
Forme expansive	5	5	2	2		1	2	5		1		2	25
Forme tabétique	1	1						1				1	4
Forme confuse	0	2			1								3
Forme paranoïde	1				1								2
TOTAL	11	9	2	2	3	1	4	7		1		3	43
	20		4		4		11		1		3		43

que ces trois cas avaient été impaludés presque en désespoir de cause et que nous fûmes forcés d'interrompre précocement le traitement.

Parmi les formes cliniques observées et traitées (tableau III), la forme expansive demeure prédominante. Les rémissions complètes y furent moins fréquentes que dans notre première statistique: 5 cas sur 16. Une transformation psychosique s'y est produite. Deux rémissions incomplètes, une rechute après rémission partielle, cinq malades non modifiés, deux décès constituent le total : 16. Nous n'avons trouvé que deux formes avec affaiblissement sans délire : une rémission complète, une non-modifiée. Sur deux formes confuses, deux sont complètement améliorées. Un décès, une non-modification, une rémission complète chez trois formes tabétiques.

Au tableau IV, la courbe des âges pointe vers le haut manifestement plus que dans notre première série. Comme précédemment, le nombre maximum des sujets traités se classe entre 40 et 45 ans. En dessous de cet âge, nous en avons moins; en dessus, davantage. Cette notion, jointe à celle d'impaludation plus généreuse, explique, pour une part, l'infériorité de cette seconde statistique.

Quant à la survie de nos derniers malades non impaludés, (tableau V), nos constatations présentes se superposent à celles que nous avons antérieurement formulées.

* * *

Pour finir, additionnons nos chiffres. En voici le résultat global. Du 14 août 1927 au 1er janvier 1933, 79 paralytiques généraux sont admis à l'hôpital de Bordeaux: 34 non-impaludés, 2 déportés, 27 morts, 1 mourant, 4 à mettre prochainement sous malaria, 43 déjà inoculés.

Sur ces 43, 20 bénéficient d'une rémission complète (46.5%), 4 d'une rémission partielle (9.3%); 15 (34.8%) n'ont pas été modifiés mentalement; 4 sont transformés en psychoses post-malariques (9.3%). 33 présentent une amélioration physique marquée (76.7%). 3(6.9%) léthalités.

Au chapitre des formes cliniques, sur 9 formes avec affaiblissement sans délire, 5 rémissions complètes, une transformation psychosique, 3 non-modifiées; chez les 25 formes expansives, 10 rémissions complètes, 4 rémissions partielles, une transformation psychosique, 7 non-modifiées, une rechute après rémission incomplète, 2 décès. La forme tabétique nous a fourni 4 cas, dont deux

TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE:

A. — ***AIGUË,***

par les injections intraveineuses de

GONACRINE

Chloro-Méthylate (Neutre) de la Diaminoacridine

en solution à 2 %

B — ***CHRONIQUE et de ses COMPLICATIONS,***

par les injections intramusculaires de

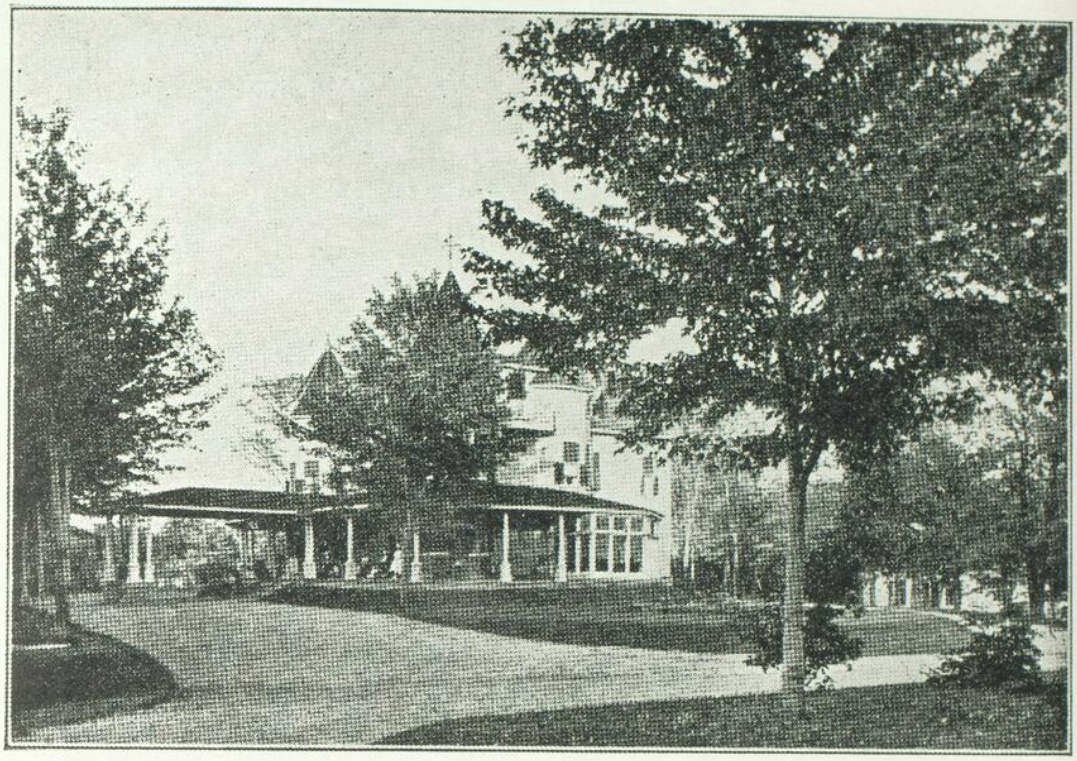
NEO-DMÈGON

Vaccin antigonococcique fluoruré

Littérature franco sur demande

Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Limitée
(Licence Rhône-Poulenc).

Distributeurs au Canada: Rougier Frères, 350, rue Le Moyne, à Montréal.



SANATORIUM PRÉVOST
INCORPORE

CARTIERVILLE, P.Q.

A 30 MINUTES DE MONTREAL

❦ ❦ ❦

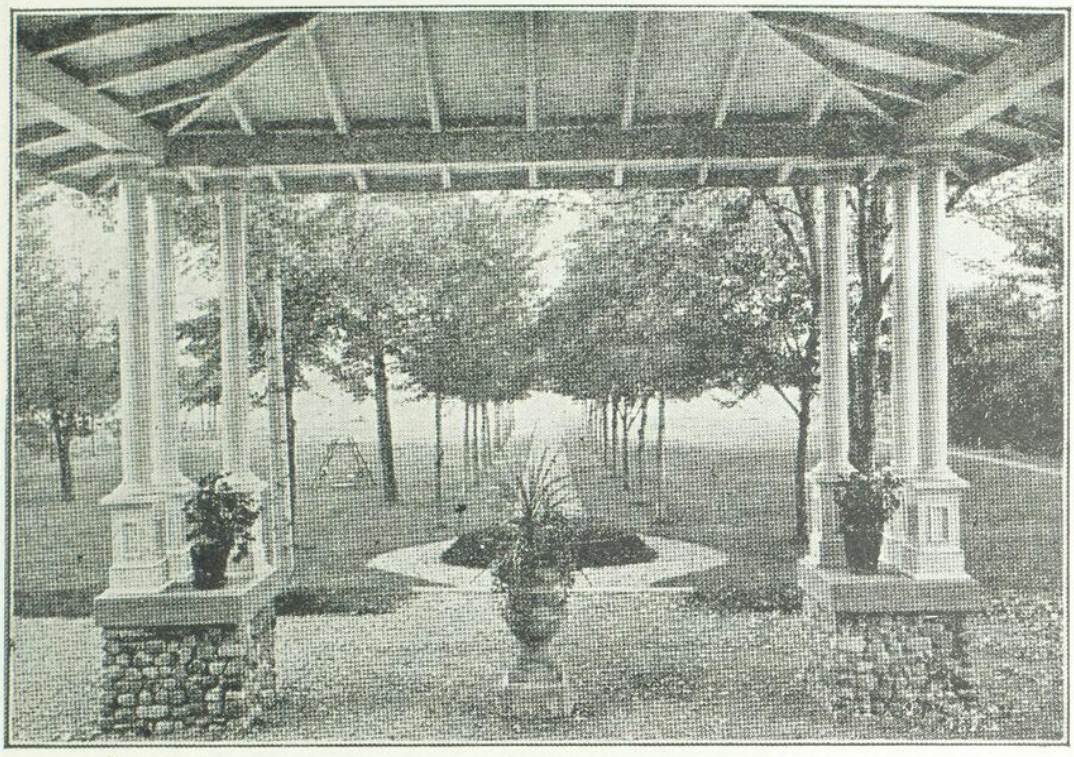
Affections du Système Nerveux

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

❦ ❦ ❦

Pas de maladies mentales ou Contagieuses

Téléphone BYwater 1240



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

Institution fondée par feu
le

DR ALBERT PRÉVOST

Médecin-Directeur:

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

Dr Chas-A. LANGLOIS
Radiologiste
Médecin de l'Hôtel-Dieu

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

Dr R. AMYOT
Neurologiste
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame

Ecole de gardes-malades sous la direction
de
Mademoiselle Charlotte Tassé

PROSPECTUS SUR DEMANDE.

THYVACRINE No 10 C & C

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

INDICATIONS:—

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

NEUROCRINE No 5 C & C

Chaque comprimé représente: Teinture de Valériane 40 gouttes, Surrénale ½ grain, Substance Cérébrale 10 grains, Thymus 3 grains.

INDICATIONS:—

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

DIACRINE No 6 C & C

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

INDICATIONS:—

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

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

Echantillon sur demande.

CASGRAIN & CHARBONNEAU

LIMITEE

28-30, rue St-Paul Est
MONTRÉAL

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

Téléphone:
LAncaster *3292.

TABLEAU IV
REPARTITION SELON L'AGE DES PARALYTIQUES GENERAUX A BORDEAUX

	NON TRAITÉS		IMPALUDES et DMELCOS		REMISSIONS COMPLÈTES	
ANNÉES	14 août 1927 à 17 avril 1931	17 avril 1931 à 1 jan. 1933	14 août 1927 à 17 avril 1931	17 avril 1931 à 1 jan. 1933	14 août 1927 à 17 avril 1931	17 avril 1931 à I jan. 1933
Moins de 20	0		1		0	
20 à 25	0		0		0	
25 à 30	3		4	0	3	
30 à 35	2		3	3	2	2
35 à 40	6		3	3	3	2
40 à 45	7	2	7	9	2	4
45 à 50	3	2	1	5	0	1
50 à 60	5	2	3	3	1	
65 et plus.	0	2				
TOTAL	26 / 34	8	22 / 45	23	11 / 20	9

TABLEAU V
MALADES NON IMPALUDES — SURVIE APRES LEUR ENTREE

MOIS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12 et plus	T.
Du 14 août 1927 à 17 avril 1931	9	3	4	3	0	0	0	1	1	0	0	3	24
Du 17 avril 1931 à 1er janvier 1933		1	1				1						3
TOTAL	9	4	5	3	0	0	1	1	1	0	0	3	27

N. B.—2 malades seront impaludés incessamment, deux plus tard, un est mourant.

rémissions complètes, une non-modifiée, une mort. Dans la forme paranoïde, une rémission complète, une transformation psychosique. Deux rémissions complètes, une transformation pour la forme confuse. En résumé, les rémissions complètes, suivant les formes cliniques, se répartissent comme suit: affaiblissement sans délire 55%, expansive 40%, tabétique 50%, confuse 66.6%.

Enfin, la survie insignifiante des paralytiques généraux laissés à eux-mêmes illustre (tableau V) la progressivité et l'inexorabilité de cette maladie.

Résumé et conclusions.

1.—Il est présomptueux d'espérer obtenir chez les paralytiques généraux impaludés une "restitutio ad integrum". On qualifie habituellement de rémission complète chez ces sujets un retour stable à la sociabilité familiale et professionnelle.

2.—Après 25 mois de recul, nos rémissions complètes précédemment rapportées se maintiennent, en autant que nous puissions en juger.

3.—Chez nos malades qui avaient peu, pas ou mal réagi à la malariathérapie, la survie demeure indéfiniment prolongée. Et cela pose un problème d'assistance psychiâtrique, qui ne manque pas d'intérêt et d'importance. D'autant plus que nos réimpaludations, sur lesquelles nous aurons bientôt l'occasion de revenir, n'ont pas encore produit de bénéfices appréciables.

4.—Dans une seconde statistique, nous rapportons, sur 31 paralytiques généraux, entrés à l'hôpital du 17 avril 1931 au 1er janvier 1933, 23 impaludations avec 9 malades en rémission complète (39%), 2 en rémission partielle (8.7%), 11 non modifiés (47.8%), une transformation psychosique (4.3%), 17 améliorations physiques (73.9%) et 3 décès (13%).

5.—En totalisant les chiffres de nos deux statistiques, nous obtenons sur 43 malarisations, 20 rémissions complètes (46.5%), 4 partielles (9.3%), 15 non-modifications mentales (34.8%), 4 transformations psychosiques (9.3%), 33 améliorations physiques (76.7%), 3 décès (6.9%).

6.—Le tableau III ci-joint indique l'évolution des différentes formes cliniques de la paralysie générale sous l'influence de la malariathérapie. Il appert que toutes, à peu de variations près, sont également sensibles à l'impaludation.

7.—Il semble ressortir de nos observations que, dans la méningo-encéphalite diffuse progressive acquise, les rémissions post-malariques sont, en nombre et en qualité, toutes choses égales d'ailleurs, inversement proportionnelles à l'âge des sujets impaludés.

8.—Ajoutons que, à notre avis, l'excellence de notre statistique personnelle tient à ce qu'un grand nombre de nos sujets sont traités aux environs du stade médico-légal de leur maladie, c'est-à-dire assez près du début psychique apparent. D'où découlent en conclusion particulière l'importance de l'examen mental et neurologique des prévenus et des condamnés, et en thèse générale, la nécessité et l'urgence de soigner au plus tôt les paralytiques généraux et les candidats à la méningo-encéphalite diffuse progressive. Or, en matière de traitement en ce domaine, nous ne sachions pas qu'il existe à l'heure actuelle une technique supérieure ou égale à la malariathérapie.

BIBLIOGRAPHIE

1.—La malariathérapie à l'hôpital de Bordeaux: Union médicale du Canada, décembre 1931, v. g. Bibliographie générale à la fin de cet article. En plus.

2.—Transformations psychosiques du syndrome mental chez des paralytiques généraux malarisés. Union Médicale du Canada, février 1932.

3.—Drs Desrochers et Samson. La malariathérapie de la paralysie générale. On peut se procurer ce tract en s'adressant à M. le Dr A.-H. Desloges, 515 rue St-Gabriel, Montréal.

4.—R. Leroy et G. Medakovitch. Paralysie générale et malariathérapie. 1 vol., Drouin et Cie, éditeurs, Paris 1931.

5.—Hygiène mentale et criminalité. La Revue du Droit, juin 1932.

RECUEIL DE FAITS

LEUCÉMIE MYÉLOIDE RÉCIDIVE et RADIOTHÉRAPIE

Pr. Albert LeSAGE
MM. Bachand et Belisle, internes

La leucémie myéloïde récidive fréquemment. Chaque fois, nous remarquons que la sensibilité aux rayons X s'émousse car ces malades exigent des doses de plus en plus élevées pour obtenir un résultat satisfaisant, jusqu'à ce qu'enfin la maladie prenne une allure accélérée pour aboutir à une fin rapide.

Nous publions aujourd'hui une seconde observation qui s'ajoute à celle que nous avons publiée déjà en 1930.*

Il s'agit d'une récidive chez une malade admise dans notre service le 18 janvier 1933. Nous avions déjà traité cette patiente en 1932, de janvier à mars, pour la même maladie. Malgré la gravité des symptômes et une impressionnante splénomégalie, la radiothérapie a rapidement arrêté l'évolution de la maladie en agissant très favorablement sur les organes hématopoiétiques.

Cette observation n'a d'autre but que celui de démontrer, à part l'action indiscutable du traitement, l'impérieuse obligation de suivre attentivement ces malades et de pratiquer des analyses plus ou moins fréquentes du sang afin de saisir dès leur apparition les moindres signes d'une récidive possible et d'en prévenir ainsi l'évolution silencieuse souvent mortelle.

Observation: Madame Ovila B... se présente dans notre service de médecine le 4 janvier 1932 pour des douleurs dans l'hypocondre et le flanc gauches, causées, dit-elle, par une masse qu'elle perçoit depuis quelque temps sous son rebord costal gauche. La maladie a débuté environ quatre mois

* Voir *Union Médicale du Canada*, novembre 1930.

auparavant par de l'œdème du membre inférieur gauche; cet œdème a duré deux semaines. Elle remarque de jour en jour une tumeur abdominale dont le volume augmente peu à peu. Elle se sent lasse, elle fait de la dyspnée; elle a maigri de cinquante livres depuis le début de ses troubles. L'interrogatoire ne révèle aucune hémorragie. Elle a 57 ans et elle est ménopausée depuis quelques années.

Dans ses antécédents, on ne relève qu'un ictère qui a duré un mois à l'âge de dix-huit ans. Rien de particulier au point de vue gynécologique.

A l'examen, nous constatons que la malade est pâle et semble amaigrie. Légère exophtalmie, pupilles égales à réflexes normaux. L'acuité auditive est très diminuée.

La langue est très fissurée. Pas de ganglions cervicaux, thyroïde normale. On note des taches purpuriques sur la face postérieure du thorax. Le cœur semble de volume à peu près normal; arythmie par extrasystoles.

L'abdomen est globuleux, surtout du côté gauche. Eventration ombilicale. La palpation révèle une masse dure, lisse, régulière et douloureuse dans l'hypocondre gauche avec encoche près de la ligne médiane. Le foie est augmenté de volume et palpable. On note sur la paroi abdominale des taches purpuriques et des varicosités. Rien de particulier pour le reste de l'examen.

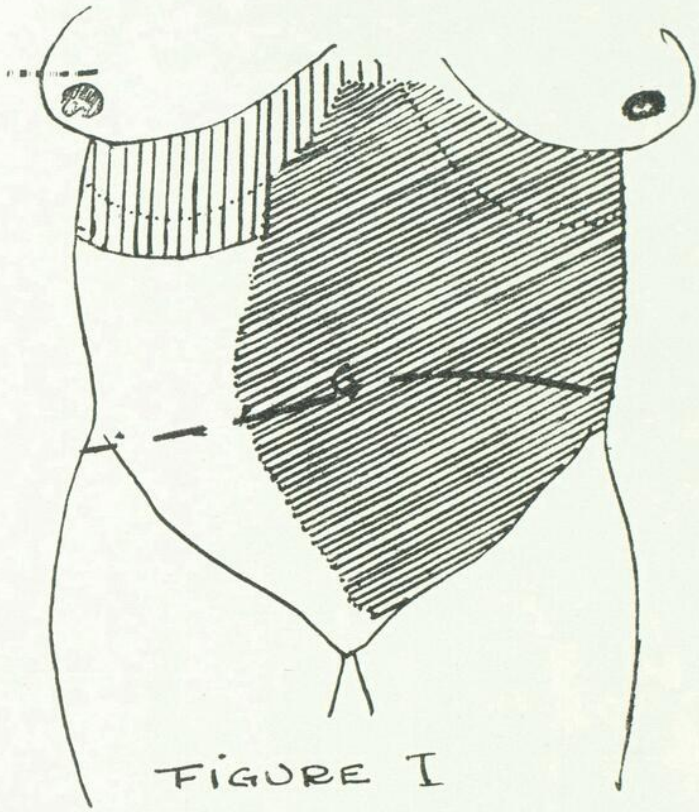
Nous publions ci-dessous quelques chiffres intéressants à cette époque concernant la formule sanguine et le résultat du traitement par la radiothérapie.

Date	Gl. B.	Gl. R. 1000	Myélos. %	Radioth. Un. R	Pds.	Remarques
1932						
Jan. 8	480000	3.360.	35	500	147	Asthénie, amaigrissement
— 11	395390	8.360.	35	500		
— 14	260450	3.320.	27	500	145	Rate énorme.
— 18	—	—	—	500	—	
— 22	325000	3.600.	28	500		
— 29	262500	3.300.	30	500	147	
Fév. 1	212495	3.300.	20	500		
— 5	165625	3.280.	23	500	146	
— 9	215620	3.280.	18	500		
— 12	225000	4.000.	20	500	145	
— 19	195000	4.400.	22	500		
— 26	—	—	—	500	—	
Mar. 4	—	—	—	500	142	Rate diminuée en largeur.
— 11	134375	2.680.	21	500	—	
— 18	96875	3.540.	12	500	146	La patiente se sent plus forte.
— 20	135950	3.840.	15	500		
— 25.	—	—	—	500	145	
— 28	71375	3.840.	7	500		

Congé; état général amélioré. La rate descend encore plus bas que les crêtes iliaques.

17 janvier 1933.

La patiente revient à l'hôpital après un congé de huit mois chez elle. Elle a fait une grippe il y a 15 jours; depuis, sa rate a augmenté de volume et comprime les organes voisins. Elle a des selles décolorées, des nausées, des vomissements. Elle est dans un état d'asthénie profonde. Le cœur est en arythmie; quelques râles à la base gauche.



La rate à son entrée.(1)

La rate est énorme; elle descend jusqu'au pubis et envahit toute la région lombaire gauche; l'organe est basculé et l'encoche est en position verticale au niveau de l'ombilic. Le foie descend très bas et semble repoussé par la rate.

(1) Ces deux dessins ont été exécutés d'après nature par M. Bélisle, interne.

FORMULES SANGUINES

18 janvier 1933:

	Sang analysé	Sang normal
Globules rouges	3520000	4500000 à 5000000 par m.m.
Globules blancs	342000	6000 à 9000 "
Hémoglobine	70%	80 à 100% "
Valeur globulaire . . .	1	Tend à l'unité

Formules leucocytaires.	Sang analysé	Sang normal
Polynucléaires neutrophiles . . .	55%	65 à 70%
Grands mononucléaires	4%	2 à 6%
Lymphocytes (petits et moyens mononucléaires)	—	25 à 28%
Polynucléaires éosinophiles . . .	3%	1 à 2%

Anisocytose (microcytes et mégalocytes): positive.
Poïkilocytose (déformation globulaire): positive.
Hématies nucléées: oui.
Myélocytes: 38%.

La professeur Laquerrière commence aussitôt le traitement par la radiothérapie.

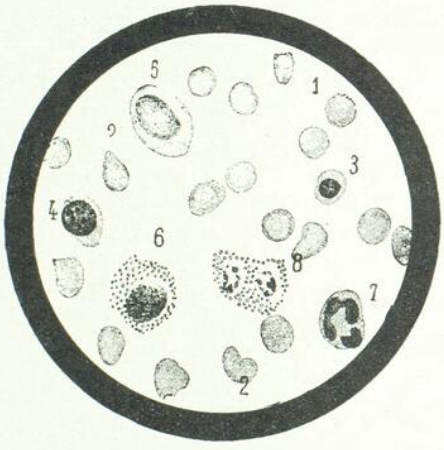


Fig. I — Sang de leucémie myéloïde.

1) globule rouge normal
2) globules déformés (poïkilocytes)
3-4) globules rouges nucléés
5) mononucléaire normal
6) myélocyte éosinophile
7) polynucléaire neutrophile
8) polynucléaire éosinophile.

2 février 1933:

Globules rouges	3880000
Globules blancs	90000
Hémoglobine	70%
Valeur globulaire	0.9
Formules leucocytaires:	
Polynucléaires neutrophiles	71%
Grands mononucléaires	3%
Lymphocytes (petits et moyens mononucléaires)	1%
Polynucléaires éosinophiles	1%

Myélocytes: 24% — neutrophiles surtout.

Les globules blancs ont fait une chute rapide en quelques jours.

22 février 1933:

Globules rouges	4000000
Globules blancs	19000
Hémoglobine	68%
Valeur globulaire	0.8
Formules leucocytaires:	
Polynucléaires neutrophiles	86%
Grands mononucléaires	4%
Lymphocytes (petits et moyens mononucléaires)	2%
Polynucléaires éosinophiles	1%
Myélocytes	7%

6 mars 1933:

Globules rouges	4200000
Globules blancs	5000
Hémoglobine	65%
Valeur globulaire	0.8
Formules leucocytaires:	
Polynucléaires neutrophiles	77%
Grands mononucléaires	11%
Lymphocytes (petits et moyens mononucléaires)	11%
Polynucléaires éosinophiles	1%

Anisocytose (microcytes et mégalocytes): oui.

Poïkilocytose (déformation globulaire): légère.

Hématies nucléées: oui.

Myélocytes: rares basophiles.

24 mars 1933:

Globules rouges	4100000
Globules blancs	6000
Hémoglobine	60%
Valeur globulaire	0.7
Formules leucocytaires:	
Polynucléaires neutrophiles	64%
Grands mononucléaires	4%
Lymphocytes (petits et moyens mononucléaires)	30%
Polynucléaires éosinophiles	2%

Poïkilocytose (déformation globulaire): légère.

Hématies nucléées: non.

Globulins: 200,000.

Myélocytes: rares.

Date	Gl. B.	Gl. R. 1000	Myélos. %	Radioth. Un. R	Pds.	Remarques
1933						
Jan. 18	342000	3.520.	38	1000	137	Rate immense.
— 19	—	—	—	500	—	Lipothymie.
— 21	—	—	—	1000	—	
— 23	—	—	—	500	—	
— 27	90000	3.880.	24	1000		
Fév. 1	—	—	—	500	135	
— 6	71000	4.000.	21	500		
— 9	—	—	—	1000	134	Rate sensiblement diminuée.
— 23	19000	4.000.	7	1000		
— 24	—	—	—	1000	130	Etat général amélioré.
Mar. 6	5000	4.200.	?	1000		
— 24	6000	4.100.	?	—	132	Rate très diminuée. Etat général bon.

COMMENTAIRES: La présence des principaux symptômes, à savoir: anémie, hypertrophie du foie, énorme splénomégalie, augmentation excessive des globules blancs, absence d'adénopathie, présence de myélocytes éosinophiles, neutrophiles et basophiles accompagnés de globules rouges nucléés et déformés, nous autorisait à porter le diagnostic de *leucémie myéloïde.*

Le traitement durant le premier séjour qu'elle fit à l'hôpital en 1932 commença le 8 janvier. En consultant le premier tableau ci-dessus, nous pouvons suivre la décroissance lente des globules blancs durant les trois mois qu'elle a séjourné dans notre service; ils ont passé du chiffre de 480, à 71.375.

La malade, à cette époque, quittait l'hôpital, très améliorée; nous avions pris le soin de lui recommander de revenir nous voir de temps en temps, afin de suivre l'évolution de sa maladie. Malheureusement, elle négligea complètement de suivre nos avis.

Le 18 janvier 1933, elle demandait de nouveau son admission. Nous constatons une récidive nettement accusée: 342,000 globules blancs et une rate énorme, dont nous publions le graphique.

Elle fut soumise immédiatement à la radiothérapie, à des doses doubles de celles qu'elle avait reçues l'année précédente. Au bout de 10 jours, les globules blancs atteignaient le chiffre de 90,000 pour arriver au chiffre de 6,000, le 24 mars, c'est-à-dire deux mois après son admission. La rate avait diminué des deux-tiers.

En quittant l'hôpital, nous avons prescrit à cette malade le benzoate benzyl à 20% à la dose de 60 gouttes par jour. Ce médi-

cament exerce une action leucolytique sur les globules blancs. Nous devrons donc exercer une surveillance non moins étroite afin de cesser la médication avant l'apparition éventuelle de la leucopémie benzolique.

Elle devra se rapporter fréquemment. Malgré l'action favorable du traitement, son anémie est encore très prononcée et la récidive

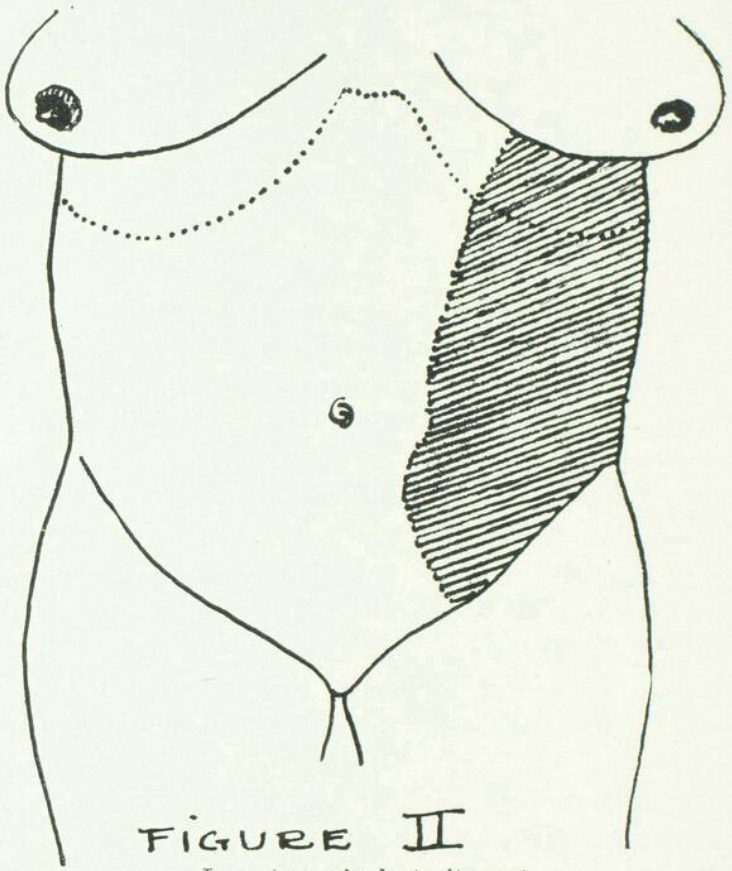


FIGURE II

La rate après le traitement.

est certaine, car la rate est encore augmentée de volume ; nous craignons même qu'une seconde récidive aboutisse à une fin rapide.

C'est un fait d'observation pur et simple où les longs commentaires sont inutiles en présence des formules sanguines et du résultat de la radiothérapie. Seule dans ces cas l'évolution intéresse le médecin. La malade dont j'ai rapporté l'observation en 1930 n'a pas encore récidivé. Elle est plus jeune que celle-ci.

ÉPINGLE DE SÛRETÉ OUVERTE DANS L'ESTOMAC D'UN ENFANT. PASSAGE PAR LES VOIES NATURELLES. RÉFLEXIONS.

Par J. N. ROY, F.A.C.S.,
Professeur à l'Université de Montréal,
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame,
Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris.

Observation.—Le 23 avril 1932, M. P. F. vient nous consulter pour un bébé d'un an, qui a avalé le jour même une épingle de sûreté. D'après l'histoire qu'il raconte, cette épingle doit être ouverte, car en présence des symptômes de suffocation que manifestait l'enfant, lors de la déglutition de ce corps étranger, la bonne se piqua le doigt en voulant l'extraire. Quelques instants plus tard, le bébé fit des efforts de vomissement qui ramenèrent une sécrétion muco-sanguinolente, et ensuite le calme se rétablit.

A l'examen de la gorge de ce petit malade rachitique, dont l'accouchement avait eu lieu à sept mois, nous observons une irritation diffuse de toute la muqueuse pharyngée, sans toutefois trouver de déchirures. Au moyen de l'abaisse-langue d'Escat et du miroir laryngé, nous faisons la même constatation dans l'hypo-pharynx.

Vu ces faits, nous expliquons au père la nécessité urgente de recourir aux rayons X pour localiser le corps étranger, et le dirigeons immédiatement à l'hôpital Notre-Dame. Une heure plus tard, le Dr Léonard nous fournissait le rapport suivant :

Radioscopie.

"Il y a présence d'une épingle de sûreté dans la région de l'estomac."

Radiographie.

"L'épingle de sûreté est ouverte, et paraît être en voie de franchir le pylore, ressort en tête."

Après ces renseignements nous disons à notre client fort inquiet, revenu au bureau, qu'il valait peut-être mieux que ce corps étranger fût dans l'estomac que dans l'œsophage. Nous savons, en effet, que les épingles de sûreté ouvertes pointe en haut dans le tube œsophagien, présentent toujours une certaine gravité, tel que nous l'avons déjà exposé dans deux communications antérieures.(1) Comme traitement nous conseillons de faire prendre

(1) J. N. Roy.—Epingle de sûreté ouverte, pointe en haut, dans l'œsophage d'un nourrisson. Oesophagoscopie. Ablation. *L'Union Médicale du Canada*, sept. 1922.

—— Second cas d'épingle de sûreté ouverte, pointe en haut, dans l'œsophage d'un nourrisson. Oesophagoscopie. Ablation. *Archives Internationales de Laryngologie, Otologie, Rhinologie et Broncho-Oesophagoscopie.* Paris, avril 1927.

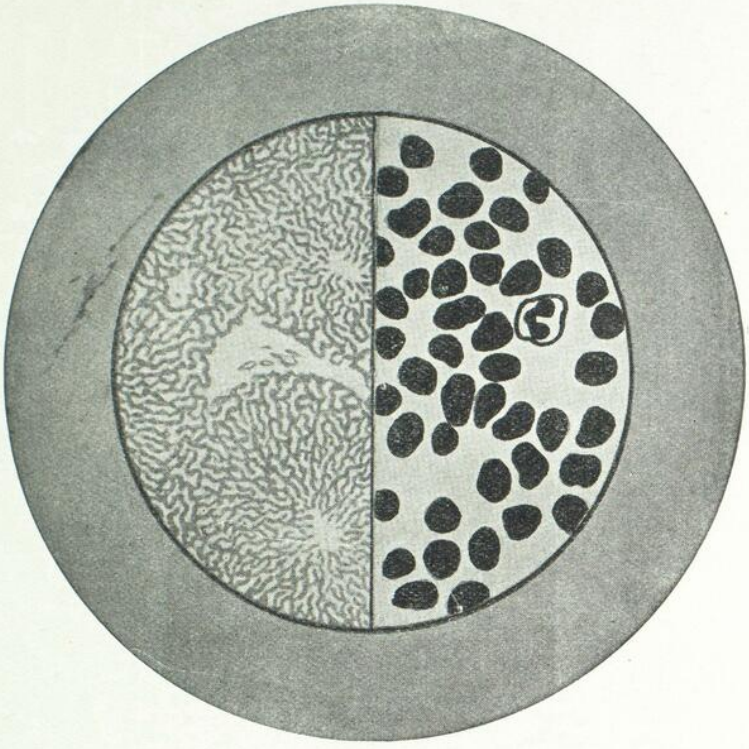
à l'enfant une purée de pommes de terre mélangée à du coton absorbant bien effiloché. Aussi la famille vit-elle son anxiété disparaître lorsque le matin suivant, vers dix heures, l'épingle fut expulsée sans autre incident, — et depuis lors aucune complication n'est survenue. Cette épingle était entièrement enveloppée par le coton. Elle mesurait deux centimètres de longueur, sur quatorze millimètres de largeur dans son plus grand diamètre, lorsqu'elle était ouverte.

Quelle leçon peut-il se dégager de ce tout petit fait qui, au premier abord, pourrait *peut-être* sembler banal ? Cependant, le problème de la déglutition d'un corps étranger quelconque n'est pas toujours aussi simple que celui-ci, — comme nous allons maintenant l'exposer. Que doit faire le médecin en présence d'un tel accident ? L'histoire du malade étant racontée, il faut qu'il examine immédiatement le pharynx et l'hypo-pharynx. Cet examen lui permet de se rendre compte de l'état de la muqueuse, et s'il peut se servir du miroir laryngé, il voit non seulement le larynx, mais aussi toute sa région environnante. Il arrive parfois qu'un petit corps étranger se loge dans le sinus piriforme, la valécule, ou à la base de la langue, et alors il est possible de l'extraire sans craindre de complications. Dans ces cas, la douleur accusée est pratiquement la même que si le corps étranger se trouvait dans la bouche œsophagienne.

Si au contraire celui-ci, de volume plus considérable, a été aspiré, et qu'il est retenu par les cordes vocales, en présence des symptômes alarmants de suffocation, on doit sans retard recourir à la trachéotomie. Ce serait sortir de notre sujet en insistant davantage; d'ailleurs, dans un travail récent, nous avons déjà traité entièrement cette question.(1)

Nous allons maintenant supposer qu'un corps étranger a été dégluti. Après cet accident, nous dirons qu'il est absurde de faire avaler au malade des croûtes de pain. En effet, ces croûtes sont impuissantes à faire descendre dans l'estomac un corps étranger de l'œsophage, retenu par des spasmes, ou en voie de pénétration dans la muqueuse s'il est pointu. Agir de la sorte serait compliquer la marche à suivre pour l'avenir. Il faut alors demander un examen aux rayons X pour s'assurer de sa localisation. Généralement, à première vue, avec une simple radioscopie, le radiologiste peut nous renseigner; dans certains cas cependant, il doit recourir à la radio-

(1) J. N. Roy.—Corps étranger laryngo-trachéal. Trachéotomie. Ablation. *Les Annales d'Oto-Laryngologie.* Paris, avril 1932.



MÉTHODE DE WHIPPLE

(TECHNIQUE DE MINOT & MURPHY)

HEPATHEMO

Extrait hépatique concentré hydrosoluble de Bovidés jeunes

Fer globulaire (Hémoglobine)

Deux présentations { *Sirop* / *Ampoules buvables*

Saveur agréable

ANÉMIES GRAVES **SYNDROMES ANÉMIQUES**

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

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

SPÉCIALITÉS A. BAILLY

15 & 17, Rue de Rome, PARIS (8e)

DÉNOMINATION	COMPOSITION	INDICATIONS	MODE D'EMPLOI
FORXOL (Solution)	Acide glycéro-phosphorique. Nucléinates de Manganèse et de Fer. Méthylarsinates de soude et potasse.	États de dépression. Faiblesse générale. Troubles de croissance et de formation. Neurasthénie. Anémie. Débilité sénile. Convalescences.	*Une à deux cuillerées à café, suivant l'âge, au milieu des deux principaux repas, dans un peu d'eau, de vin ou un liquide quelconque.*
MÉNATOL (Dragées)	Ovarine. Hydrastis. Hamamelis. Capsicum. Rhamnus. Viburnum. Genista. Marron d'Inde.	Aménorrhée. Dysménorrhée. Métrites. Salpingites. Ovarites. Troubles de la Ménopause.	*Deux à six dragées par jour, au début des repas.*
OPOBYL (Dragées)	Extrait hépatique. Sels biliaires. Boldo et Combretum.	Hépatites. Ictères. Cholécystites. Lithiase biliaire. Entérocolites. Constipation chronique. Dyspepsie gastro-intestinale.	*Une à deux dragées après les repas.*
PULMOSERUM (Solution)	Phospho-Gaïacolate de Chaux, de Soude et de Codéine.	Toux catarrhale. Laryngites. Bronchites. Congestions pulmonaires. Séquelles de Coqueluche et Rougeole. Bacillose.	*Une cuillerée à café, matin et soir au milieu des repas, dans un peu d'eau.*
PHAGURYL (Dragées)	Santalol β, Cédrol. Térébenthinol. Salicylate de Phényle. Lupuline. Formine.	Blennorragie. Rétrécissements. Urétrites. Cystites. Prostatites.	*Six à douze dragées par 24 heures.*
QUERGÉMOL (Dragées)	Cérébrine. Splénine. Bromhydrate de Quinine. Méthylarsinate disodique. Nucléinate de Manganèse.	Infection paludéenne. Paludisme chronique. Anémie palustre.	*Adultes: Deux à quatre dragées par jour, au début de chaque repas.*
THEÏNOL (Élixir)	Théine en combinaison salicylique. Salicylate d'Antipyrine.	Migraines. Névralgies. Douleurs rhumatoïdes. Crises gastro-intestinales. Dysménorrhée.	*Deux cuillerées à dessert à 1 heure d'intervalle l'une de l'autre.*
UROPHILE (Granulé Effervescent)	Hexaméthylène Tétramine. Lithine en combinaison benzoïque. Acide Thyminique.	Diabète arthritique. Goutte aiguë et chronique. Gravelle urique. Lithiase biliaire. Rhumatismes. Cystites.	*Une cuillerée à soupe, dans un peu d'eau, deux fois par jour, entre les repas.*

ECHANTILLONS & BROCHURES SUR DEMANDE

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

graphie. En faisant avaler d'abord une bouillie de bismuth, ou encore mieux une bouillie de barium, et ensuite un cachet contenant une de ces deux substances, il peut dire si la cavité œsophagienne est normale, si elle renferme un corps étranger, ou encore si celui-ci une fois arrivé dans l'estomac, a produit, lors de son passage, une érosion de la muqueuse qui amène des spasmes. Même si la nature d'un corps étranger de l'œsophage n'est pas susceptible d'être décelée par les rayons X, il est toutefois possible de pouvoir en reconnaître la présence, en se servant des cachets de bismuth ou de barium.

Admettant que ce corps étranger existe, ou encore, dans certains cas exceptionnels, qu'il y ait un doute, il faut immédiatement ensuite recourir à l'œsophagoscopie pour en faire l'extraction, ou se renseigner avec certitude. L'ablation d'un os, d'une petite prothèse dentaire avec crochets, ou de toutes autres substances pointues, implantées dans la muqueuse œsophagienne, est très difficile à pratiquer, et expose toujours le patient à de graves dangers. En effet, il se produit, dans certaines circonstances, des déchirures qui, une fois infectées, amènent une œsophagite, pouvant se compliquer de médiastinite suppurée, toujours mortelle. Aussi le chirurgien doit s'inspirer de son expérience personnelle, et dans les cas où l'extraction par les voies naturelles semble être trop périlleuse, il lui reste en dernier lieu la ressource de faire une œsophagotomie externe.

C'est un de nos malades très joyeux, qui avait avalé un petit clou, en mangeant un morceau de tarte, dans un restaurant non choisi, à 3 heures du matin !..., il se développa dans la suite un phlegmon de l'œsophage que nous avons dû inciser sous le contrôle de l'œsophagoscope. Ce corps étranger fut rejeté normalement le jour qui suivit sa déglutition, — et le patient guérit après son opération.

Nous rappellerons ce que nous avons déjà exposé en détail dans des travaux antérieurs sur la pathologie de l'œsophage,[1] qu'en présence d'un trouble quelconque de cet organe, un examen aux

(1) J. N. Roy.—De la nécessité de l'œsophagoscopie pour le diagnostic et le traitement des affections de l'œsophage. *L'Union Médicale du Canada*, fév. 1919.

—— Phlegmon de l'œsophage incisé sous le contrôle de l'œsophagoscope. Guérison. *L'Union Médicale du Canada*, janv. 1920.

—— Un cas d'œsophagotomie externe pour corps étranger de l'œsophage. Ablation. Guérison. *Revue hebdomadaire de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie.* Bordeaux, nov. 1930.

—— Un cas d'aiguille dans la région cervicale tolérée pendant cinq mois. *Archives Internationales de Laryngologie, Otologie, Rhinologie et Broncho-Oesophagoscopie.* Paris, déc. 1926.

rayons X doit d'abord être fait. Ensuite, s'il est jugé nécessaire, on doit procéder à l'œsophagoscopie.

Tous les corps étrangers, *sans exception,* doivent être enlevés sous le contrôle de la vue, et depuis trente-cinq ans environ, c'est-à-dire la pratique courante de la méthode endoscopique, il n'est plus scientifiquement permis de se servir du crochet de Kirmisson ou du panier de de Graefe pour les extraire.

Même dans les cas de rétrécissement probable de l'œsophage, on ne doit plus faire usage à l'aveugle de la boule olivaire, ou de la sonde dilatatrice. Ces données sont tellement logiques qu'elles doivent maintenant être considérées comme principes.

Lorsqu'un corps étranger, diagnostiqué par la radiographie, se trouve dans l'estomac, le médecin doit agir suivant la nature de la substance déglutie, la tolérance probable de cet organe à son égard, et les symptômes observés. D'une manière générale nous dirons que lorsqu'un corps étranger a franchi le cardia, il est presque toujours rejeté spontanément par les voies naturelles. Afin d'atteindre ce but, on doit s'aider, dans certaines circonstances, du traitement classique qui consiste à faire prendre une purée de pommes de terre, de pois, de haricots, de lentilles, ou autres féculents, mélangée à du coton absorbant. Dans ce cas, l'ouate a pour propriété de l'englober directement, et par le fait même de faciliter son expulsion, tout en protégeant la muqueuse stomacale et intestinale.

Si nous parcourons maintenant la littérature médicale se rapportant aux corps étrangers de l'estomac, nous voyons qu'elle est très instructive, et qu'elle renferme même des choses étranges. En effet, pour ne mentionner entr'autres que trois exemples, nous rappellerons que Vandivert et Mills, du State Hospital No. 2, St. Joseph, Mo., Etats-Unis, relatent l'observation d'un fou, mort de néphrite qui, à l'autopsie, avait 1446 corps étrangers de toutes sortes dans l'estomac.

Poulet parle d'un Anglais aliéné dont la cavité stomacale contenait 1841 corps étrangers, dont 1,000 clous de souliers.

Et enfin, Hashimoto, cité par Jalaguier, retira de l'estomac d'un homme de 49 ans, une brosse à dents qui avait séjourné plus de 14 ans dans cette cavité. Pendant ce laps de temps il y eut, pour toutes complications, à quelques années d'intervalle, deux fistules gastriques qui s'ouvrirent à la paroi abdominale.

Dans le but d'orienter le traitement, la majorité des auteurs divisent les corps étrangers de l'estomac en trois classes, à savoir :

1° *Les corps étrangers de petit volume sans aspérités, tels les billes, les dés, les sous, les jetons, et autres substances de ce genre.* Pour cette variété d'objets, il est conseillé de ne rien faire, car ceux-ci sont généralement éliminés spontanément par les voies naturelles. Si les purées ne sont même pas indiquées pour faciliter leur passage, il faut surtout se garder de prescrire des vomitifs ou des purgatifs, — et cette dernière recommandation s'applique pour tous les corps étrangers de l'œsophage, de l'estomac et de l'intestin.

2° *Corps étrangers pointus, ou présentant des arêtes tranchantes, de petit volume.* Comme dans ces cas, ce sont les pointes, et la partie coupante de l'objet qui constituent le danger, et non le volume, il est cette fois d'usage de faire prendre des purées de pommes de terre, ou autres, mélangées à du coton absorbant bien effiloché. Si le déplacement et le rejet du corps étranger, contrôlés par les rayons X, ne s'effectuent pas dans un temps raisonnable, si sa nature est susceptible de produire rapidement une irritation de l'estomac, ou enfin, si le malade présente déjà des symptômes alarmants, il faut alors sans tarder recourir à la gastrotomie.

3° *Corps étrangers volumineux.* Parfois il arrive qu'un gros corps étranger puisse, à la palpation, être perçu dans l'estomac. Cependant la radioscopie permet de nous renseigner d'une manière parfaite, et s'il est trop volumineux pour franchir le pylore, on doit en faire l'ablation au moyen de la gastrotomie. Il est même sage de ne pas trop attendre, car l'observation a démontré que tôt ou tard il se forme des complications qui peuvent devenir graves. En effet, le corps étranger provoque au début une érosion mécanique de la muqueuse de l'estomac, qui évolue ensuite vers l'ulcération. Et à son tour, cette ulcération peut aboutir à la perforation de la paroi stomacale et abdominale. Avec l'asepsie, la gastrotomie est maintenant considérée comme étant une opération bénigne, et la majorité des auteurs conseillent de faire l'incision de l'abdomen sur la ligne médiane, de préférence au triangle de Labbé.

Depuis quelques années, grâce surtout aux remarquables travaux de Chevalier Jackson, de Philadelphie, nous pouvons, avec la méthode endoscopique, non seulement voir la muqueuse de l'estomac et les lésions de sa paroi, prélever des sécrétions ou pratiquer une biopsie, mais également faire l'extraction de certains corps étrangers. Notre très habile confrère américain relate entr'autres deux observations fort intéressantes.(1) Dans le premier cas il s'agit d'un nourrisson

(1) Jackson Chevalier.—Bronchoscopy and Esophagoscopy. Text-Book. *W. B. Saunders, Editor, Philadelphia.* 1927. Page 375-376.

de onze mois qui avait avalé une épingle de sûreté ouverte. Celle-ci, descendue directement dans la cavité stomacale, s'engagea dans le pylore. Toutefois, la branche de la tête passa dans le duodénum, mais la branche de la pointe demeura dans l'estomac. Le ressort de cette épingle se trouvait donc à cheval sur l'anneau pylorique. Après avoir été surveillée pendant quelques jours, avec les rayons X, elle fut extraite par la bouche, sous le contrôle de la vue, au moyen de la gastroscopie.

La seconde observation se rapporte à la déglutition du bouchon métallique d'un tube de pâte dentifrice qui se trouvait dans l'estomac depuis environ deux ans. Chez ce malade, des études à la radioscopie ayant démontré que le pylore était rétréci, — ce qui empêchait le corps étranger de passer dans l'intestin — ce bouchon fut enlevé par la gastroscopie, d'après la même technique que celle employée dans le cas précédent.

Enfin, lorsqu'un corps étranger a franchi le pylore, il faut tous les jours se servir des rayons X pour le surveiller, et se rendre compte de son déplacement. D'après Chevalier Jackson, si un corps étranger demeure cinq jours sans bouger dans le même endroit, il faut pratiquer immédiatement ensuite la laparotomie pour l'extraire. Sinon une perforation de l'intestin se produira sûrement avec ses graves dangers de péritonite. Pour faciliter son expulsion, on peut ordonner des féculents en grande abondance, mais il faut surtout bien se garder de prescrire des purgatifs.

Comme nous avons pu le voir, si la déglutition d'un corps étranger n'offre, dans certaines circonstances, aucune cause d'ennui, dans d'autres au contraire, la vie du malade est fortement menacée. Aussi en présence d'un cas sérieux, le médecin doit s'inspirer des renseignements fournis par les rayons X, et diriger son traitement d'après les faits, et son expérience personnelle. En résumé, nous dirons que les corps étrangers de l'œsophage doivent être enlevés sous le contrôle de la vue, au moyen de l'œsophagoscope. Toutefois, dans certains cas exceptionnels, on peut recourir à l'œsophagotomie externe.

Quant aux corps étrangers de l'estomac qui ne peuvent franchir le pylore, il est possible d'en extraire quelques-uns par la gastroscopie. Pour les autres, après une attente raisonnable, il faut pratiquer ensuite la gastrotomie.

Et enfin, les corps étrangers de l'intestin qui ne sont pas expulsés spontanément, et qui s'immobilisent au même endroit pendant cinq jours environ, doivent être enlevés après une entérotomie.

AVORTEMENT PROVOQUÉ, SUIVI DE SEPTICÉMIE SURAIGUË

Par Léon GERIN-LAJOIE, F.R.C.S. (C).
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal,
Gynécologue à l'Hôpital Notre-Dame.

L'intérêt de cette communication serait sensiblement diminué si l'histoire que je vous rapporterai dans un instant ne dérogeait quelque peu à celle que nous sommes habitués d'entendre dans des cas semblables.

Est-ce la dépression ? est-ce la suite d'événements fortuits ? mais il semblerait qu'il y eut cette année une augmentation sensible du nombre d'avortements provoqués, tout au moins du nombre de malades transportées dans nos services hospitaliers pour observation ou traitement. J'ai souvenir qu'un certain jour, sur 18 lits dont nous disposons dans le service de gynécologie de M. le professeur Harwood, département des docteurs Trudeau et Gérin-Lajoie, à l'hôpital Notre-Dame, il y avait onze cas d'avortements provoqués. Tous n'avaient pas la même gravité et fort heureusement peu ont eu le sort malheureux de celui dont l'histoire suit.

Madame H. B., alias C. N., alias S. G.: 22 ans, est admise d'urgence le dimanche 19 février 1933, à 10.30 heures du matin.

Nous sommes appelé à la voir à 10.45 heures. Ce qui nous frappe d'emblée, c'est de nous trouver en présence d'une femme que nous croyons être sinon une noire, tout au moins une créole, malgré la blondeur de ses cheveux. Elle tranche extraordinairement sur les draps et l'oreiller d'un blanc immaculé. Mais cette apparence extérieure n'existe que depuis quelques heures, exactement de la veille; du moins, ce sont les renseignements qui nous sont fournis par les personnes qui ont accompagné la malade dans son trajet dans l'ambulance. Ce teint bronzé généralisé ne laisse aucune parcelle de blancheur à la peau. Le nez, les doigts des mains et des pieds, les oreilles sont violacés, véritables pétéchies, les yeux sont injectés et la cornée de couleur jaune brunâtre. La malade nous renseigne relativement bien malgré sa demi-conscience et la fatigue qu'elle éprouve à soutenir la conversation. Ses données sont toutefois confirmées par son entourage.

Il y a une quinzaine de jours, la malade, qui retardait de deux mois dans l'apparition de ses règles, tenta de s'avorter par la prise d'un médicament, une poudre jaune dont on n'a pu déterminer le nom, qu'elle ingurgita

dans de la bière. Elle prit de cette poudre en quantité indéfinie trois soirs de suite. Ses règles n'étant pas apparues, elle s'introduisit une tige dans l'utérus. Depuis deux jours la malade vomit considérablement, et, la veille de son entrée, elle passe un fœtus, du sang, mêlé de caillots, en quantité. A 8 heures le 18 février, la malade devient jaune puis brune uniformément.

Depuis le matin elle accuse de grands frissons qui durent parfois une demi-heure, et est en état de lipothymie continuelle.

Les antécédents n'offrent rien de particulier. C'est sa deuxième grossesse.

L'examen nous révèle un état général très mauvais, avec une hypothermie et un pouls petit, filant incomptable pour quelques-uns, pour d'autres variant entre 140 et 160 pulsations à la minute. L'apparence générale a été décrite plus haut. Le cœur présente, en plus de sa tachycardie, une intermittence réelle; il y a également une dyspnée intense. L'abdomen ne présente pas de ballonnement, mais la patiente accuse une sensibilité marquée dans le bas-ventre.

L'examen génital nous fait constater :

à la vulve, un écoulement brunâtre non odorant;
le col est mou, entr'ouvert, non douloureux, et contenant des débris mollasses que l'on peut aisément définir débris placentaires;
l'utérus est gros, mou, mobile, mais douloureux;
les culs-de-sac sont souples, libres, non douloureux.

Afin d'essayer de libérer convenablement cet utérus des débris qui le retiennent, un cathétérisme est pratiqué et ramène 150 cc. d'une urine épaisse, brunâtre, sanguinolente. Un curage digital est immédiatement pratiqué, sans anesthésie, et ramène de nombreux débris placentaires. Des stimulants cardiaques sont donnés en injections ainsi que par l'appareil de Murphy.

Malgré cette intervention et ces médicaments, la malade décline rapidement, entre dans une inconscience complète et meurt à 2 heures p. m., trois heures et demie après son hospitalisation.

C'est un cas qui relève de la police. Le cadavre est transporté à la Morgue; nous n'avons pu assister à l'autopsie qui fut pratiquée par le docteur Fontaine, à une heure où nous ne pouvions malheureusement nous rendre. Toutefois, les circonstances particulières qui ont entouré l'évolution excessivement rapide de cette intoxication ont intéressé les médecins légistes, qui ne se sont pas contentés d'un examen sommaire des viscères. On procéda à l'analyse chimique de l'estomac et de l'intestin en particulier, des reins et des surrénales ainsi que des poumons.

Le protocole d'autopsie présenté devant le coroner a été le suivant :



PEPTONE IODÉE SPÉCIALE

LA PLUS RICHE EN IODE ORGANIQUE, ASSIMILABLE, UTILISABLE

Iodogénol Pépin

GOÛT AGRÉABLE

TOUTES LES INDICATIONS DE L'IODE ET DES IODURES MÉTALLIQUES

TOLÉRANCE PARFAITE

Bien supérieur aux Sirops et Vins Iodés ou Iodotanniques.

PRESCRIRE

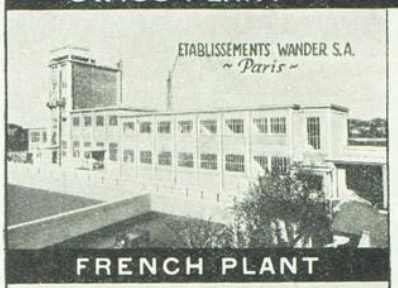
AUX ENFANTS : 10 à 30 gouttes par jour. — AUX ADULTES : 40 à 60 gouttes par jour.

Échantillons sur demande à MM. les Docteurs.

Laboratoires PÉPIN & LEBOUCQ, COURBEVOIE — PARIS

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









54 nations ont reconnu les mérites d'Ovaltine

Leur verdict favorable a transformé un petit laboratoire Suisse en Compagnie Internationale de Wander.

Vers la fin du dix-neuvième siècle, dans un petit laboratoire des Alpes Suisses, la formule d'Ovaltine fut trouvée pour la première fois. Aujourd'hui des laboratoires et des établissements subsidiaires sont disséminés sur le globe pour répondre aux demandes d'Ovaltine de 54 différents pays du monde.

Originellement, Ovaltine était destinée comme nourriture pour les invalides — de tolérance, de digestion et d'assimilation faciles en dépit d'une fonction nutritive déficiente. La vérité de cette conception semble être justifiée par l'approbation actuelle du monde médical pour Ovaltine, non seulement comme nourriture pour les invalides et les convalescents, mais pour les troubles nerveux et les dépressions, les enfants durant la croissance, pour les mères durant la grossesse et l'allaitement et pour les vieillards.

Reconnue des années avant que ne fut développée notre connaissance moderne de la valeur des aliments, il est remarquable de constater que la composition d'Ovaltine, telle qu'originellement formulée il y a près de quarante ans, est en accord avec les principes de la science de la diététique moderne.

A. WANDER LIMITED,
Peterborough, Ont.

S. V. P. m'envoyer un échantillon d'Ovaltine pour essai clinique et un exemplaire de l'opuscule "Ovaltine in Medical Practice" (Ovaltine dans la Pratique Médicale).

Docteur .....

Adresse .....

OVALTINE
ALIMENT-TONIQUE-LIQUIDE

L'Aliment Liquide Suprême

A. WANDER Limited, Elmwood Park, Peterborough, Can., et Londres, Angleterre

"Autopsie du cadavre d'une personne du nom de S. G. qui serait morte à l'hôpital Notre-Dame, le 19 février. L'autopsie est pratiquée le 20 février à la Morgue de Montréal..

Il s'agit d'une jeune femme de 23 ans, bien constituée, dont le cadavre présente une coloration bronzée.

L'autopsie révèle une néphrite suraiguë avec altérations des capsules surrénales (petits foyers hémorragiques dans le parenchyme).

Les organes en général sont fortement congestionnés. Cette congestion intense des organes de même que la néphrite et la surrénalite doivent être attribuées à une septicémie d'origine utérine. L'utérus est en effet gros, infecté et contient encore des débris placentaires.

La mort de cette femme est due à une septicémie consécutive à un avortement."

La septicémie a été d'emblée très violente, et nous ne pouvions présumer par l'histoire qui nous avait été fournie qu'elle seule fût en cause, la malade ne s'étant alitée que la veille de son hospitalisation, et à cause de la grande faiblesse dans laquelle elle se trouvait par suite des vomissements qu'elle présentait depuis 24 heures.

Nous avions l'impression qu'il y avait eu empoisonnement, intoxication médicamenteuse, et la poudre jaune qu'elle avait ingurgitée, et dont nous ne connaissons pas la nature, aurait bien pu être de l'apiol.

L'apiol est-il une substance abortive ? L'apiol est-il un poison ?

L'apiol, comme la plupart des substances abortives, a une réputation usurpée. Ainsi que le persil dont il provient, l'apiol a la réputation de provoquer le retour des règles chez les femmes et les jeunes filles où elles viennent à manquer pour une cause quelconque. Mais aucun fait connu n'autorise à penser qu'il soit capable de déterminer un avortement. Il est souvent arrivé que des femmes dont la grossesse était méconnue en ont fait usage au début de leur grossesse, jamais on n'a signalé un accident. Il est vrai que dans ces cas la dose administrée était de 20 à 30 centigrammes.

Lorsque la dose est plus élevée, lorsqu'elle atteint 1, 2, 3 grammes, l'apiol détermine une excitation cérébrale légère, quelques vertiges, des bourdonnements d'oreilles, en un mot des accidents qui rappellent ceux du sulfate de quinine, mais il n'y a, même à cette dose, aucun accident utérin, et pas de perte utérine.

Rien n'autorise donc à penser que, dans les conditions ordinaires, l'apiol puisse provoquer un avortement. Il serait imprudent d'en

conseiller l'usage pendant une grossesse, mais aucun fait ne démontre que l'avortement en serait la conséquence. Chez une femme particulièrement disposée aux fausses couches, l'apiol pourrait-il avoir une influence plus grande ? Je l'ignore, mais il faut se rappeler que chez les femmes prédisposées tout peut déterminer un avortement, la marche, un bain de pieds, une purgation, etc. Je ne vois pas de procédé qui permette de prévoir ou de constater l'existence d'une telle prédisposition. L'apiol ne se vend qu'en capsules. Pour ingérer une dose d'apiol de 2 ou 3 grammes par jour, telle que celle qui serait nécessaire pour provoquer des vertiges et des malaises, il faudrait en prendre au moins 20, et rien ne prouve qu'une action congestive se manifesterait sur l'appareil utérin.

Les auteurs de médecine légale ne parlent pas de l'apiol, et comme cette substance n'est pas considérée comme toxique, les toxicologues n'en parlent pas non plus.

Evidemment, la destruction des capsules surrénales et les petits foyers hémorragiques du parenchyme peuvent expliquer la coloration particulière qui envahit le tissu cutané de notre malade. Nous ne pouvions songer que de tels dégâts puissent apparaître si brusquement et je vous avoue que nous n'avions nullement pensé à la possibilité d'une surrénalite consécutive à une septicémie dont l'évolution semble avoir été excessivement rapide.

Tout l'intérêt de cette communication réside dans l'état particulier de cette malade à son admission et la rapidité avec laquelle l'envahissement semble s'être produit.

SUR UN CAS DE PUTRÉFACTION RAPIDE

Par R. FONTAINE et J.-M. ROUSSEL,
Médecins-légistes.

C'est un fait acquis que la putréfaction suit un cours très capricieux et que diverses circonstances viennent accélérer ou retarder son évolution. Aussi est-il très difficile d'apprécier d'une façon précise la date de la mort, par la simple constatation de l'état du cadavre; le médecin-légiste doit se contenter de donner une approximation très relative sous peine de faire de graves erreurs.

L'observation suivante vient illustrer de façon frappante combien le médecin-légiste doit être prudent dans ses conclusions et démontre que le degré de putréfaction du cadavre n'est souvent pas en rapport avec sa durée.

Le 20 septembre 1932, l'un de nous était commis pour examiner le cadavre d'une femme trouvée dans un bois près de Richelieu "à l'effet de déterminer la date de la mort, et de dire quelle avait été la cause de cette mort".

Nous nous rendons sur les lieux mêmes afin de faire nos constatations. Le cadavre, qui n'avait pas été touché avant notre arrivée, était étendu face contre terre dans un fourré exposé au soleil, et à l'abri du vent. Une couverture de laine enveloppait la moitié inférieure du corps; les vêtements étaient en bonne condition et ne montraient ni déchirure ni aucun indice pouvant faire croire à une agression ou que le cadavre eut pu être transporté à cet endroit après la mort. Les vêtements enlevés, nous découvrons que le cadavre est réduit à l'état de squelette. A cette constatation, il nous est immédiatement venu à l'idée que le cadavre avait dû passer la plus grande partie de l'été dans ce bois peu fréquenté et que la mort devait remonter à plus de cinq mois.

Cette appréciation de la durée de la putréfaction ne nous paraissait nullement exagérée, bien que la putréfaction à l'air libre se fasse beaucoup plus rapidement que dans tout autre milieu. Mais en cherchant des coques de mouches ou des débris de vers qui auraient pu être d'un renseignement utile, nous fîmes une découverte qui vint modifier nos conclusions; soigneusement replié, sous le cadavre, se trouvait un journal encore en très bon état, portant la date du 12

août, c'est-à-dire cinq semaines plus tôt. Même en supposant que la mort fût plus ancienne que cette date, il eut été impossible à quiconque de glisser le journal sous le cadavre.

La mort ne remontait donc qu'à cinq semaines au maximum ; on confirma d'ailleurs ce fait en consultant la liste des personnes disparues vers la date du 12 août, et le squelette fut définitivement identifié comme étant celui d'une pauvre démente, sujette à des fugues fréquentes.

Mais là n'est pas le fait principal : comment expliquer une putréfaction aussi avancée dans un si court laps de temps ?

En tenant compte de la température excessivement élevée qui a prévalu durant la période qui s'est écoulée depuis le 12 août jusqu'à la découverte du cadavre le 20 septembre, et des conditions ambiantes du milieu, cette décomposition extraordinairement rapide peut s'expliquer par le fait que le cadavre était en plein soleil, à l'abri du vent et dans un endroit plutôt humide. Mais la destruction du cadavre avait été parachevée par des colonies de fourmis, dont les fourmillières gigantesques pouvaient être aperçues tout près du cadavre.

Nous nous rappelâmes, en effet, qu'un des moyens préconisés par les naturalistes pour dépouiller les os des chairs qui les recouvrent, consiste à les confier à la voracité des fourmis ; c'est ainsi que certaines tribus sauvages du centre de l'Amérique du Sud préparent les crânes humains qu'ils collectionnent. L'action des mouches, bien que certaine, n'a pu être mise en évidence.

Il découle donc de cette observation l'énoncé que nous faisions au début de cet article, qu'il est très difficile, pour ne pas dire impossible, d'apprécier l'époque de la mort en se basant uniquement sur l'état de décomposition du cadavre. Le médecin doit faire une étude attentive des conditions dans lesquelles se trouve placé le cadavre et s'entourer de toutes les données de l'enquête avant d'en arriver à une conclusion précise.

Dans le cas qui nous intéresse, le cadavre a pu être identifié et la date de la mort a pu être fixée à cinq semaines, alors que les observations objectives nous faisaient conclure à cinq ou six mois.

UN CAS DE PTOSE RÉNALE COMPLIQUÉE D'HYDRONÉPHROSE

Par M. BRISEBOIS, F.R.C.S. (Canada),
Urologiste à l'Hôpital Général de Verdun.

Madame L. L., âgée de trente-deux ans, est entrée dans notre service le 17 novembre 1932, accusant une douleur assez marquée dans la région lombaire droite, s'irradiant dans le flanc droit.

Au point de vue historique de la maladie, la patiente nous dit qu'en octobre 1929, alors qu'elle était enceinte de six mois, elle fit une chute dans un escalier haut de huit marches; elle s'en est tirée avec une ecchymose sous-cutanée dans la région lombo-dorsale droite. A la suite de cet accident, la malade n'a pas présenté d'hématurie.

Au mois de décembre 1929, elle commença à sentir dans la région lombaire droite un malaise, une sensation de pesanteur, ne lui permettant pas de vaquer à ses occupations journalières aussi facilement qu'avant cet accident. Les mois passèrent et la malade ressentit toujours à peu près le même malaise. Soudainement, au cours de juin 1932, le 6, cette sensation de pesanteur se changea brusquement en une douleur qui s'irradia dans le flanc droit. La malade remarqua que cette douleur était plus accentuée dans la position verticale que dans la position horizontale. De plus, elle présenta de la pollakyurie diurne, miction toutes les demi-heures, plus marquée que la nuit, miction environ toutes les heures.

Au début du mois de novembre 1932 (3), à un certain moment de la journée elle ressentit tout à coup une douleur intense, qui provoqua des vomissements, avec faiblesse marquée du pouls, transpiration et tendance à la syncope. Dans les jours qui suivent, elle accuse toujours une douleur qui l'empêche complètement de vaquer à ses occupations journalières. Comme son état s'aggrave, elle se décide de nous consulter sur sa maladie, qui l'inquiète beaucoup.

ETAT GENERAL.—Au point de vue de l'état général, nous avons remarqué que la malade était anémiée, pâle, amaigrie avec muqueuse décolorée.

EXAMEN SUBJECTIF.—Voici, en résumé, ce que l'examen subjectif nous apprend.

1. *Antécédents familiaux*: rien à noter.

2. *Antécédents personnels*: Menstruée à 17 ans — règles régulières, peu abondantes; durée des règles: 3 à 4 jours, sans douleurs.

Mariée, mère de quatre enfants vivants, pas de fausses-couches.

a) Maladies infectieuses: coqueluche à l'âge de 6 ans.

b) Appareil respiratoire: rien à noter.

c) Appareil circulatoire: rien à noter.

d) Appareil digestif: souffre de troubles digestifs depuis l'âge de 17 ans, qui sont marqués par une sensation de pesanteur dans le creux épigastrique, ainsi que des bouffées de chaleur après les repas; de plus, par moments elle souffre de constipation et passe deux à trois jours sans aller à la selle.

e) Appareil génital: subit en janvier 1931 une hystérectomie et appendicectomie.

f) Appareil urinaire: à part la douleur ressentie dans la région lombaire, la malade n'a jamais souffert d'infection du côté de sa vessie ou de son urètre et n'a jamais ressenti de douleurs à la miction.

g) Système nerveux: Lorsqu'elle fait une grosse journée de travail, se sent nerveuse, tremble un peu, et, de plus, ressent une sensation de lassitude générale.

h) Ophthalmologie: porte des verres depuis sept ans; a souffert de ses yeux au cours de sa première grossesse.

i) Oto-rhino-laryngologie: rien à noter.

EXAMEN OBJECTIF. — L'examen objectif est basé sur les signes cliniques, sur l'analyse des urines, sur la division des urines, sur la pyéloscopie, ainsi que sur la pyélographie rétrograde.

1. *Signes cliniques* : Appareil circulatoire, appareil respiratoire, système nerveux, appareil génital: rien à noter.

P.A.	Maxima	125
	Minima	85

Appareil digestif: à l'inspection, on voit que le ventre est un peu ballonné; à la percussion, on note de la sonorité surtout marquée du côté gauche.

Appareil urinaire: La palpation bimanuelle nous révèle la présence d'une masse située sous les fausses côtes droites. Si on la serre entre les deux mains et qu'on fait prendre une inspiration profonde, on note à l'expiration qu'elle nous glisse entre les doigts.

2. *Analyse des urines*:
L'analyse d'urine nous apprend d'une part qu'il y a présence de leucocytes, de phosphates ammoniaco-magnésiens, traces légères d'albumine, et d'autre part, absence de glucose.

3. *Division des urines*:
   1) Rein *droit*: L'examen histo-bactériologique révèle qu'il y a des leucocytes nombreux et absence de bactéries; la concentration uréique urinaire est de 8 grammes .50 d'urée au litre.
   2) Rein *gauche*: L'examen histo-bactériologique révèle qu'il y a présence de leucocytes, absence de bactéries; la concentration uréique urinaire est de 10 grammes .25 d'urée au litre d'urine.



OPOTHÉRAPIE SÉRIQUE

DÉCHÉANCES ORGANIQUES,
CONVALESCENCES,
ANÉMIES.

SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS de CHEVAL
(Sirop)
Agent de Régénération Hématique, de Leucopoïèse et de Phagocytose,

2 à 4 cuillerées à potage par jour.
LANCOSME, 71, Av. Vict.-Emmanuel-III, PARIS (8e).

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

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

PRIX ORFILA
1872



PRIX DESPORTES
1904

DIGITALINE NATIVELLE
CRISTALLISÉE

Agit plus sûrement que toutes les autres préparations de Digitale

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

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

Draeger

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

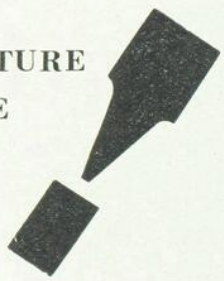
HYPOTENSYL

Principes actifs du Gui, combinés avec des extraits de Glandes, Foie et Pancréas, pour le traitement des maladies contingentes à la

HAUTE TENSION ARTÉRIELLE

Littérature et échantillon de l'ANGLO-FRENCH DRUG CIE, Montréal

LA TEMPERATURE BAISSE



ORARGOL — une combinaison des colloides d'Or et d'Argent — dans la plupart des cas fait subir une chute *brusque* de la température comme on en constate au cours de la *crise* de la pneumonie lobaire.

Le Dr *A. Martinet* dans son ouvrage *"Cliniques Thérapeutiques"* écrit:

"Les métaux colloïdaux exercent sur le système une action semblable à celle que l'on constate à la suite de l'administration de certains sérums Thérapeutiques". ORARGOL mobilise par choc humoral les moyens de défense de l'organisme et l'infection avorte complètement.

Indications: Fièvres, Influenza, Pneumonie, Septicémie, etc., Pas de contre-indication. S'administre en injections intraveineuses ou intramusculaires; oralement; ou en instillations nasales dans le coryza, rhinite, etc.

Littérature sur demande à

l'ANGLO-FRENCH DRUG CIE.

354 est, rue Sainte-Catherine, MONTREAL

ORARGOL

4. *Pyéloscopie*:

Avant de vous donner le rapport de la pyéloscopie, nous désirons attirer votre attention sur l'instrumentation dont nous nous servons dans notre service, ainsi que sur la technique que nous suivons lors de cette manœuvre instrumentale.

Pour ce qui touche l'*instrumentation*, nous nous servons dans notre service du *cystoscope opérateur* du professeur Maurice Chevassu, chef du Service des Voies urinaires à l'hôpital Cochin, à Paris, ainsi que la sonde bouchon imaginée par ce dernier. Quant au cystoscope, nous avons eu l'occasion de nous en servir dans le service de M. le professeur Félix Legueu, chef du Service des Voies urinaires à l'hôpital Necker, Paris, en l'année 1931, alors que nous poursuivions dans son service un cours de perfectionnement sur les maladies des voies urinaires. Ce qu'il y a de particulier pour ce cystoscope, c'est qu'on peut, d'une part, se servir de la *sonde bouchon*, qui est d'un calibre beaucoup plus gros que les sondes régulières, et d'autre part, de la *pince à extraction pour corps étrangers*, ainsi que d'un *petit ciseau* pour section du méat urétéral.

Quant à la *technique*, elle ne diffère du cathétérisme urétéral qu'en ce que la sonde bouchon n'est introduite que deux ou trois centimètres à l'extrémité inférieure de l'uretère, juste pour bien obstruer la lumière de l'uretère.

Pour pouvoir bien voir, quand on pratique la pyéloscopie, il faut d'une part l'obscurité complète dans la chambre, et d'autre part, attendre de cinq à dix minutes pour avoir une bonne adaptation pupillaire.

Pour ce qui est de l'appareil, nous nous servons de trois à cinq ampères, suivant l'obésité de la malade, avec environ 80 à 90 kilovolts.

Voyons maintenant ce que la pyéloscopie nous a révélé:

La pyéloscopie nous a renseigné sur le siège et le volume du rein, sur l'état de l'uretère, sur la forme, le volume, la tonicité et la contractivité du bassinet.

1) Pour le rein: nous avons vu qu'il était abaissé, de grosseur normale, avec des calices à peu près normaux.
2) Bassinet: du côté du bassinet, nous avons constaté par le cathétérisme urétéral d'abord qu'il y avait stase urinaire, puisque la sonde laissait couler goutte à goutte environ 40 cc. d'urine, nous démontrant qu'il s'agissait d'une hydronéphrose moyenne, et d'autre part nous avons vu qu'il était facile d'introduire 25 cc. de liquide opaque qui nous permit de voir un bassinet dilaté.
3) L'uretère: nous avons remarqué en dessous du cul-de-sac du bulbe du bassinet une coudure très marquée de l'uretère.

Ce qui nous a surtout frappé, c'est que pendant environ deux minutes, nous avons examiné sous écran le bassinet, et que ce

dernier ne présentait aucune contraction. Voyant ceci, par le palper bimanuel, nous avons saisi le rein, et nous l'avons remonté. Quelques secondes après, nous avons remarqué que le bassinet commence à se contracter, mais faiblement, ayant un rythme de contraction à toutes les 15 ou 20 secondes. Nous avons vu également le passage du liquide opaque dans l'uretère avec la formation du bulbe. Nous avons regardé trois ou quatre contractions du bassinet, toujours sous écran, et aussitôt après, nous avons fait la pyélographie avant que le bassinet fût complètement évacué.

5. *Pyélographie rétrograde*:

Le cliché que nous avons obtenu a complètement objectivé ce que nous avions vu sous écran, à savoir un rein ptosé, un bassinet moyennement dilaté, et un uretère coudé, avec des calices à peu près normaux. Comme vous voyez, le cliché démontre un rein ptosé, un bassinet légèrement dilaté, ainsi qu'une coudure de l'uretère.

DIAGNOSTIC. — Nous basant sur les renseignements fournis par la clinique, par la pyéloscopie et par la pyélographie rétrograde, nous avons fait le diagnostic de rein mobile, compliqué d'hydronéphrose moyenne à forme intermittente, avec crises douloureuses, dues d'une part à la distention du bassinet, et d'autre part aux contractions du bassinet, qui, cherchant à évacuer son contenu, luttait contre la coudure de l'uretère, formant un obstacle au libre cours de l'urine (Legueu).

TRAITEMENT. — Nous avons pratiqué la néphropexie, qui est le traitement indiqué lorsqu'on est en face de toute personne atteinte de rein mobile compliqué d'hydronéphrose avec crises douloureuses.

En face d'un rein mobile ne présentant pas de crises douloureuses, ni d'hydronéphrose, avec une bonne évacuation, nous conseillons le port de la sangle de Glénard ou de toute autre bande ayant le même but et la même fin.

La malade fut opérée le 26 novembre 1932. Les suites opératoires furent tout à fait normales. Les points furent enlevés le huitième jour et la plaie s'est refermée sans suppuration.

CONCLUSIONS

Nous concluons :

1.—AU POINT DE VUE ETIOLOGIQUE,

probablement que l'accident survenu à la malade, alors qu'elle fit une chute dans un escalier, ajouté aux quatre grossesses antérieures et à l'affaiblissement de la paroi abdominale, marquée par la flaccidité des téguments, et un amaigrissement certain, ont pu contribuer à provoquer la ptose du rein.

Régulateur des digestions

LORTOCARBOL

Charbon animal pur
granulé, sucré, anisé.

Présenté sous trois formes:

LORTOCARBOL
SIMPLE
Charbon animal pur.

Fermentations intestinales, intoxications, Dermatoses, etc. etc.

LORTOCARBOL
FORMINÉ
Charbon animal pur et Formine.

Insuffisance biliaire Cholécystites, Grippes, etc. etc.

LORTOCARBOL
SALOLÉ
Charbon animal pur et Salicylate de Phényle. (Salol).

Entérites, Appendicite chronique, etc. etc.

Laboratoires LOUIS LAURIN, 86 Bd de Port Royal
PARIS

Echantillons: ROUGIER Frères MONTRÉAL

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

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 tonicardiaque: syncopes, adynamie, phénomènes de shock, grippes, 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., 2cc. 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.	$11.40
"	" 6	"	"	2 c.c.	9.00
"	" 12	"	"	2 c.c.	13.20
"	" 50	"	"	2 c.c.	33.00
"	" 5	"	"	5 c.c.	12.00
"	" 10	"	"	5 c.c.	21.00
"	" 50	"	"	5 c.c.	63.00

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. FItzroy 5785

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

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

2.—AU POINT DE VUE DIAGNOSTIC,

1. que le *cathétérisme urétéral* nous a renseigné sur l'état du rein et du bassinet, à savoir, d'une part, que le rein avait gardé une bonne valeur fonctionnelle, et d'autre part, que le bassinet était le siège d'une hydronéphrose moyenne.
2. que la *pyéloscopie* nous a renseigné sur la contractilité et la tonicité du bassinet, à savoir la parésie du bassinet observée sous écran à ce moment: sur le réveil de la contractilité du bassinet, consécutivement au relèvement du rein par le palper bimanuel; sur la hauteur possible de remonter le rein, et sur la réductibilité de la coudure de l'uretère, nous facilitant la néphropexie haute, et ne nous obligeant pas à défaire les adhérences possibles du côté de l'uretère.
3. que la *pyélographie* est venue objectiver ce que la pyéloscopie nous a fait voir et constater : que le rein était ptosé, que le bassinet, dilaté, était le siège d'une hydronéphrose et qu'il y avait présence d'une coudure de l'uretère.
4. que les *signes cliniques,* fournis par le palper bimanuel, ne nous ont pas trompé sur la tumeur mobile que nous avions sentie entre les deux mains et que nous supposions être le rein.

3.—AU POINT DE VUE TRAITEMENT,

que le rein mobile compliqué d'hydronéphrose avec crises douloureuses, consécutives à une coudure de l'uretère, relève de la néphropexie.

4.—AU POINT DE VUE RESULTATS OPERATOIRES,

que la pyélographie endo-veineuse, pratiquée 24 jours après l'opération, est venue nous démontrer que le rein était bien en place, qu'il y avait disparition de la stase urinaire ainsi que de la coudure de l'uretère.

REVUE GÉNÉRALE

GLANDES PARATHYROÏDES

Par Réal DORE
Chirurgien à l'hôpital Notre-Dame.

L'existence des glandes parathyroïdes est constatée, la première fois, en 1880, par Sandstroin.

Ces glandes naissent de bourgeons issus des poches entodermiques branchiales: les glandes supérieures, des troisièmes, les inférieures, des quatrièmes poches.

Constituées de cellules ordonnées en cordon, elles laissent parfois entre elles une petite lumière qui donne une disposition vaguement acineuse. Çà et là ces groupes circulaires sécrètent une substance colloïde qui ne contient aucune trace d'iode (la colloïde de la glande thyroïde en possède).

Les parathyroïdes ne sont pas constituées de tissu thyroïdien à l'état latent; elles en diffèrent aux points de vue embryologique, chimique et histologique.

En 1907, Erdheim prétend que la décalcification squelettique est un phénomène initial et que l'hypertrophie des parathyroïdes est un phénomène compensateur lié au besoin du calcium. Cette opinion n'est pas admise par tous. Ces glandules joueraient un rôle régulateur dans le métabolisme du calcium et modérateur de la cellule nerveuse.

En 1909, deux Américains, MacCallum et Voegtlin, opérant sur le chien, constatent que la suppression expérimentale des glandes parathyroïdes entraîne une réduction du calcium sanguin et concluent à l'action spécifique de ces glandes sur le métabolisme calcique.

En 1924 et 1925, Hanson et Collip, Américains, isolent le principe actif qu'ils appellent parathormone. L'expérimentation prouve à ceux-ci que l'injection de parathormone élève le calcium sanguin.

En 1926, toujours à la lumière de l'expérimentation, Ridde et Reinhart trouvent chez certaines espèces animales une précipitation

physiologique du calcium; chez les oiseaux l'hypercalcémie s'observe durant la période de la ponte. Chez la pigeonne elle s'élève 123 heures avant la formation de la coquille de l'œuf; chez la morue en période de frai, le calcium est de 125 mgr. et de 90 chez le mâle.

En 1926, Mandl, de Vienne, pratique la première parathyroïdectomie chez l'homme.

En 1927, deux Allemands, Brehm et Gyorgy, trouvent que la parathormone possède aussi une action sur les phosphates sanguins (hypophosphatémie).

En 1932, J. A. Lièvre dit que l'adénome parathyroïdien est constitué d'éléments analogues à ceux d'une parathyroïde normale mais proliférée. Cet adénome fournit un excès de sécrétion parathyroïdienne qui libère la réserve calcique des os. Le calcium jeté dans la circulation surcharge le sang et imprègne les tissus où il se dépose sous forme de calcification, puis s'élimine par les urines et les selles.

La décalcification est un symptôme constant de l'ostéose parathyroïdienne. Cette décalcification traduit l'activité parathyroïdienne et comme corollaire la fuite des minéraux de l'os.

La décalcification ou l'hyperparathyroïdie a pu être reproduite expérimentalement après injection de parathormone chez l'homme. L'os prend l'aspect ouaté, il y a hypercalcémie, hypercalciurie, atonie musculaire. La diminution de la réserve calcique du squelette peut aller jusqu'à l'ostéoporose.

En résumé, les parathyroïdes exercent le contrôle du calcium probablement en maintenant l'équilibre calcique entre le sang et les tissus.

* * *

Tout comme la glande thyroïde, les parathyroïdes, à l'état pathologique, présentent un hyper ou hypofonctionnement. Ces deux états pathologiques constituent deux syndromes.

1) Syndrome d'hyperparathyroïdie;
2) Syndrome d'hypoparathyroïdie.

SYNDROME D'HYPERPARATHYROIDIE

Ce syndrome se manifeste en clinique par un hyperfonctionnement glandulaire et s'attaque de préférence au tissu osseux des enfants et des adolescents; l'adulte n'en est pas indemne.

La première phase consiste en une sensation de fatigue générale, puis apparaissent des douleurs osseuses des plus variées.

Si le mal s'aggrave, les membres s'incurvent progressivement, les vertèbres se tassent. Au moindre traumatisme, une fracture spontanée se produit.

Le système musculaire est aussi touché; il y a hyposthénie musculaire, l'excitabilité électrique est diminuée.

Vus aux rayons X les os sont augmentés de volume et présentent un tissu à raréfaction localisée (kyste) ou diffuse (aspect ouaté). Il y a donc décalcification osseuse.

La teneur du sang en calcium total varie normalement en France de 0.090 à 0.120%, aux Etats-Unis, de 0.009 à 0.011%.

L'élimination du calcium par les urines constitue l'hypercalciurie. Si une partie du calcium se dépose quelque part dans l'organisme, on rencontre des dépôts calcaires de toutes sortes (calcul rénal, dépôt calcaire des articulations, lithiase rénale, etc.).

Mandl a trouvé, grâce à ses expériences, qu'en présence de l'hypercalcémie il y a hypophosphatémie.

De nombreux expérimentateurs ont reproduit à volonté les faits précédents. Des injections en excès de parathormone sont suivies d'hypercalcémie, d'hypercalciurie, d'hypophosphatémie, de phosphaturie, de calcifications dans les poumons, les reins, l'estomac, etc., d'hypotonicité musculaire (diminution des réactions électriques des muscles au courant faradique); puis apparaissent le rachitisme, l'ostéomalacie et les fractures spontanées.

SYNDROME D'HYPOPARATHYROIDIE

La tétanie, symptôme pathognomonique, se localise à différents endroits de l'organisme.

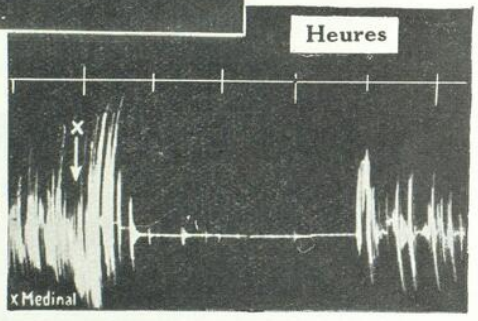
Les trois formes cliniques sont les suivantes :

Accidents suraigus :

Le malade ressent des tiraillements douloureux et des fourmillements des membres. Apparaissent ensuite des secousses musculaires toniques ou cloniques. La tachycardie et la dyspnée deviennent quelquefois extrêmes. L'hyperthermie, les vomissements, le spasme de la glotte, l'agitation sont des symptômes courants.

MEDINAL





pour assurer un sommeil paisible et reposant

Medinal, le sel mono-sodium d'acide diéthyle barbiturique, s'absorbe facilement et s'excrète vite. L'effet s'en fait donc sentir peu de temps après l'absorption (environ une heure) et le danger d'accumulation toxique se trouve réduit au minimum.

Le tracé fait voir l'effet de l'administration de 2 mg. de Medinal pour chaque 10 grm. du poids du corps d'une souris. La bête dormit trois heures (notez l'absence de mouvements physiques), puis recouvra son activité normale.

Medinal provoque un sommeil paisible, exactement tel que le sommeil normal quant à ses propriétés restauratrices et à l'absence de toute sensation de torpeur ou de nausée au réveil. Vingt années d'expériences cliniques ont établi la valeur de Medinal contre l'insomnie due à des causes aussi diverses que la maladie de cœur, la phtisie chronique, la maladie de Graves, la neurasthénie et les désordres mentaux.

Empaquetages originaux: Tubes contenant 10 tablettes de 5 et de 7½ grains.

SCHERING (CANADA) LTD. MONTREAL

Case Postale 358, Montréal.

SEDLITZ CHANTEAUD

Granulé et Déshydraté

Laxatif — Purgatif

FOIE — INTESTIN

Sulfate de Magnésie pur.
Tartrate de Soude.

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

STÉNOL CHANTEAUD

Tonique — Diurétique

FAIBLESSE — SURMENAGE — NEURASTHÉNIE

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

Dose: 1 à 2 cuillerées à café par jour.

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

TOUTES LES TOUX
SIROP ET GOUTTES
RAMI
au bromoforme

Dépôt : ROUGIER FRERES. Montréal

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

Accidents aigus :

La tétanie est réveillée par une excitabilité sensorielle, auditive, cutanée ou psychique.

Au début de la crise, des fourmillements et des raideurs sont peu marqués. Si la crise s'accentue, des contractures différentes des fléchisseurs — surtout des membres supérieurs — deviennent toniques ou cloniques. Ce spasme existe aussi du côté des viscères (vomissement, dyspnée, tachycardie).

Accidents chroniques :

La tétanie présente des accès intermittents et se manifeste par de l'hyperexcitabilité musculaire. Un nerf quelconque peut seul être intéressé.

Dans ces trois formes il y a hypocalcémie et en général hyperglycosurie.

ETATS PATHOLOGIQUES CLINIQUES CAUSES PAR L'HYPO OU L'HYPERPARATHYROIDIE

Hypoparathyroïdie

Se produit à la suite de certaines interventions sur la glande thyroïde ou sur les parathyroïdes.

Au cours d'une intervention, même pour goitre, l'ablation d'une ou de plusieurs de ces glandes, la section, la ligature de l'artère nourricière de celles-ci, peut être suivie d'une insuffisance parathyroïdienne.

L'hypocalcémie sanguine jouerait un rôle important dans l'étiologie des trois affections suivantes.

1) *Maladie de Dupuytren* (rétraction de l'aponévrose palmaire).

Son mécanisme de production est inconnu. Les sections nerveuses, les ligatures vasculaires et les troubles vaso-moteurs que ces ligatures entraînent ne la provoquent pas. La bilatéralité de cette affection ainsi que sa tendance à se localiser, au début, au niveau de l'éminence hypothénar excluent tout traumatisme professionnel.

Deux malades, avec hypocalcémie, soumis à l'extrait parathyroïdien ont été nettement améliorés. (Leriche et Jung, "La Presse Médicale", No 97, 1930.)

2) *Ulcère d'estomac.*

Serait lié à une insuffisance calcique. Des injections sous-cutanées d'extrait parathyroïdien de glande fraîche auraient donné des résultats encourageants dans les ulcères gastro-duodénaux en ramenant au taux normal l'acide chlorhydrique.

Cette médication ne guérit pas d'une façon définitive mais prépare très bien à l'intervention. (Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition, M. et E. Levy, No 8, oct. 1931.)

3) *Maladie de Parkinson.*

La même pathogénie est invoquée dans cette affection.

Traitement de l'hypoparathyroïdie

Il faut admettre, aujourd'hui, que les parathyroïdes jouent un rôle régulateur du métabolisme du calcium sanguin. Donc, le calcium représente l'élément thérapeutique capital. L'opothérapie parathyroïdienne ne joue qu'un rôle secondaire.

Traitement de la crise.

Chlorure de calcium	1	En injection intraveineuse. Ré-
Eau distillée	10	péter si nécessaire.

Intervalle des crises.

Chlorure de calcium, 4 à 8 grammes à la dose, per os.

ou

Lactate de calcium, 5 grains, trois à six fois par 24 heures.

(P. Sainton, "Journal Médical de France", oct. 1925.)

Le régime: peu toxique; éliminer de l'alimentation les viandes rouges. Eliminer les aliments acides à cause de leur action sur le calcium.

Plusieurs autres traitements ont été préconisés avec quelques succès:

Greffe hémoplastique.

Greffe hétéroplastique: singe ou cheval. (P. Sainton, "Paris Médical", 2 mai 1931.)

Ergostérol irradié a maintenu au taux normal le calcium sanguin alors que chez des chiens témoins parathyroïdectomisés des accidents mortels sont apparus. ("Bruxelles Médical", No 12, 1930.)

L'extrait parathyroïdien de Collip a de la valeur.

Valériane, bromure, chloral ont une action très relative.

Hyperparathyroïdie

Les maladies, en clinique, dont le syndrome hyperparathyroïdien est en cause sont, par ordre de fréquence :

1) Ostéite fibro-kystique de Recklinghausen.
2) Ostéite déformante juvénile.
3) Polyarthrite ankylosante.
4) Sclérodermie.
5) Spondylose rhyzomélique.
6) Maladie de Paget.
7) Ostéoporose.
8) Ostéomalacie.
9) Rachitisme.
10) Otosclérose.

Maladie de Recklinghausen

S'attaque à tous les os longs. Ceux-ci présentent des courbures, des déformations et des tumeurs sous-périostées ainsi que des douleurs des plus variées. Si le mal s'aggrave, des fractures spontanées se produisent.

A l'examen macroscopique, l'os ramolli est sectionné avec le bistouri. L'examen histologique montre des os dont l'aspect est de bois pourri avec tissu conjonctif résistant, ou encore des vacuoles et des kystes épars.

Immédiatement après l'intervention les douleurs disparaissent et la température devient normale. Les menstruations se régularisent puis il y a polydipsie et polyurie. Les troubles cardiaques et digestifs cessent. La calcémie et la phosphaturie reviennent presque immédiatement à la normale.

Il y a donc, entre l'hyperparathyroïdie et la maladie de Recklinghausen, des relations très étroites. La suppression de l'adénome parathyroïdien, que celui-ci soit palpable ou non, guérit presque à coup sûr cette maladie.

1) Leriche ("La Presse Médicale", No 2, 1932) Décalcification osseuse depuis 5 ans. Après ablation de deux volumineux adénomes il y a guérison définitive.

2) Thèse de Blumen (ou "La Presse Médicale" No 3, 1932) a reproduit chez le cobaye les lésions caractéristiques de la maladie de R. avec des injections sous-cutanées d'extrait parathyroïdien. Ses

opérés ne se sont pas tous comportés de la même façon. Les résultats ont été quelquefois parfaits, d'autres, satisfaisants. L'un d'eux a succombé de tétanie.

3) Chapoliau (Société de Chirurgie, 26 nov. 1930) un R., avec hypercalcémie et calciurie, recalcifie ses os après intervention.

4) J. Petit (Journal de Chirurgie, juillet 1932) enlève deux parathyroïdes inférieures macroscopiquement normales chez un R. présentant une suractivité fonctionnelle des parathyroïdes. Il obtient un résultat excellent. L'impotence et la douleur du bras gauche disparaissent. Deux mois après l'intervention, les radiographies ne révèlent tout de même aucune modification osseuse.

5) May et Lièvre (Journal de Chirurgie, septembre 1932) obtiennent un succès, après intervention, chez un malade qui souffrait depuis des années d'impotence et de douleurs.

6) Wiess, Monguio, Bernard (Société de Biologie de Strasbourg, juillet 1931) ont constaté au cours de leurs expériences que certaines affections (polyarthrite ankylosante, maladie de R., sclérodermie) ne s'accompagnent pas toujours d'hypercalcémie. Mais des résultats satisfaisants, sinon parfaits, ont été obtenus à la suite de parathyroïdectomie ou de ligature artérielle.

Ostéite déformante juvénile

Dr Ballin (Annals of Surgery, No 4, 1932) a des résultats encourageants et conclut en ces termes: "En présence d'asthénie musculaire ou de myosite chez l'enfant, on doit penser aux parathyroïdes".

Il préconise quelques moyens de dépister l'existence de l'hypotonie musculaire :

1) Rechercher la lenteur de la marche.
2) S'enquérir sur la fréquence des chutes.
3) La chronaxie permet de mesurer l'excitabilité neuro-musculaire avec une rigoureuse exactitude.
4) Si faire se peut, cinématographier la démarche de l'enfant afin de mieux étudier celle-ci.

Polyarthrite ankylosante

Cette affection s'accompagne quelquefois d'hypercalcémie.

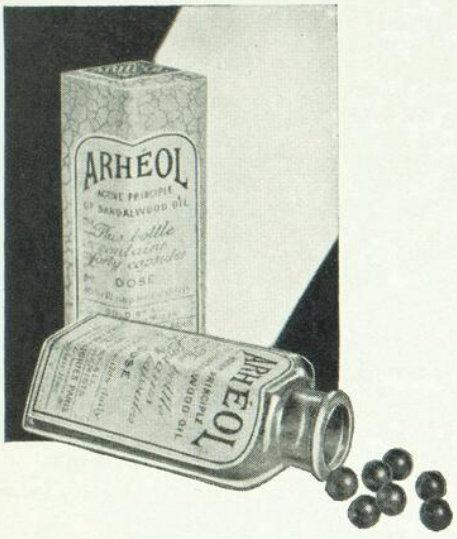
Welti, de Paris (Journal de Chirurgie, novembre 1931) rapporte 56 opérations (thyroïdectomie ou parathyroïdectomie) dont 55 sont suivies de résultats favorables.

ACTION ANTISEPTIQUE

prolongée

sur

l'APPAREIL URINAIRE



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

Par la présence constante du santalol dans l'urine, toute la muqueuse de la vessie et de l'urètre postérieur se trouve continuellement lavée par un liquide cicatrisant, modificateur et antiseptique.

C'est exactement ce qui arrive quand vous prescrivez

ARHÉOL (Astier)

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

Dans la période aiguë de la gonorrhée, l'Arhéol (Astier) soulage la douleur, réduit l'inflammation, atténue la gêne de l'urètre postérieur et diminue la fréquence des mictions. Lorsqu'il y a indication de traitement local, il agit comme adjuvant utile aux antiseptiques et aux astringents locaux. Il peut être employé, avec avantage, dans la Cystite, le Catarrhe vésical, la Prostatite, l'Urétrite postérieure. Dans la Pyélite, grâce à ses propriétés antiseptiques, l'Arhéol (Astier) constitue une aide précieuse pour subjuguer l'infection dans le rein et le bassinet.

Pour renseignements et échantillons, écrivez à

ROUGIER FRÈRES

350, rue LeMoyne, Montréal

Dépositaires canadiens pour les produits des

Laboratoires P. Astier, Paris, France



AFFECTIONS des VOIES RESPIRATOIRES à tous les AGES

BRONCHITES
RHUMES
ASTHME
GRIPPE

BRONCHODERMINE

PNEUMONIE
PLEURITE
ETC.,
ETC.

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

C'est l'absorbant et dyaliseur à grande surface

RESPECT DES VOIES STOMACALES, INTESTINALES ET RÉNALES

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

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

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

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

SUPPRIMENT LE SPASME
AUCUN TOXIQUE

ASEPTISENT
HUMECTENT
DIVISENT
EXPULSENT

GRAINS ANISÉS DE
CHARBON TISSOT

AGGLOMÉRATION
VOLUME
FORME
AROME

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

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

SIROP GUILLIERMOND
Iodo-Tannique

Affections Cardio-Vasculaires
Affections Pulmonaires chroniques
Lymphatisme, Goître, Dermatoses.

Maison Bertaut - Blancard frères, 64 rue de la Rochefoucauld, Paris 9ème.
Prescrire : **SIROP GUILLIERMOND, un Flacon**
Agent général pour le Canada: **H. B. de PASSILLE,** 426 rue Cherrier, Montréal.
Echantillon gratuit sur demande.

LABORATOIRE "YSE"
65, R. LOUIS-BLANC
PARIS
Xe

H. CHATELUT
PHARMACIEN
Echantillon médical

DRAGÉES NÉVROSTHÉNIQUES "YSE"

PHOSPHURE DE ZN, NUX VOMICA, KOLA GUARANA

NEURASTHÉNIE, SURMENAGE INTELLECTUEL, DÉPRESSIONS PHYSIQUE & CÉRÉBRALE

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

Dr Ballin (Annals of Surgery, No 4, 1932) présente un cas de polyarthrite avec éperon des vertèbres et cyphose. Il y a aussi décalcification et hypotonie musculaire. L'intervention donne de bons résultats.

Simon et Jung (Société de Chirurgie, 27 mai 1931) décrivent l'observation complète d'un cas de polyarthrite. Au cours de l'intervention ils constatent que les parathyroïdes sont normales macroscopiquement. Tout de même les résultats opératoires sont bons. Les résultats sont meilleurs, disent-ils, si l'intervention est pratiquée à la période des raideurs et non à celle de l'ankylose.

Sclérodermie

Est une dystrophie atrophique du tissu cellulaire avec concrétion calcaire sous-cutanée.

Leriche et Jung (Société de Chirurgie, No 15, 1931) enlèvent deux éléments qui semblent être des parathyroïdes, mais qui n'en sont pas, puis ligaturent et sectionnent la thyroïdienne inférieure droite. Le 10ième jour après l'intervention, ce malade, atteint de sclérodermie depuis 23 ans, prend congé avec un état général transformé.

Ils concluent que l'ischémie d'une parathyroïde donne les mêmes résultats cliniques que la sympathectomie périartérielle.

Moulonguet (Société de Chirurgie, 2 déc. 1931) présente l'observation d'une femme de 40 ans qu'il a opérée en janvier 1930. Deux adénomes parathyroïdiens sont enlevés. La calcémie, de 0.118, baisse à 0.064. Tout de même, cette malade voit son mal s'aggraver.

Ballin (Annals of Surgery, No 4, 1932) parle avantageusement de la parathyroïdectomie. Cette opération donne, dit-il, des résultats encourageants.

Spondylose rhizomélique

Cette affection, localisée à la colonne vertébrale et à la racine des membres inférieurs, produit une rigidité qui oblige les malades à n'avancer que par des mouvements de circumduction de chaque membre inférieur. La radiographie montre de l'ostéoporose des corps vertébraux avec ossification des ligaments jaunes et articulaires.

Cette affection bénéficierait d'une étude spéciale de la fonction parathyroïdienne et de l'opération le cas échéant.

Maladie de Paget

Est une ostéite déformante par dégénérescence fibreuse mais non kystique des os. Cinquante ans est l'âge de prédilection. Le tibia est généralement le premier os pris ; viennent ensuite la clavicule et le crâne.

L'ankylose ou les raideurs sont exceptionnelles chez celui-ci. Il y a poussées successives avec hyperthermie locale, troubles sensitifs, augmentation de l'indice oscillométrique et quelquefois fracture pathologique.

La radiographie montre des zones raréfiées ou festonnées ; l'os prend l'aspect ouaté ou de moelle fibreuse.

Ces symptômes, dont la nature sympathique est possible, permettent de se demander si les centres trophiques cérébro-médullaires ne sont pas en cause.

Comme pathogénie de cette affection on invoque la possibilité d'une carence calcique ou d'une avitaminose D.

Avant toute transformation maligne, avec douleur osseuse et hypotonie musculaire, il faut tenter l'intervention, surtout si la radiographie exprime un doute sur l'existence d'un R. concomitant. (Dr Ballin, Annals of Surgery, No 4, 1932, et Gazette Médicale de France, No 2, 1932.)

Toutes les affections qui ont une répercussion sur le système osseux en le décalcifiant, ou celles qui sont suivies de dépôts calcaires dans un endroit X de l'organisme, ou encore les affections qui produisent des phénomènes de sclérose, seraient liées au syndrome hyperparathyroïdien. Telles : otosclérose, rétraction de l'aponévrose palmaire, ostéoporose, ostéomalacie, rachitisme.

Une chéloïde, en quelques heures, se transforme après une parathyroïdectomie. Si quelquefois cette transformation n'est que passagère. Leriche y trouvera un sujet d'étude intéressant. (La Presse Médicale, No 58, 1932.)

L'ostéoporose généralisée avec lésions kystiques, déformantes (cyphose, coxa-vara, incurvation des membres inférieurs, etc.) bénéficie de l'intervention. Celle-ci est suivie d'un arrêt définitif de la décalcification, l'os reprend son aspect normal. (Dr J. D. Camp, The Mayo Clinic, Radiology, vol. 17, juillet 1931.)

Ostéomalacie et Rachitisme

Leur origine naîtrait de troubles parathyroïdiens. Des faits contradictoires ont été signalés. Il peut y avoir hypo ou hyperparathyroïdie. (P. Sainton, Paris Médical, 2 mai 1931.)

DIAGNOSTIC

Inutile de répéter la symptomatologie propre à chaque syndrome mentionné. Ici un seul détail important doit être signalé. En présence d'une lésion osseuse, il est logique et même quelquefois nécessaire de pratiquer une ostéotomie dans le but d'en faire un examen histologique.

Si cet examen révèle l'existence d'ostéoporose, d'ostéite fibreuse, de tumeur à myéloplax coexistant avec un syndrome général de mobilisation calcique, il s'agit sûrement d'une ostéose parathyroïdienne et l'intervention s'impose même si les parathyroïdes ne sont pas palpables cliniquement ou si macroscopiquement, au cours de l'opération, elles présentent un aspect normal.

Ne pas oublier que seuls les adénomes parathyroïdiens n'expliquent pas toujours un ramolissement du squelette. Les privations alimentaires (avitaminose), la carence solaire, le néoplasme, les métastases, etc., peuvent se rencontrer concurremment. (J. A. Lièvre, Gazette Médicale de France, No 13, 1932.)

TECHNIQUE CHIRURGICALE

Les différentes techniques préconisées sont trop nombreuses pour être toutes décrites ici; quelques détails pratiques, acceptés à date, méritent seuls d'être soulignés.

La découverte des parathyroïdes est souvent laborieuse. L'incision transversale doit être pratiquée de préférence à toute autre puisqu'elle permet d'explorer la face postérieure des deux lobes thyroïdiens. Si l'écartement des muscles sous-hyoïdiens ne suffit pas, mieux vaut les sectionner transversalement. (Dieulafé, Gazette Médicale de France, No 18, 1932 et Union Médicale, No 1, 1932 et Dr Ballin, Surgery, Gynecology and Obs., No 5, 1932.)

Causes d'erreurs dans la recherche des parathyroïdes

Celles-ci peuvent être confondues avec du tissu thyroïdien, des ganglions lymphatiques, du tissu graisseux.

Les parathyroïdes sont d'un jaune brun; la graisse ne présente pas de résistance au doigt; le ganglion lymphatique est d'une coloration jaune rouge, de contour régulier et circulaire.

Une seule glande hyperplasiée ou adénomateuse doit être enlevée; si les glandes semblent normale, en enlever trois lorsque les symptômes cliniques sont graves, et deux s'ils ne le sont que peu.

Quand les parathyroïdes restent introuvables, ligaturer et sectionner la thyroïdienne inférieure. Cette manière de procéder a donné de bons résultats à Leriche et à Jung. (Société de Chirurgie, 12 novembre 1930.)

Ne jamais oublier d'envoyer au laboratoire un fragment de la supposée glande parathyroïde enlevée. Que de surprises, paraît-il... Il est même à conseiller, au cours de l'intervention, de faire l'examen par le procédé de congélation.

S'il est impossible de localiser les parathyroïdes, on s'en tient à la ligature des branches terminales de l'artère thyroïdienne inférieure dont l'une d'elles fournit le pédicule vasculaire de la parathyroïde recherchée. La ligature de ce pédicule anémie la parathyroïde inférieure (théorie admise) et joue, aussi, le rôle de la sympathectomie péri-artérielle.

SOINS POST-OPERATOIRES

Dans le but de prévenir une crise d'hypoparathyroïdie (tétanie) post-opératoire, la veille de l'opération donner par la voie buccale ou sous-cutanée de l'extrait parathyroïdien ou mieux encore un sel de calcium. Celui-ci surtout doit être administré plusieurs jours de suite après l'opération. Si la calcémie est inférieure à 0.07, le donner par la voie intraveineuse.

CONCLUSIONS

Il y a lieu de baser de grands espoirs thérapeutiques dans des maladies particulièrement décevantes sur les premiers résultats de cette chirurgie fonctionnelle. (R. et L. Dieulafé, Gazette Médicale de France, No 18, 1932.)

LE TRAITEMENT MODERNE DU DIABÉTIQUE[1]

Gabriel LAFRESNIERE,
Médecin de l'Hôpital Saint-Luc.

Le temps n'est plus, ou du moins ne devrait plus être, où pour tout traitement, on se bornait à défendre au diabétique de manger du pain blanc, des pommes de terre et des pâtisseries.

Sans être aussi simpliste, le traitement rationnel du diabète n'en est pas moins simple, quand il est administré avec méthode.

Le médicament physiologique de cette affection si répandue est, personne ne l'ignore, l'hormone pancréatique, appelée insuline et découverte par Banting et Best dans le laboratoire de MacLeod à Toronto.

Son emploi permet au diabétique de vivre sa vie normale, et elle constitue le traitement par excellence du coma.

Il faut en doubler, tripler et même quadrupler la dose ordinaire dans les infections et les suppurations et elle agit peu ou pas sur les artérites et la gangrène constituées. Dans ces derniers cas, la radiothérapie des surrénales donne d'excellents résultats.

L'insuline ne s'administre que d'une seule façon: en injection sous-cutanée. Les préparations orales, d'après l'expérience des meilleurs auteurs, n'ont donné de résultats que sur les réclames et les prospectus de leurs fabricants.

Mais la thérapeutique du diabète ne repose pas uniquement sur l'insuline; elle est fondée aussi sur le régime. Et à ce sujet, le diabétique en a vu de toutes les couleurs.

On l'a fait jeûner et on l'a même affamé; puis on lui a fait absorber des quantités énormes de graisse, jusqu'à lui en donner la nausée et mettre son foie en révolte.

Plus tard, on l'a tellement rationné en hydrates de carbone, qui constituent, vous le savez, le groupe de substances les plus agréables au goût, que pour rendre acceptable ce qui ne l'était pas, il n'avait d'autre ressource que de tricher sur son régime, ce qu'il faisait

---

(1) Communication faite à la séance de la Société Médica'e, tenue à l'hôpital Saint-Luc, le 4 avril 1933.

d'ailleurs sans vergogne, avec un résultat qui n'était pas celui qu'on attendait.

Le diabétique présente maintenant une figure toute réjouie, quand on lui sert des pommes de terre, du pain blanc, des gâteaux et même du miel ou de la confiture au dessert.

Cette diète hyperhydrocarbonée, appelée en certains milieux sub-calorique, parce qu'elle fournit légèrement moins de calories que le chiffre théorique de trente par kilogramme de poids, est aussi hypograisseuse, ce qui diminue et éloigne les dangers d'artérite, de gangrène, d'acidose et de coma.

Mais quelle que soit la diète prescrite, — ce qui est après tout une question d'école que je ne veux pas discuter — la partie la plus importante du traitement moderne du diabétique est l'éducation du malade. C'est sur ce point que je veux insister, car c'est lui qui justifie le titre de cette communication.

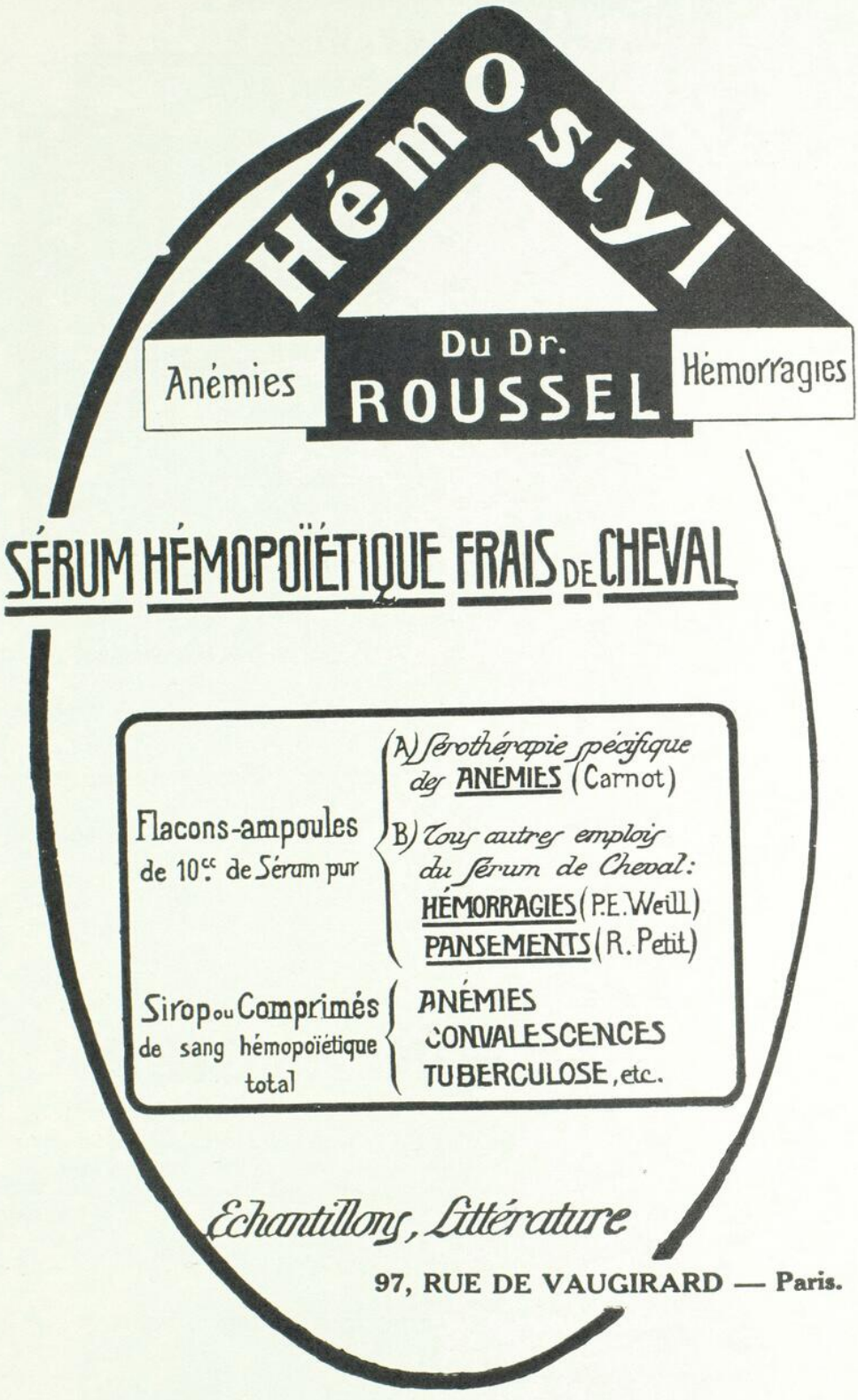
Le patient doit être considéré comme un étudiant en diabète et il doit comprendre qu'il vient suivre, comme élève, un cours pratique sur sa maladie, à l'hôpital, au dispensaire ou dans le cabinet de consultation.

A l'hôpital, ses professeurs sont le médecin ou son interne, l'infirmière en chef du service et la garde-malade diététiste.

Le médecin donne un cours de vulgarisation sur le diabète, ses complications et ses dangers, quand il est laissé à lui-même et non traité. Il insiste sur l'hygiène du diabétique, chez qui les plaies et les ulcères sont si fréquents et surtout si graves. Il termine par des conseils pratiques sur les moyens à prendre pour éviter ces accidents et prévenir la redoutable gangrène et le coma.

Dans les cas de cors, durillons ou phlyctènes consécutifs à une mauvaise distribution de la pression du pied dans la chaussure, il dirige même le patient vers certains cordonniers spécialisés dans la correction de ces vices de fabrication et de répartition de poids.

L'infirmière enseigne au diabétique la manière de préparer une injection d'insuline, où et comment se l'administrer lui-même et les mesures à prendre pour prévenir et guérir les crises d'hypoglycémie. De plus, elle lui montre, en faisant devant lui l'expérience, comment rechercher le sucre et l'acide diacétique dans l'urine et ce qu'il faut faire, le cas échéant.



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

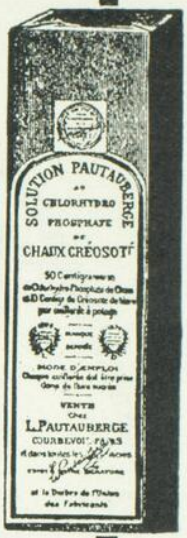
TUBERCULOSE **MÉDICATION** **BRONCHITES**

CRÉOSO-PHOSPHATÉE

Parfaite tolérance de la créosote
Assimilation complète du phosphate de chaux



SOLUTION PAUTAUBERGE



Au Chlorydro-Phosphate de Chaux créosoté

Antitatarrhale et Antiseptique
Eupeptique et Reconstituante

Toutes les **Affections** des **Poumons** et des **Bronches**

L. PAUTAUBERGE, 10, Rue de Constantinople
PARIS (8e)

GRIPPE **RACHITISME**

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

Dans le Traitement des Toxémies de la Grossesse

La Thérapeutique à l'Huile Minérale est maintenant reconnue comme la méthode physiologiquement exacte pour corriger la constipation et la stase intestinale. Une quantité suffisante de sels minéraux de calcium et de phosphore sont généralement d'une très grande valeur pour la mère et nécessaire pour le développement du foetus

Dans cet ordre d'idées la Profession Médicale trouvera dans

L'EMULSION ANGIER

L'Emulsion standardisée d'huile minérale depuis près de 50 ans

un moyen uniformément sûr et certain pour l'élimination de la constipation, et aussi un moyen d'augmenter la quantité de calcium chez la mère qui est dans un état constant de déperdition due à la demande croissante du foetus qui se développe très rapidement.

L'EMULSION ANGIER est agréable au goût, exempte de sucre, ou toute autre drogue dangereuse, et sa miscibilité parfaite en fait souvent un véhicule utile pour d'autres médicaments.

Nous recommandons l'usage de **L'EMULSION ANGIER** *comme un prophylactique durant la grossesse.*

Distributeurs canadiens :

THE WINGATE CHEMICAL COMPANY Ltd.
378 ouest, rue Saint-Paul, MONTREAL

Quant à la garde-malade diététiste, son rôle est non moins important, puisqu'il consiste à familiariser le diabétique avec une des parties fondamentales de son traitement, à savoir, la diète.

Pour ce faire, elle l'initie aux calculs simplifiés et faciles, nécessaires à la composition des régimes et aux valeurs approximatives traduites en mesures familières et comprises de tout le monde. Elle se sert, pour illustrer ses démonstrations, d'objets qu'on voit tous les jours, d'articles qu'on rencontre dans toutes les maisons, pour que son auditeur puisse se faire une idée de leur valeur comparative en grammes, centimètres cubes, etc.

Dans un cours culinaire auquel assistent les patientes et les femmes ou filles de patients, elle leur enseigne la manière de préparer des menus agréables et économiques tout à la fois et leur démontre des recettes destinées à varier et agrémenter le régime.

Ces différents cours ont lieu tous les jours, dans l'après-midi, et tous les patients sans distinction doivent y assister. Si un diabétique est trop malade ou trop âgé pour s'y rendre ou pas assez intelligent pour comprendre, quelqu'un de sa famille, époux ou épouse, fils ou fille, vient à sa place recevoir les instructions.

Pas un diabétique ne doit quitter l'hôpital avant d'avoir terminé son cours, et il n'obtient son congé qu'après avoir passé avec satisfaction un petit examen sur ses connaissances en matière de diabète et de son traitement.

Plus d'un médecin serait surpris de constater le degré de science auquel peut atteindre le malade intelligent et désireux d'apprendre.

Le patient ainsi traité est fier de la confiance que l'on met en lui et il tâche de s'en rendre digne en coopérant avec ceux qui le soignent, parce qu'il est intéressé comme coactionnaire dans son propre traitement.

MOUVEMENT MÉDICAL

MANUEL DE TECHNIQUE PSYCHOMÉTRIQUE
(Suite)

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

CHAPITRE II

LA PRATIQUE DES TESTS

Voici de quelle façon le docteur Claparède, dans son livre : "Comment diagnostiquer les aptitudes chez les écoliers" pose le problème :

Prendre un test, surtout chez un enfant, est toujours chose délicate. L'application d'un test implique, en effet, deux conditions essentielles :

1° L'enfant soumis à l'épreuve doit l'exécuter avec bonne volonté, en y mettant toute son attention.

2° Il ne faut pas que l'enfant se trouve intimidé, effrayé ou gêné d'une façon quelconque par l'expérience ou l'expérimentateur.

Chez l'adulte qui comprend le sérieux d'une expérience scientifique, on peut faire fond sur sa volonté de se donner toute la peine possible. Chez beaucoup d'enfants, on ne saurait faire appel à ce mobile désintéressé. Il faudra donc capter l'intérêt de l'enfant malgré lui, pour ainsi dire. Et parmi les qualités d'un bon test, il ne faut pas oublier cette qualité primordiale qui est d'intéresser l'enfant, de l'amuser. Il va sans dire que l'expérimentateur doit accueillir le "sujet" avec toute la bienveillance possible. On rencontre souvent, surtout parmi les enfants les plus jeunes, des individus qui "ne veulent rien savoir", et dont il n'y a rien à tirer. Parfois, une expérimentatrice féminine parviendra à obtenir des résultats là où l'homme reste impuissant."

De son côté, le docteur Th. Simon, dans l'édition de 1926 de "La mesure du développement de l'intelligence chez les jeunes enfants" énumère ainsi les conditions d'une bonne expérience :

1° Préparer d'avance le matériel nécessaire.

2° "On opérera dans une pièce isolée et silencieuse, dans le bureau du directeur, par exemple, s'il s'agit d'une école."

A Montréal, les écoles de la Commission Scolaire Catholique possèdent toujours un local, "la chambre du médecin", où sont conservées les fiches scolaires servant au médecin inspecteur, dans laquelle il y a un mobilier convenable, une balance, etc. Règle générale, cette pièce est bien appropriée aux conditions d'isolement et de silence préconisées par le Dr Simon.

3° "On sera seul avec l'enfant, ou du moins — car bien souvent ce tête-à-tête ne sera pas possible, et l'on devra opérer soit devant des maîtres, soit devant les parents — on aura soin d'expliquer auparavant aux assistants qu'ils doivent observer un mutisme absolu, et n'avoir qu'une attitude attentive, ne pas aider un embarras, ne pas juger, éviter, par exemple, tout sourire ironique si les réponses de l'enfant semblent s'y prêter; ils doivent se composer un visage qui n'exprime que la bienveillance.

4° On accueillera le sujet avec affabilité, on le rassurera par un ton aimable; on s'efforcera qu'il n'éprouve pas un sentiment paralysant de gêne; on évitera toute allure trop sévère. Faute de ces précautions, l'examen le mieux conduit pourrait être vicié dans ses résultats."

Enfin, Terman, dans "The measurement of intelligence", donne des conseils dont voici la substance :

1° *Nécessité d'attirer l'attention du sujet, et de lui faire donner son maximum.* Le degré du développement intellectuel de l'enfant est estimé par sa facilité à accomplir certaines tâches ; ces tâches peuvent paraître faciles, mais nous devons nous rappeler qu'elles sont souvent loin de l'être pour lui, au point que toute son attention et son meilleur effort sont nécessaires pour les accomplir. Aussi devons-nous écarter toute cause qui pourrait distraire son attention ou diminuer son effort. Il va de soi qu'on ne peut s'attendre à avoir le même degré d'attention de tous les sujets; l'attention volontaire chez les arriérés est toujours faible, instable et rapidement fatiguée.

Notre objectif est d'obtenir le maximum d'attention dont l'enfant est capable: cependant, cette faculté ne peut fonctionner normalement si certains facteurs physiques, tel une rage de dents, un mal de tête, une poussée fébrile, ou certaines causes psychiques, un état émotif, de l'anxiété, un sentiment de crainte viennent rompre l'équilibre psychique ordinaire du sujet.

2° *Tranquillité et isolement.* L'enfant devrait être examiné dans une pièce tranquille, éloignée des bruits de la rue et de toute cause de distraction. Une petite chambre vaut mieux qu'un grande, car la première rappelle plus le milieu familial; le mobilier doit être simple, une table et deux chaises à la rigueur, suffisent très bien.

3° *Présence d'autres personnes.* Habituellement, la présence de tiers donne des distractions à l'enfant; aussi lorsqu'il s'agit d'un examen précis, vaut-il mieux être seul avec lui; quoi qu'il en soit, si une autre personne

est présente, elle devra se placer derrière le sujet, un peu loin de lui, et n'intervenir en rien durant tout le cours de l'examen.

A ce point de vue, la présence d'un parent, d'un professeur, du principal de l'école, a un effet beaucoup plus paralysant que celle d'un étranger.

Les parents et quelquefois les instituteurs ont souvent une tendance irrésistible à interrompre l'examen soit pour expliquer certains échecs de l'enfant, soit pour faire des commentaires maladroits, qui en définitive, facilitent la tâche de celui-ci, et ce, souvent sans le vouloir. Les parents de leur côté peuvent difficilement s'abstenir de gronder l'enfant, ou de manifester leur impatience, si ses réponses ne sont pas ce qu'elles devraient être. Cette façon de faire, en créant un état émotif, diminue les moyens du sujet pour les tests suivants, et tend à fausser le résultat de l'examen.

4° *Etablir le contact.* Le premier devoir de l'examinateur est de gagner la confiance de l'enfant, de le mettre à l'aise, car, à moins que ce contact ne soit bien établi, et que le sujet coopère franchement avec l'examinateur, le résultat des premiers tests sera inférieur à ce qu'il devrait être. Le temps et les efforts nécessaires pour obtenir cet élément important de succès varient avec l'examinateur et l'examiné.

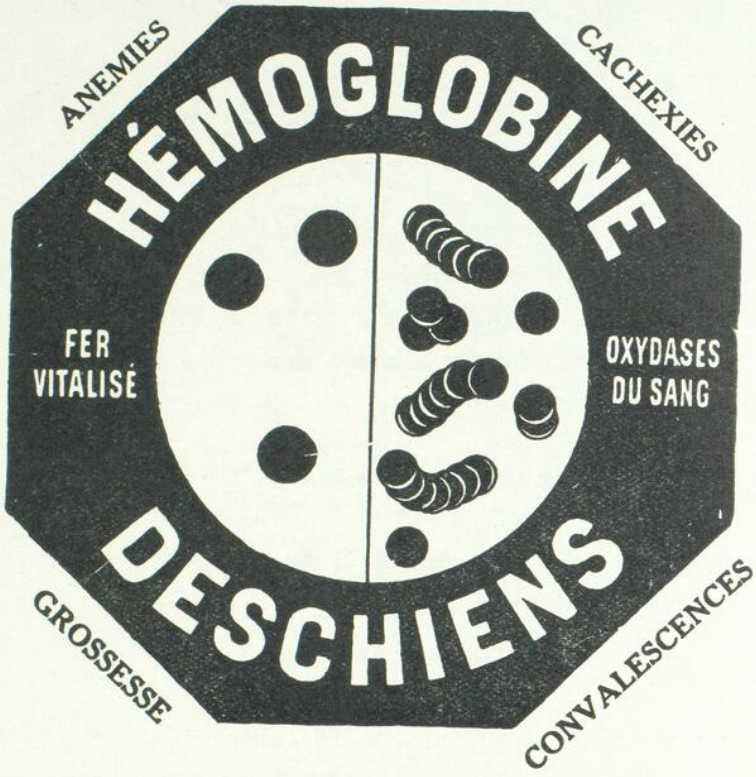
Voici comment j'opère: Le blanc utilisé pour le dépistage de l'enfant m'a déjà appris les nom et prénom, âge, etc., de celui-ci avant qu'il ne pénètre dans la pièce; à son entrée, je lui dis: "Bonjour, (un tel, le nommant par son prénom) viens t'asseoir ici". Ces premiers mots sont dits la figure souriante et d'un ton de voix affable; je tutoie les sujets que j'examine, car à mon sens, utiliser le prénom et le tutoiement, c'est mettre l'enfant dans les conditions ordinaires du milieu familial, et dès son premier rapport avec moi, faire naître chez lui un sentiment de confiance et de quiétude extrêmement important.

Je commence l'examen par des questions ne demandant aucun travail intellectuel; le sujet y répond sans effort, automatiquement en quelque sorte: son nom, son adresse, le nom de l'école, l'occupation de son père, etc. Chez les très timides, lorsque le contact est lent à s'établir, je fais appel à la sphère affective, m'informant s'ils ont des frères et soeurs, le nom et l'âge de ceux-ci, comment va leur maman, etc. La confiance revenue, l'anxiété en partie disparue, je commence les tests eux-mêmes, en conservant le sourire.

5° *Maintenir de l'intérêt chez l'enfant.* La meilleure façon de garder le contact, est de louanger l'enfant de son travail; il n'est jamais permis, quelqu'absurde que soit une réponse, de manifester du désappointement, je dirais même, que plus la réponse est médiocre, plus l'examinateur doit sembler satisfait.

On ne doit pas souligner une réponse erronée à moins qu'il ne paraisse évident que l'enfant ne s'en soit lui-même aperçu, et même dans ce cas, il est bon de lui fournir une excuse, en disant: "Tu es encore trop petit pour répondre à des questions comme celles-là, cela ne fait rien, tu réponds bien quand même."

Des exclamations comme: "Bien", "très bien !", "ça, c'est correct !" doivent être employées libéralement; en un mot, on doit utiliser tout artifice



Opothérapie Hématique

Totale

Sirop de DESCHIENS

à l'Hémoglobine vivante

Renferme intactes les Substances Minimales du Sang total

MÉDICATION RATIONNELLE DES

Syndromes Anémiques

et des

Déchéances organiques

Une cuillerée à potage à chaque repas.

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

Canada: ROUGIER FRÈRES, à Montréal.

Dans la Myocardite -- Prescrivez

THEOCALCIN

(*théobromine-salicylate de calcium*)

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

Littérature et échantillon envoyés sur demande.

MERCK & CO. LIMITED

412, rue St-Sulpice, - MONTREAL

VENDEURS AUTORISÉS

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



PINEOLEUM

(nom déposé)

SOLUTIONS HUILEUSES .....

EN GOUTTES OU EN VAPORISATIONS ?

Dans une enquête récente auprès de Médecins Américains, il fut établi que 55% d'entre eux favorisaient la méthode de vaporisation pour l'emploi des solutions huileuses dans le traitement du catarrhe du nez et de la gorge; 34% préféraient la méthode du compte-gouttes; 11% utilisaient les deux méthodes.

Pineoleum est préparé sous les deux formes pour les besoins de la prescription. Avec une parfaite sécurité, il peut être prescrit pour un traitement supplémentaire à la maison dans le coryza aigu, la rhinite aiguë et la laryngite.

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

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

Nom .....

Adresse .....

tendant à maintenir l'enfant intéressé, confiant, donnant tout ce dont il est capable.

L'examinateur devrait commencer par des tests plutôt faciles, afin d'habituer l'enfant à sa tâche, avant qu'il ne soit appelé à résoudre les problèmes difficiles.

6° *Importance du tact.* Il va sans dire que les diverses personnalités infantiles ne sont pas uniformes et semblables au point qu'une seule technique fasse pour tous les sujets, on doit adapter sa méthode aux tendances d'un chacun; certains enfants sont timides, gênés, d'autres effrontés, inquiets, etc. L'examinateur doit tenir compte de ces faits, et décider de quelle façon il peut plus facilement établir le contact.

7° *Personnalité de l'examinateur.* Il est indéniable, que certaines personnes s'adaptent difficilement à ce genre de travail: il faut savoir se mettre au niveau de l'enfant et comprendre sa psychologie; voilà pourquoi des notions de cette science et un contact suffisamment long avec des arriérés, préparent l'examinateur à saisir les particularités de sa tâche, et l'aident à l'exécuter convenablement.

8° *Eviter la fatigue.* On doit éviter qu'un examen soit assez long pour déterminer chez l'enfant une sensation de fatigue; habituellement, comme les tests sont variés et intéressants, celui-ci supporte bien le travail intellectuel nécessaire à l'établissement de son niveau mental; cependant, si des distractions répétées, un manque d'intérêt manifeste apparaissent chez un sujet jusqu'alors attentif et répondant bien aux tests, il vaudrait mieux suspendre la séance pendant quelques minutes ou terminer l'examen le jour suivant.

9° *Durée d'un examen.* La fatigue apparaît lorsque l'examen dure trop longtemps, et les enfants jeunes manifestent des symptômes de lassitude plus rapidement que les plus vieux, aussi est-il heureux que la durée d'un examen croisse parallèlement à l'âge du sujet, comme en fait foi le tableau suivant :

Enfants de	3	à	5	ans,	durée	de	l'examen:	25	à 30	minutes
"	6	"	8	"	"	"		30	à 40	"
"	9	"	12	"	"	"		40	à 50	"
"	13	"	15	"	"	"		50	à 60	"
Adultes.....					"	"		60	à 90	"

Ces données comprennent, outre la durée de l'examen, le temps nécessaire á établir le contact, mais se rappeler que ces chiffres ne sont que des moyennes; certains sujets répondent avec célérité, tandis que d'autres font preuve d'une lenteur désespérante, particulièrement les arriérés, quoique certains d'entre eux échappent à cette règle. On peut quelquefois activer les réponses, en disant de temps en temps: "Bien, très bien, maintenant dépêche-toi un peu". Mais cette légère admonestation doit être dite avec une figure

souriante et non sur le ton de la gronderie qui créerait chez l'examiné un état émotif pénible, entravant son activité mentale ordinaire. On évitera toute taquinerie, toute moquerie durant l'examen, ainsi que tout retard dans l'enchaînement des tests: un enfant qui attend est un enfant qui perd intérêt à sa tache.

10° *Etendue de l'examen.* Deux considérations d'égale importance priment tout examen: 1) il doit être suffisamment complet; 2) il doit causer ni fatigue ni ennui.

A moins qu'on ne soupçonne de l'arriération mentale, on doit commencer l'examen par les tests établis pour l'âge immédiatement inférieur à l'âge chronologique du sujet: par exemple, chez un enfant de 7 ans, on commencera par les tests de l'âge de 6 ans; mais s'il échoue un test, on doit essayer ceux de 5 ans, et ainsi de suite jusqu'au moment où le sujet réussit les 6 tests établis pour un âge quelconque: cet âge est l'âge fondamental de l'examiné.

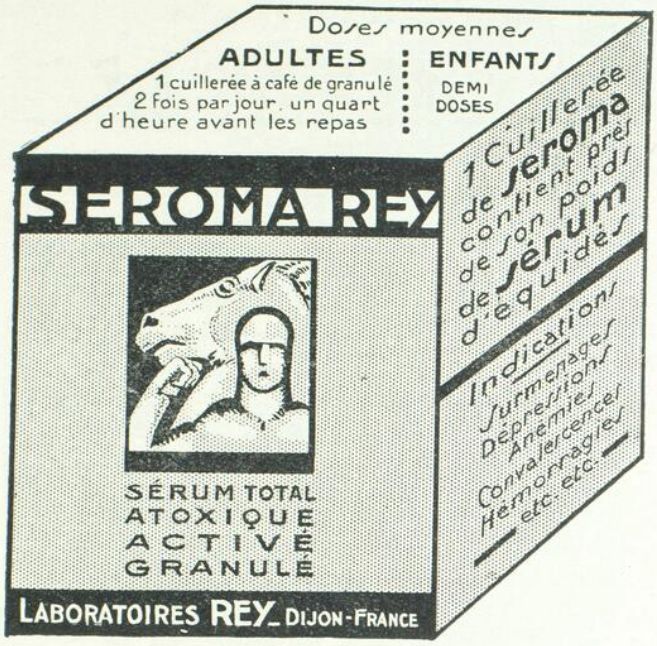
Remontant ensuite la série des âges, on atteint son plafond intellectuel lorsqu'il échoue les 6 tests établis pour un âge quelconque.

Voilà la technique idéale; en pratique, lorsqu'on examine des enfants normaux, afin d'éviter fatigue comme perte de temps, on simplifie la formule de la façon suivante: Prendre comme âge fondamental, l'âge immédiatement au-dessous de celui où l'enfant n'a eu qu'un insuccès, et accepter comme plafond intellectuel, l'âge immédiatement au-dessus de celui où il n'a eu qu'un succès. Cette formule simplifiée ne vaut que pour les enfants normaux; chez les arriérés, le développement intellectuel est si inégal, qu'il est impératif de suivre entièrement la véritable technique.

11° *Marche à suivre en posant les tests.* La facilité plus ou moins grande que présente un enfant à réussir un test dépend souvent de la nature de celui-ci: commencer par des tests de langage ou de mémoire, peut créer des difficultés que des épreuves de gravures, de poids, de trimbre poste, de nœuds, de couleurs, de pièces de monnaie, de nombre de doigts, de droite et gauche, etc., ne produiraient pas.

Dans cette révision, les épreuves ont été établies dans un ordre qu'on doit habituellement suivre, mais dans un cas particulier, si l'enfant semble buter sur certains types de tests, on doit pour le moment, les laisser de côté, quitte à y revenir lorsqu'il en aura exécuté correctement d'un autre genre qui semble mieux lui aller.

12° *Intervention inopportune.* Bien qu'il faille toujours convaincre le sujet qu'il peut accomplir sa tâche s'il veut seulement l'essayer, on doit néanmoins éviter de soutirer une réponse par un excès d'explications ou des interventions intempestives; la sympathie naturelle de l'examinateur tend à lui faire prendre l'habitude de répéter et d'expliquer la question lorsqu'on ne répond pas immédiatement; or, ceci est presque toujours une pratique déplorable, car la question est posée de telle façon qu'elle doit être comprise, et des explications supplémentaires finissent par mettre la réponse dans la bouche de l'enfant.



SANS IODURE — SANS ALCOOL

LUDIN

SIROP — GRANULES

est aussi une arme efficace

contre les ECZÉMAS rebelles, même très anciens

et la plupart des DERMATOSES

DOSES MOYENNES

pro die

Adultes: 6 Granules ou 3 cuillerées à soupe de Sirop.
Enfants: Sirop par cuillerées à café ou à dessert, suivant l'âge.

LABORATOIRES REY - DIJON

Echantillon et Littérature sur demande.

H. B. DE PASSILLÉ

IMPORTATEUR

426, RUE CHERRIER, - - MONTREAL

Téléphone HArbour 0373



ALIMENT & RECONSTITUANT

CARNINE LEFRANCQ

pour Adultes
et pour Enfants

3 Grandeurs de Flacons

Suc de Viande de Bœuf Crue
Concentré dans le Vide et à Froid
avec addition de Sucre et de Glycérine
(NE CONTIENT PAS DE SACCHARINE)

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

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



Renferme les Ferments et les Substances alimentaires de la Viande Crue.

Bien tolérée par l'Estomac et l'Intestin.

Transmet aux aliments stérilisés les propriétés vitales des Ferments qu'elle contient.

ÉTABLISSEMENTS FUMOUZE, 78, Faubourg Saint-Denis - PARIS

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

BISMUTHOÏDOL

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

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

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

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

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

13° *S'en tenir à la formule donnée.* On ne saurait trop insister sur la nécessité de s'en tenir aux formules données, si on veut avoir des réponses de valeur égale; quelquefois l'omission ou l'addition d'une seule phrase, peut changer considérablement la valeur d'un test, en modifiant les éléments essentiels de l'épreuve. Aussi la personne qui désire posséder parfaitement la méthode, doit étudier la technique de chacun des tests afin de les connaître à fond, avant de les pratiquer chez un enfant.

Voici comment le docteur Th. Simon, dans "La mesure du développement de l'intelligence chez les jeunes enfants", insiste sur ce point :

"On ne simplifiera pas, on ne changera aucun terme; on ne substituera pas d'autres images à celles de notre texte, etc. On n'aidera pas non plus l'enfant par une explication supplémentaire qui pourrait le mettre sur la voie. Souvent, on est tenté de le faire; on s'inquiète, on se demande si l'enfant a bien compris. Vains scrupules; le test est de telle sorte qu'on doit le comprendre. Donc, s'en tenir rigoureusement aux formules de l'expérience sans addition ni retranchement. Le principal élément de leur valeur est d'avoir été éprouvées.

Il faut faire cependant tous ses efforts pour obtenir une réponse. L'interprétation en sera toujours plus aisée que l'appréciation d'un silence. Comment donc y réussir ? On rencontrera, en effet, parfois, des difficultés, surtout avec les enfants très jeunes et avec les écoliers timides. Les enfants de trois et quatre ans restent volontiers muets quand on les interroge. Quelques-uns se décident à faire de petits actes, comme à montrer leur nez, mais ils ne veulent pas parler, la parole semble leur coûter plus que le geste. L'intervention d'une directrice peut, dans ces conditions exceptionnelles, être utile. Si elle est intelligente, elle sait comment il faut parler à ce petit monde pour rassurer et rendre bavard. Une petite caresse à l'un, une gronderie à l'autre, et tout marchera bien. Dans tous les cas, l'encouragement ne doit être que dans le ton de la voix, ou dans des mots vides de sens et qui servent seulement d'excitant: "Allons ! Dépêchons-nous — Eh bien ?" On peut aussi répéter la question.

Enfin, deux points méritent encore notre attention: En premier lieu, surtout lorsque la question pose un dilemme (montre ton oreille gauche, etc.) il arrive que l'enfant ayant commencé sa réponse, la suspend; il s'arrête, il nous interroge du regard; il voudrait savoir notre avis. Suivant l'attitude que nous tiendrons alors, il achève, corrige, ou cherche autre chose. Il ne faut rien exprimer, il faut attendre, c'est difficile ! En second lieu, éviter les mots: "Tu ne sais pas ?" lorsque l'enfant hésite. Si l'on commet la faute de les prononcer, l'enfant saute immédiatement sur la perche qu'ils tendent à sa paresse, et, s'il voit qu'on se contente d'un aveu d'ignorance, il ne cherche plus, il donne sa langue au chat, trop heureux qu'on le laisse désormais tranquille. Maintenant la réponse est acquise, s'en montrer satisfait, quelle qu'elle soit. Encourager sans cesse: "A la bonne heure !" "Bien, très bien !" etc. Ne jamais critiquer, ne pas perdre son temps à faire la

leçon. Il y a moment pour tout. On est ici pour juger le niveau de l'enfant, non pour l'instruire. Quelquefois on peut supposer qu'une erreur est un lapsus. Qu'on se taise encore, mais pour s'en assurer, on reprendra l'épreuve après en avoir exécuté quelques autres. Il ne faut pas se borner à enregistrer en automate."

14° *Appréciation des réponses.* On doit noter non seulement la réponse elle-même, mais chacune de ses subdivisions lorsqu'une question en comporte, de manière que le tableau clinique soit aussi complet que possible; en effet, il peut être important de savoir si l'enfant dans un test de répétition de chiffres a réussi une seule épreuve ou plusieurs; de même, dans le test des absurdités si son échec est dû à 2, 3 ou 4 erreurs. Ne pas oublier de tenir exactement compte du temps, lorsque ce facteur est indiqué dans un test.

15° *Enregistrement des réponses.* Coter par signes "plus ou moins" seulement est une méthode insuffisante; chaque fois que la chose est possible, la réponse entière du sujet doit être écrite, autrement seul l'examinateur actuel peut juger les réponses, tout autre manquant d'un élément essentiel d'appréciation; mais on doit éviter de faire attendre l'enfant, aussi faut-il écrire rapidement et souvent par abbréviations.

Quoi qu'il en soit, après chaque réponse on inscrit immédiatement dans la marge gauche du blanc de test, le signe + si la réponse est bonne; le signe — si elle est mauvaise, et la notation "½" si elle n'est qu'à demi bonne. Une réponse particulièrement bonne, peut être marquée + +, et une particulièrement mauvaise par — —; s'il y a doute sur la valeur d'une réponse, un "?" doit être ajouté après un + ou un —, suivant le cas, mais d'une façon générale, on doit s'efforcer de coter par + ou —, en évitant de noter par demi-succès.

16° *Etendue de la zone des succès.* Un débutant dans la technique psychométrique est souvent surpris de voir l'étendue de la zone des bonnes réponses; on serait porté à croire que l'enfant de 10 ans doit passer correctement tous les tests jusqu'à 10 ans inclusivement et rater ceux d'un âge supérieur ; l'expérience démontre qu'il en est rarement ainsi et voici pourquoi : 1) L'intelligence d'un sujet est ordinairement inégale dans son développement en ce sens qu'elle est multiple et variée dans ses applications comme dans ses facultés, et certaines de celles-ci sont plus développées que d'autres, d'où les aptitudes individnelles. 2) Aucun test ne peut être une épreuve d'intelligence pure, en ce sens que de nombreux facteurs acquis: instruction, éducation, expérience, viennent faciliter ou non la solution de telle ou telle expérience. Voilà pourquoi la zone des succès et des échecs d'un sujet couvre ordinairement 3 ou 4 années, et que le nombre des insuccès augmente de plus en plus jusqu'au plafond intellectuel.

17° *Renseignements complémentaires.* Ce serait une utopie de penser qu'on pourrait créer une série de tests mentaux capables de donner un tableau complet de toute l'intelligence d'un sujet, et rien de plus; en effet, aucun test ne peut être seulement une épreuve d'intelligence pure, car tous ont

des rapports étroits avec l'éducation, l'expérience et le milieu familial; aussi, pour apprécier d'une façon complète un niveau mental, doit-on faire entrer en ligne de compte les facteurs suivants:

1) Condition sociale: Très supérieure, supérieure, moyenne, inférieure ou très inférieure.

2) Appréciation de l'intelligence du sujet par son professeur: Très supérieure, supérieure, moyenne, inférieure ou très inférieure.

3) Scolarité: nombre d'années de fréquentation scolaire, assiduité à l'école, retard ou avance sur la moyenne d'âge de la classe;

4) Valeur du travail à l'école : Très supérieur, supérieur, moyen, inférieur, ou très inférieur.

5) Anomalies physiques: Hypertrophie des amygdales, carie dentaire, diminution de l'acuité auditive ou visuelle, dénutrition, stigmates de dégénérescence, etc.

Enfin, l'examinateur doit apprécier l'attitude du sujet durant l'examen, noter comportement, réactions, manifestations de crainte ou de timidité, refus de répondre aux questions, négligence, manque d'attention, sentiment de confiance exagérée en lui-même, etc. Dans certains cas, il peut être nécessaire de vérifier si l'âge réel de l'enfant correspond à l'âge chronologique donné.

18° *Tests supplémentaires.* Ces tests ont été créés pour être substitués aux épreuves régulières, lorsqu'une raison quelconque: manque de matériel, tests réguliers connus de l'enfant, etc., motive leur emploi; mais il doit être bien compris qu'on ne peut jamais utiliser un test supplémentaire pour effacer un échec des tests réguliers.

19° *Comment trouver l'âge mental.* Dans les tests de Kuhlmann, chaque test réussi vaut :

A l'âge de	3	mois	6/10	d'un mois	x 5	=	3 mois
"	6	"	6/10	"	x 5	=	3 "
"	12	"	1 mois	2/10	x 5	=	6 "
"	18	"	1 mois	2/10	x 5	=	6 "
"	2	ans	1 mois	2/10	x 5	=	6 "

si on n'utilise que 5 tests, mais lorsqu'on emploie les 6 tests valant 2 mois chacun, on obtient naturellement les 12 mois de l'année II.

Dans la révision de Stanford, comme il y a 6 tests par année d'âge, depuis 3 ans jusqu'à 10 ans inclusivement, chaque test réussi vaut 2 mois d'âge mental puisque 6 fois 2 égalent 12 mois ou une année d'âge mental.

A 12 ans il y a 8 tests, mais comme il n'y a pas de test pour l'âge de 11 ans, ces 8 tests représentent un total de 24 mois, d'où chacun de ces tests vaut 3 mois si on les utilise tous les 8, mais 4 mois est la valeur de chacun d'eux, lorsqu'on demande seulement 6 tests, afin d'obtenir quand même ce total de 24 mois.

Comme il n'y a pas de test pour l'âge de 13 ans, chacun des 6 de l'âge de 14 ans a une valeur de 4 mois, afin de former encore ce total de 24 mois.

Quant aux tests de l'adulte moyen, ils valent chacun 5 mois, tandis que ceux de l'adulte supérieur ont une valeur de 6 mois chacun.

Voici maintenant comment s'établit l'âge mental: Nous avons déjà vu au paragraphe 10 de ces instructions que l'âge fondamental est celui où les 6 épreuves établies pour un âge mental quelconque sont réussies par le sujet; or, à cette base, on ajoute le total des mois convertis en années et en mois, obtenu dans les tests supérieurs à l'âge fondamental, en tenant compte, bien entendu, de la valeur des tests en mois aux différents âges, tel qu'expliqué ci-haut.

Exemple: Supposons un enfant dont l'âge fondamental est 7 ans, voici comment on établira son âge mental :

Age fondamental: 6 tests passés à 7 ans = 7 ans

Age mental de	8	ans	5 tests	passés,	2	mois chaque	= 10	mois
"	9	"	5	"	2	"	= 10	"
"	10	"	4	"	2	"	= 8	"
"	12	"	2	"	3	"	= 6	"
"	14	"	1	"	4	"	= 4	"
							38	"

Si nous additionnons les mois obtenus, nous trouvons un total de 38 que nous divisons par 12 (une année); ce calcul nous donne 3 ans et 2 mois, qui ajoutés aux 7 ans de l'âge fondamental, forment un grand total de 10 ans et 2 mois: qui est l'âge mental du sujet.

Remarques: Si, en établissant un niveau mental, un test est oublié, voici comment le problème peut être résolu: Supposons qu'à l'âge de 8 ans, 4 questions seulement ont été posées, le sujet a donné deux bonnes réponses et deux mauvaises, on est en droit de supposer que si les six questions lui avaient été demandées, il aurait eu la même somme de succès, c'est-à-dire 3 bonnes réponses et 3 mauvaises; on devra donc augmenter la valeur des tests donnés, dans la proportion des succès obtenus; ainsi, dans les tests inférieurs à ceux de 12 ans, si quatre épreuves seulement ont été subies, chacune vaut 3 mois, puisque $3 \times 4 = 12$; si 5 tests ont été donnés, chacun vaut 2 mois 4/10 puisque $5 \times 2.4 = 12$.

A l'âge de 12 ans, comme nous l'avons dit, chaque épreuve vaut trois mois, mais lorsque six tests seulement sont demandés, chacun d'eux a une valeur de 4 mois, puisque $6 \times 4 = 24$.

Dans les tests de l'adulte moyen, les 6 épreuves ont une valeur totale de 30 mois ou 5 mois chacun, mais si 5 tests seulement sont demandés chacun d'eux vaut 6 mois: $5 \times 6 = 30$.

La valeur totale des 6 tests d'adulte supérieur est 36 mois; si seulement 5 sont demandés, chacun d'eux vaudrait 7.2 mois: $5 \times 7.2 = 36$.

Littérature et

Echantillons

sur demande à

Pour procurer aux malades
un Sommeil bienfaisant et réparateur

Le Sirop Gelineau

(Bromure de potassium et chloral)
est resté
LA PRÉPARATION CLASSIQUE
sûre en ses résultats, supérieure aux hypnotiques récents;
toujours bien tolérée, son administration ne laissant à redouter aucun accident consécutif.
J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

Épilepsie!!

dans l'état actuel de la Science, les

Dragées Gelineau

(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine)
demeurent toujours
le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie
J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

ROUGIER FRERES

350, rue Le Moyne,

Montréal.

Elixir-Ducro

TONIQUE RECONSTITUTIF PAR EXCELLENCE

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

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

IL EST PRESCRIT:

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

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

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

DURIEZ, Successeur de Ducro & Cie

Dépôt Général pour le Canada: ROUGIER FRÈRES, à MONTRÉAL.

OCREINE GREMY

Principe actif du corps jaune de l'ovaire.

Traitement des Troubles menstruels par Insuffisance ovarienne.

2 à 5 pilules par jour pendant les 8 jours qui précèdent les règles et pendant leur durée.

P. S. — Dans le cas de troubles menstruels par insuffisance ovarienne associée à de l'insuffisance thyroïdienne, employer de préférence la THYROCREINE (Association de THYRENINE et d'OCREINE).

LABORATOIRES G. GREMY, 14, rue de Clichy, PARIS.

STRYCHNAL LONGUET

Dérivé synthétique de la Strychnine de toxicité dix fois moindre

Toutes indications de la Strychnine

Granules dosées à 1 ctgr.
Ampoules de 1 cc. à 1 ctgr.

LABORATOIRES P. LONGUET, PARIS.

VULCASE BRISSON

Comprimés laxatifs-dépuratifs
Soufre organique et opothérapie biliaire.

Constipation. — Affections du Foie et de l'Intestin. Dermatoses.

Comme laxatif: 3 à 4 *comprimés le soir au coucher.*
Comme dépuratif: 2 *comprimés le matin à jeun.*

LABORATOIRES P. BRISSON & Cie, PARIS.

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

20° *Quotient intellectuel.* La notion de l'âge mental n'est pas suffisante par elle-même pour déterminer le degré d'arriération d'un sujet, l'autre facteur essentiel est l'âge chronologique; en effet, un enfant de 3 ans avec un âge mental de 2 ans présente un déficit d'un an, mais cette année vaut un tiers chez lui, tandis que ce même retard d'un an chez un sujet de 10 ans, n'a plus que la valeur d'un dixième; aussi, pour apprécier exactement un développement intellectuel doit-on diviser l'âge mental par l'âge chronologique et le produit de cette division est le quotient intellectuel. L'opération se fait, soit au moyen d'une règle graduée à cet effet, soit en transformant les groupes d'années et de mois, en mois seulement.

21° Le quotient intellectuel chez les adultes. On admet en anthropologie, que le développement physique d'un être humain est terminé à 21 ans, après cet âge, le sujet peut gagner ou perdre du poids, développer certains groupes musculaires, mais ces modifications sont purement accidentelles et n'ajoutent rien au développement physique. En psychologie, on accepte que le développement intellectuel est terminé à 16 ans; sans doute, des acquisitions nombreuses dans tous les domaines de la pensée se font, l'expérience s'acquiert, le jugement mûrit, le goût s'affine, toutes les particularités en un mot, qui caractérisent l'adulte apparaissent après cet âge, mais l'organe intelligence, si je puis ainsi m'exprimer, n'en a pas moins complété son développement à 16 ans. Cette notion nous explique pourquoi un arriéré d'un niveau mental de 5 ans avec 10 ans d'âge chronologique ne pourra jamais rattraper le temps perdu; un tel retard signifie que ce sujet doit vieillir de 2 ans au point de vue chronologique pour se développer d'un an, au point de vue mental, et comme d'autre part, à 16 ans, le développement intellectuel est terminé, pendant toute sa vie il n'aura à sa disposition que l'intelligence d'un enfant de 8 ans.

Donc, pour la recherche du quotient intellectuel chez l'adulte, on doit diviser l'âge mental trouvé, par ce chiffre constant de 16 ans, quel que soit l'âge réel du sujet.

DES SOINS PRÉ-NATAUX.

DES SOINS DE LA GROSSESSE DANS LES CLINIQUES PRÉNATALES

Par Jacques FORTIER
Assistant à la clinique obstétricale de l'hôpital Notre-Dame.

Depuis quelques années, sous l'inspiration des conseils d'hygiène ou de sociétés philanthropiques, il s'établit un peu partout, dans nos grands centres, des cliniques prénatales.

Ces cliniques sont à l'usage des classes pauvres, et les malades sont invitées à les fréquenter à une période aussi rapprochée que possible du début de la grossesse. Elles y apprennent le sérieux de leur situation, et pour elles-mêmes et pour l'enfant qui doit naître.

En général, à cette première période, des conseils d'hygiène suffisent : conseils quant à l'exercice, au travail, à la diète, aux heures de sommeil, et bien d'autres. Combien d'avortements et de fausses-couches ces conseils du début permettent-ils d'éviter. Nombre d'avortements sont causés chaque année par l'ignorance ou la négligence des simples lois de la prudence. Les promenades, par exemple, trop longues, en automobile, par des chemins raboteux ou simplement trop durs, sont une des causes les plus fréquentes des avortements des premiers mois de la grossesse. On y répète, aux malades, l'hygiène des diverses fonctions: l'hygiène de la peau, du tube digestif. On peut éloigner bien des cas de toxémie, l'urémie par exemple, en régularisant, dès les débuts de la grossesse, les fonctions de la peau et du tube digestif, et en surveillant les fonctions rénales. Les statistiques que l'on commence à faire sur les résultats des cliniques anté-natales, démontrent déjà une diminution fort considérable dans le nombre des cas d'éclampsie. Il est bien certain que si la future mère se donne les soins qui lui sont raisonnablement nécessaires, l'enfant s'en ressentira, sera mieux constitué et plus fort.

La première chose que l'on fait, c'est un examen général complet. Chez nombre de jeunes femmes, en apparence saines, qui se présentent aux cliniques dès le début de leur grossesse, on rencontre des maladies constitutionnelles ou organiques, des tares souvent ignorées. Il est

important que le plus grand nombre possible de ces maladies soient reconnues dès le début. On trouve parfois de la tuberculose, parfois, — bien qu'assez rarement — de la syphilis. Dans ce cas, on confirme généralement le diagnostic clinique par le laboratoire, recherche des bacilles de Koch, épreuve de Bordet-Wassermann. D'autres fois, ce sont des troubles et des lésions cardiaques, du goître de différente nature. Il est facile à concevoir qu'une personne ainsi atteinte et mise sur ses gardes, dès le début, aura une grossesse plus heureuse et un accouchement plus normal. L'enfant, de son côté, présentera bien moins souvent les stigmates de la maladie.

L'examen général recherche non seulement les maladies générales, mais en plus tout ce qui peut aggraver le risque de l'accouchement, les infirmités, par exemple: le rachitisme. Une chose dont le médecin doit bien s'assurer, ce sont les écoulements vaginaux, et il doit non seulement les constater, mais les traiter ou conseiller à la malade de se faire traiter par ses médecins. Les écoulements vaginaux qui contiennent des germes sont fréquemment la cause d'infection puerpérale chez la mère, et d'ophtalmie purulente chez les nouveaunés.

Quand le médecin connaît bien le terrain sur lequel évolue la grossesse, il doit chercher à reconnaître, aussi à bonne heure que possible, l'existence de toxémies; de bons guides pour cela sont les analyses fréquentes d'urine et l'étude de la pression artérielle, parfois l'analyse du sang. On ne doit jamais négliger de traiter les signes, même les plus bénins, de toxémie: la diète et le repos, malgré les ennuis qui en résultent, le traitement de la constipation, valent bien la peine qu'on s'y arrête pour prévenir les dangers de toxémies.

Nous l'avons vu: les jeunes femmes sont invitées à se présenter à la clinique à une époque aussi rapprochée que possible du début de la grossesse, et quand bien même elles n'éprouvent pas de grands malaises elles doivent s'y présenter tous les mois. Chez celles qui n'ont rien de pathologique, l'examen banal dans les premiers mois consiste dans une étude des fonctions digestives et rénales. La malade a-t-elle des nausées, des vomissements, les intestins fonctionnent-ils régulièrement ?

Les urines sont-elles normales ? En général, on fait dès les premières consultations, l'examen chimique des urines. Si les résultats ne sont pas normaux, on fait parfois faire une analyse microscopique, et parfois on constate ainsi des troubles organiques du rein.

La pression artérielle est toujours prise: parfois elle peut fournir des résultats précieux et nous mettre en garde contre l'éclampsie, toujours plus à craindre chez celles qui ont des pressions élevées.

C'est notre habitude d'insister continuellement sur l'importance du bon fonctionnement de la peau. Le bain, généralement tiède, au moins hebdomadaire, les lavages généraux tièdes, avec légères frictions, sont d'une nécessité sur laquelle on ne saurait trop appuyer. Une peau qui fonctionne bien est un émonctoire précieux.

* * *

A mesure que la grossesse avance, de nouveaux problèmes se présentent. Il s'agit de prévenir les dystocies. Et ici encore les statistiques démontrent que les soins pendant la grossesse ont assurément pour effet de diminuer le nombre et la gravité de ces cas.

A partir de la trentième semaine, surtout, la manière dont le fœtus est placé, la forme et les diamètres du bassin, les dimensions de la tête fœtale doivent être l'objet de toute l'attention du médecin.

La présentation et la position du fœtus doivent être recherchées d'abord par les méthodes ordinaires d'examen clinique: c'est-à-dire, par l'inspection, la palpation et l'auscultation de l'abdomen. Et le temps le plus propice pour cet examen est vers la trente-et-unième semaine, c'est-à-dire vers la fin du septième mois. Avec un peu d'habitude, de patience, le praticien, en se guidant sur les données des auteurs classiques, parvient assez facilement à reconnaître la présentation. Si elle est transverse ou oblique, de même si la position est occipito-postérieure, on peut à cette époque les corriger par des manipulations relativement simples, par des manœuvres externes.

Les présentations du siège sont les plus difficiles à convertir en présentations céphaliques, et le praticien ne doit pas être désappointé s'il ne réussit pas à cette époque prénatale à opérer la version.

Un fait que le praticien doit avoir à l'esprit pour ne pas être pris au dépourvu au moment de l'accouchement, c'est que la récidive de la présentation vicieuse, après qu'elle a été bien corrigée, implique souvent un bassin déformé.

Le deuxième problème que le médecin de la clinique prénatale doit chercher à résoudre à cette période de la grossesse, ce sont les dimensions relatives de la tête fœtale et du bassin maternel. Problème difficile, nous n'avons pas de moyens exacts pour mesurer

directement, avec une précision mathématique, ni la grosseur de la tête fœtale, ni le calibre des parties les plus rétrécies du vagin. On doit, tout de même, faire la mensuration externe du bassin, et l'accoucheur doit se rappeler que si le diamètre conjugué externe est moins de 7.5 pouces il doit s'attendre à un accouchement difficile.

La radiographie peut, dans certains cas, nous donner des renseignements d'une plus grande précision, et nous croyons que chez les primipares dont nous n'avons pu par la pelvimétrie et autres méthodes cliniques constater exactement les dimensions relatives de la tête et du bassin, nous devrons avoir recours à ce moyen diagnostic.

Le professeur Oxley, une des lumières de la science obstétricale anglaise, après avoir reconnu la difficulté du problème chez les primipares, exprime la constatation suivante dont il affirme la justesse :

"Heureusement, dit-il, la nature nous donne un criterium sûr: chez la femme enceinte pour la première fois, la tête fœtale descend dans le bassin vers la fin de la trente-sixième semaine et y demeure jusqu'au moment du travail."

On peut facilement, dit-il, constater que cette descente s'est opérée: la tête cesse d'être en contact avec la paroi abdominale. Pour la sentir dorénavant, on doit placer les doigts au-dessus de la partie médiane du ligament de Poupart, et les enfoncer en bas et en dedans, comme si on voulait pénétrer dans le bassin. Si, malgré cette manœuvre, on reste dans le doute, on peut se rassurer par un examen vaginal. Le professeur ajoute cette remarque consolante: "Si la mère est en santé, si la présentation est normale, si la tête est dans le bassin à la fin de la trente-sixième semaine, il est aussi certain qu'on peut l'être en médecine que l'expulsion du fœtus se fera normalement ou, tout au plus, par une application de forceps à la région vulvaire."

Chez les multipares, le problème est différent. La tête ne peut plus servir de guide parce qu'elle ne s'engage dans le bassin qu'au début du travail; mais ici encore, dit le professeur Oxley, on peut avec une certitude suffisante dire que les conditions étant normales, — "où un enfant a passé d'autres naîtront sans accident".

Les statistiques démontrent qu'avec ces procédés relativement simples les cliniques prénatales ont déjà, jusqu'à présent, pu permettre de constater un taux de mortalité remarquablement bas, une élimination presque complète de l'éclampsie, une diminution de la

mortalité par les maladies intercurrentes, une diminution dans le nombre et dans la gravité des fausses-couches, et, finalement, de meilleurs résultats dans les cas de bassin rétréci ou difforme.

Mais, toutes les malades ne fréquentent pas les cliniques anténatales: ce sont les pauvres surtout qui en bénéficient. Dans les classes aisées, les choses se passent autrement. Une certaine proportion des femmes enceintes ont déjà pris l'habitude de la visite régulière au médecin qui doit les accoucher. Et celui-ci, en leur donnant à son cabinet de consultation l'attention et les soins que les pauvres reçoivent dans les cliniques, contribue largement à la diminution des accidents et de la mortalité chez elles. Malheureusement, cette habitude de consulter le médecin pendant la grossesse n'est pas suffisamment répandue. Trop de personnes enceintes cotoient le précipice sans y donner une attention suffisante.

Parmi tous les moyens que l'on préconise pour la diminution de la mortalité chez la femme enceinte et chez l'enfant, hors les cliniques prénatales, un des plus sûrs et des plus importants est cette visite régulière de la femme enceinte à son médecin.

L'INSTITUT BRUCHÉSI

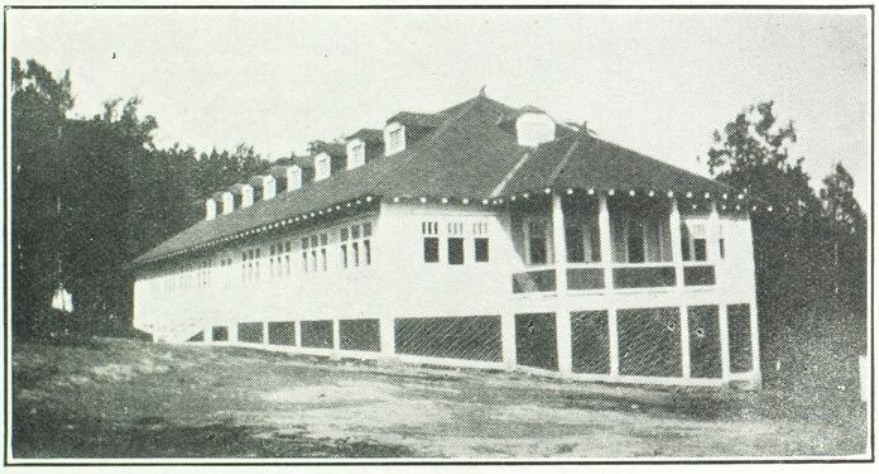
Extrait du rapport général

Pour les années 1929-1930-1931

Extrait du rapport du docteur J.-A. CORRIGAN,

Surintendant médical des Camps de santé — Camps David et Perron.

Le choix des enfants comme toujours, depuis que l'Institut Bruchési a des Camps de Santé, a été soumis à un règlement très précis, tant de la part des médecins à la clinique des enfants, que



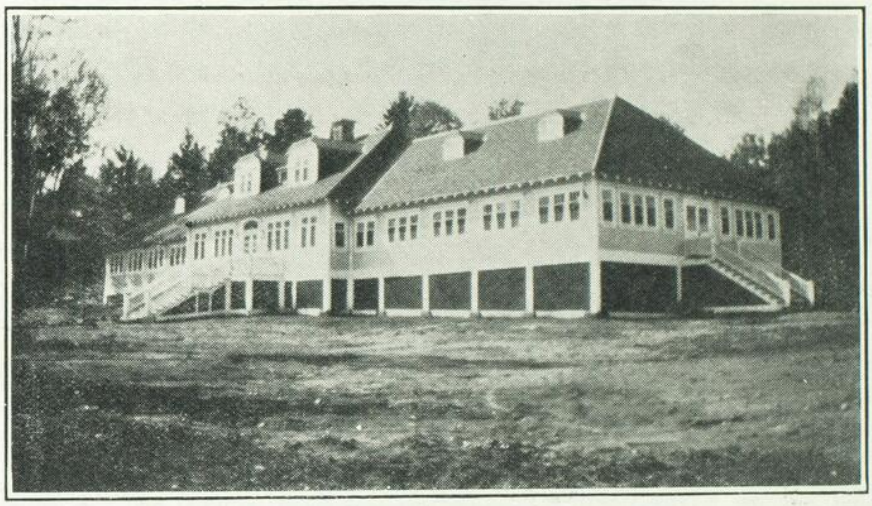
Un des quatre pavillons du camp Perron.

de la part du service social qui nous les présentait. Sont choisis, les enfants vivant au contact de parents tuberculeux et ayant une réaction positive au Von Pirquet. Age, 6 à 12 ans. Etant donné le nombre restreint de lits, choisir de préférence les enfants de familles nombreuses, et les plus mal partagés au point de vue localité et habitation. Choisir de préférence les enfants se présentant à la clinique à intervalles réguliers, afin que le service médical puisse constater l'amélioration dans l'état de santé et établir des statistiques comparatives.

A chaque année, ma première préoccupation a été de me rendre compte de la salubrité du Camp.

J'ai inspecté les sources d'eaux et afin d'assurer un débit suffisant, j'ai demandé de faire quelques améliorations aux réservoirs. Cette année l'eau n'a jamais manqué. J'ai fait faire l'analyse de l'eau qui fut trouvée très potable.

J'ai examiné les aliments et je me suis intéressé principalement aux approvisionnements de lait. Par le fait même que l'on avait au Camp un camion automobile pour le transport des aliments, ceux-ci furent toujours plus frais et de meilleure qualité. Le lait fourni par des cultivateurs arriva toujours au Camp dans d'excellentes conditions. Le troupeau de vaches était d'ailleurs contrôlé.



Cuisine et réfectoires.

J'ai fait l'inspection, avant l'arrivée des enfants au Camp, et pendant leur séjour, des dortoirs, des cuisines, des réfectoires, et des cabinets. Tout y était en bon ordre et fut maintenu propre et salubre.

J'ai obtenu la gracieuse coopération du Bureau de l'Ecole Dentaire afin d'organiser une clinique dentaire pour nos enfants. Tous nos petits candidats au Camp eurent leur bouche examinée, et à ceux qui en avaient besoin, l'on fit quelques petites interventions. Je profite de l'occasion pour remercier de leur bienveillante collaboration, le Doyen de l'Ecole Dentaire, le docteur Dubeau, le Chef de Service, le docteur Thibaudeau et son personnel; c'est pour moi un devoir de gratitude d'ajouter que cette clinique dentaire eut un

La protection des tissus épithéliaux

Qu'il soit maintenant possible de protéger les tissus épithéliaux contre l'envahissement d'organismes pathologiques, c'est là le résultat des expériences cliniques faites avec Radiostoleum.

La première expérience (Brit. Med. Journ., 1929, 1, 084) concernait la disparition de l'infection par l'administration de Radiostoleum et la seconde (Brit. Med. Journ., 1931, 11, 595) le traitement pré-natal de 275 femmes encore par Radiostoleum, ayant comme conséquence dans ce dernier cas la réduction du taux de morbidité de 4.73% à 1.09%.

De plus, aux Indes et en Afrique-Sud, la valeur prophylactique de la Vitamine A (associée à la Vitamine D) en conservant l'intégrité des tissus épithéliaux fut démontrée par des travaux faits avec Radiostoleum.

RADIOSTOLEUM

(Vitamines standardisées A et D)

Tous les renseignements seront fournis par

THE BRITISH DRUG HOUSES (CANADA) LTD

Dépositaires généraux: TORONTO 2, Ont.

Rstm/Can/3305F

CONTRE LES CRISES ASTHMATIFORMES
des BRONCHITIQUES CHRONIQUES et des EMPHYSÉMATEUX
et contre l'ASTHME à toutes ses périodes.

L'ÉPHÉIODINE BÉRAL

(Élixir à 3cg d'Ephédrine et Lobélie iodurée par cuillerée à café)

est une véritable PROVIDENCE

parcequ'elle

Dilate les bronches **Favorise l'expectoration**

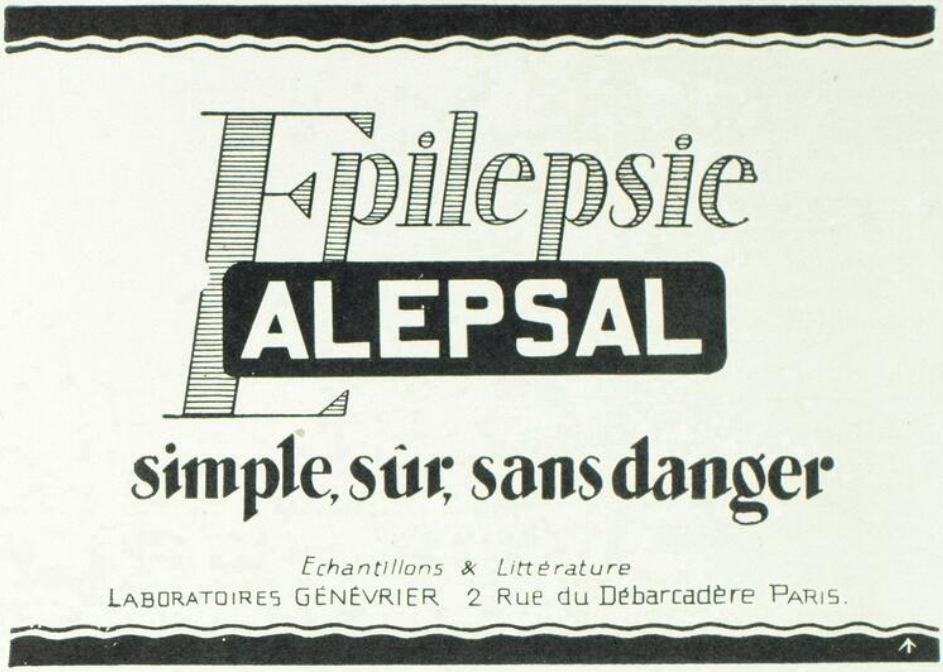
Evite les crises **Soulage toujours.**

En périodes d'accès : 1 cuillerée à café le matin et 1 ou 2 cuillerées à café dès le début de l'accès.

Entre les accès : 1 cuillerée à café le matin.

LABORATOIRE DE L'ÉPHÉDRINE NATURELLE BÉRAL
194, rue de Rivoli, PARIS

Au Canada: HERDT & CHARTON, INC., 2027, McGill College Avenue, MONTREAL



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

Massage médical, chirurgical et hygiénique sous la prescription de Messieurs les Médecins et Chirurgiens

Masseur expert

Fernand Gatine

Diplômé de l'Ecole Française d'Orthopédie et de Massage de Paris.

(Reconnue de l'Etat)

3673, Ave du Parc, - - MONTREAL

Tél. HArbour 9428

Se rend à domicile. Heures de bureau sur rendez-vous.

merveilleux effet, puisque durant la colonie, deux enfants seulement se présentèrent au dispensaire du Camp, souffrant du mal de dents.

Grâce aux instructions données dès le début aux enfants, tous les malaises étaient rapportés et soignés immédiatement. C'est pour cela que la santé générale de nos petits colons a été excellente.

J'ai accompagné les enfants dans deux départs et au retour. Le voyage qui se fit par chemin de fer fut plus rapide, plus confortable et plus gai. Et cela influença beaucoup la santé de nos enfants.

Je n'ai plus à exprimer qu'un vœu, c'est qu'en 1933, les conditions financières de l'Institut Bruchési s'étant améliorées, il nous soit possible de donner à 600 enfants l'avantage d'une renaissance physique, et que sur les bords de notre beau lac, un préventorium s'élève pour les petits déficients qui en ont un manifeste besoin. Ce sera un nouvel essor que nous saluerons avec enthousiasme et gratitude.

Colonie 1932

Capacité des Camps: 600 enfants
Enfants admis : 350 "
Durée de la colonie : 6 semaines
Gain chez les fillettes: ½ à 12 livres — Moyenne 3 ½ livres
Gain chez les garçons : ½ à 10 " Moyenne 3 — "
Nombre de repas servis aux enfants et personnel: 52,320
Coût des denrées alimentaires: $ 2,825.20
Coût de revient du repas au Camp: 0.05 3/10

VARIÉTÉS

COMMENT ON DEVIENT MÉDECIN[1]

Par M. T. PARIZEAU,
Vice-doyen et Directeur des Etudes à la Faculté de Médecine
de l'Université de Montréal.

Le temps n'est plus où, pour avoir le droit de soulager et de guérir, il suffisait de s'inscrire sur les registres d'une Ecole, d'assister avec plus ou moins d'assiduité à quelques leçons théoriques, de se faire accepter par un praticien, dont on partageait vaguement les faits et gestes, et la vie.

Après trois ou quatre années de ce régime, quelques examens d'une sévérité très atténuée étaient imposés aux candidats. Un diplôme s'en suivait, et le récent Esculape avait le droit de prescrire et de soigner quiconque se sentait le courage d'en prendre les risques.

Cette formule très sommaire et ces études mal équilibrées, chose étonnante, donnaient quelquefois des résultats pratiques surprenants.

Ceux de ma génération se souviennent encore de certains noms, dont la réputation comme praticiens se justifiaient d'une valeur réelle. Tant il est vrai qu'en médecine, comme partout ailleurs, l'autodidacte peut atteindre à des hauteurs souvent remarquables.

Ces temps-là sont passés...

La Médecine, que l'on considérait comme un art, a subi de grandes modifications dans son essence même et dans ses manifestations vis-à-vis le malade.

Sans être une science dans le sens absolu, elle appuie ses observations sur des faits constatés scientifiquement, et nul ne peut devenir médecin sans avoir acquis une connaissance suffisante des sciences, qui viennent prêter à l'esprit d'observation le secours de

(1) Causerie faite à la radio par le Dr T. Parizeau, Vice-Doyen et Directeur des études à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.

leurs exactitudes. A l'heure actuelle, on exige du futur élève qu'il fasse la preuve d'études préparatoires.

Cette preuve, c'est pour les uns un diplôme de bachelier, pour d'autres un certificat d'examen du brevet.

Cette dernière formule tend du reste à disparaître de plus en plus. En effet, sur les 300 élèves inscrits à notre Faculté, à peine une trentaine se sont contentés de ce dernier moyen.

La préparation scientifique de ces élèves a été jugée, depuis la fondation de l'Université de Montréal, insuffisante au point de vue des sciences; c'est pourquoi nous faisons précéder les études médicales proprement dites d'une année préparatoire, la prémédicale, pendant laquelle les élèves reçoivent un enseignement théorique et pratique en physique, chimie et biologie.

Pour la partie pratique de cet enseignement, ils sont tenus, pour ainsi parler, de mettre la main à la pâte et de faire eux-mêmes un certain nombre d'expériences parmi les plus démonstratives.

En somme, nous voulons que nos élèves soient préparés à bien comprendre les phénomènes de biologie qui défileront sous leurs yeux au cours de leurs études médicales, phénomènes qu'il est impossible de saisir et de bien interpréter sans posséder des notions suffisantes de chimie, et même de physique.

Du reste, pendant leur première et leur deuxième année de Médecine, ils devront approfondir ces notions, mais alors sous forme d'applications strictement médicales.

L'année prémédicale nous offre en plus l'occasion de sélectionner avec soin les futurs élèves en médecine.

La matière des cours est abondante; elle exige une somme de travail continu que l'élève amateur n'envisage pas sans découragement.

Son effort n'étant pas à la hauteur de la situation, il s'ensuit que de lui-même il abandonne l'étude de la médecine, ou bien se trouve éliminé par l'épreuve des examens. Ces examens, les élèves le savent, ne sont pas une plaisanterie. Chaque année, de 20 à 25% des inscrits en prémédicale sont refusés. Ils ont, il est vrai, un droit à la reprise d'automne; mais, malgré cela, le nombre des élèves admis en première de Médecine est toujours notoirement inférieur à celui des prémédicaux.

Ceux qui ont traversé l'épreuve avec succès sont donc à présent des étudiants en médecine. Ils en sont d'autant plus fiers, que

l'année prémédicale ne les a jamais beaucoup enthousiasmés. Le fait en soi n'a rien d'étonnant. La jeunesse a toujours été impatiente des barrières et des formalités. Elle aspire à la vie pleine et à l'indépendance, sans se douter, la pauvre, que plénitude et indépendance n'existent pour personne.

On comprend quand même la satisfaction de l'apprenti médecin au seuil du temple où son désir l'amène plein d'espérance et de légitime ambition.

Que va-t-on lui demander ? Evidemment, la continuation d'un effort soutenu. Cet effort, il s'exercera sur des sujets plus intéressants pour l'élève qui, dès ce moment, entrevoit les merveilles du corps humain, de cet admirable mécanisme que nulle machine, si complexe et si parfaite soit-elle, n'a jamais su égaler.

L'Anatomie lui offre ses descriptions de multiples organes, de tissus merveilleusement ouvrés, de combinaisons si bien ordonnées que le moindre des éléments qui les constituent y joue encore un rôle d'importance vitale. Cette Anatomie, on la lui fera voir à l'œil nu, on la lui fera toucher du doigt. Mais, en plus, on lui en révélera les secrets les plus intimes, faisant défiler sous ses yeux, grâce au microscope, la fine texture des tissus et le merveilleux agencement des cellules de tous genres. Cela, c'est le rôle de l'Histologie, c'est l'anatomie microscopique.

Le microscope fera plus encore, il permettra à l'élève de suivre et d'étudier le développement de l'embryon. C'est-à-dire de l'être qui parti d'une cellule devient un tout complet et autonome, avec ses systèmes variés, ses organes complexes, ses fonctions. Ceci, c'est de l'embryologie.

L'élève qui s'est assimilé ces connaissances diverses connaît maintenant la machine humaine.

Il s'agit d'en étudier le fonctionnement. Cette étude porte le nom de physiologie.

A la suite, et sur les pas de l'anatomie, elle enseigne à l'élève le rôle des tissus et des organes. Nul d'entre eux n'échappe à ses investigations. Depuis le cerveau et le système nerveux jusqu'au moindre phénomène de la digestion et de la nutrition, tout est étudié, scruté, étalé, commenté. Elle est en cela vigoureusement secondée par la chimie, dont le rôle en médecine a pris en ces dernières années une importance capitale. Les chimistes, autrefois, se contentaient

LES CIGARETTES

SWEET CAPORAL

reviennent
au Prix
d'Avant-Guerre





10 pour 10c
20 pour 20c
25 pour 25c

— et en boîtes métalliques de cinquante.

La forme la plus pure sous laquelle le tabac peut être fûmé.

Lancet.

Collectionnez les "MAINS DE POKER"

Bronchites

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

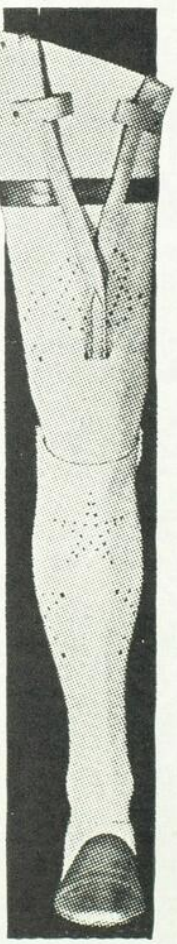
MATIN, MIDI et SOIR
une cuillerée à soupe de

SIROP FAMEL

Echantillons gratuits sur simple demande adressée à

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

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



Dernière Création de la Prothèse

Prodige de la mécanique moderne.

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

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

DUCKETT

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

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

J. A. DUCKETT

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

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

d'aider la médecine en lui offrant des moyens de thérapeutique plus ou moins variés, plus ou moins abondants. Ils ont du resté continué dans ce sens, et leurs trouvailles actuelles ne sont rien moins que merveilleuses.

Mais, ils ont en plus poussé leurs recherches vers la chimie du corps humain, s'aidant de multiples expériences conduites chez les animaux, ouvrant ainsi la porte aux découvertes les plus précieuses de la physiologie.

Nos élèves de première et de deuxième année assistent à ce défilé de notions scientifiques qui leur est servi par un personnel de compétence avérée. Je dirai plus, ils y ont part eux-mêmes.

En effet, l'enseignement théorique est doublé partout de travaux pratiques auxquels un temps considérable est consacré. Qu'il s'agisse d'anatomie, de physiologie, de chimie ou de physique médicale, l'élève doit exécuter lui-même un certain nombre d'expériences destinées à lui faire toucher avec le doigt les théories avancées. La leçon de choses est ici comme en tout enseignement le plus efficace.

Le travail de ces deux premières années est organisé en vue d'une solide préparation qui va permettre à l'étudiant d'aborder la clinique et de mieux comprendre la maladie. On lui a fait voir l'homme sain, afin de lui permettre de mieux saisir les états anormaux du même organisme devenu malade.

Du reste, un premier contact avec l'homme malade lui a été permis pendant ces deux années, puisqu'il a fréquenté, à des heures mesurées, les dispensaires et les cliniques externes de nos hôpitaux.

L'utilité de ces fréquentations n'est pas douteuse. C'est pour l'élève un avant-goût de son métier futur, qui l'aguerrit et lui révèle quelques-uns des secrets de l'observation. Sous ses yeux s'accomplit le travail de ses aînés et de ses maîtres. Peu à peu, son esprit s'ouvre au mystère de la maladie. Il est mûr pour l'initiation des années qui vont suivre.

Avant d'y atteindre, cependant, il devra passer avec succès des examens qui ne sont plus, je vous prie de le croire, comme autrefois de simples formalités. La preuve en est dans le fait que chaque année plusieurs succombent et que la sélection commencée en pré-médicale se continue avec les examens de première et seconde année.

Comme conséquence, ce qui reste pour les années suivantes est un choix d'élèves bien préparés et qui possèdent les qualités nécessaires aux études qu'ils ont entreprises. Les insuccès aux examens sont par la suite beaucoup plus rares et plus facilement réparés.

Notre élève est maintenant passé à la troisième année. Il a gagné de ne plus s'intéresser qu'à la maladie et aux malades. Dès lors, il reçoit un enseignement mixte où la théorie sous ses formes les plus diverses lui est versée à larges traits par des maîtres dont l'expérience pratique sert de solide appui à leurs dires.

C'est la description des maladies médicales ou chirurgicales, c'est l'exposé des moyens de traitements, de médicaments, des méthodes de tous genres inventés pour guérir ou soulager.

Le champ est vaste et ce n'est pas trop dire que l'élève doit faire appel à tout son courage pour entreprendre l'exploration, en saisir le détail et faire sien le savoir accumulé par des générations. Son effort est singulièrement aidé par le dévouement des maîtres qui pour une rémunération presque toujours insignifiante, donnent à leurs élèves le meilleur d'eux-mêmes.

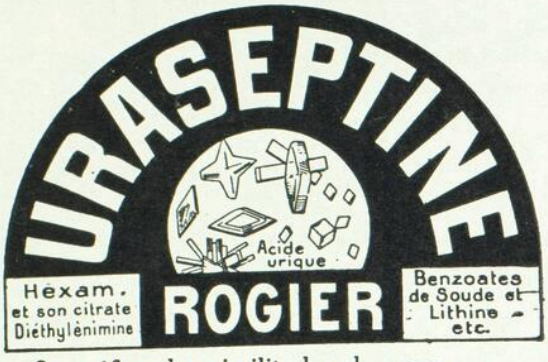
En troisième et quatrième années, nos élèves, outre les cours théoriques, suivent les cliniques dans les hôpitaux affiliés à notre Faculté. C'est de beaucoup ce qui les intéresse le plus. On le comprend, du reste, c'est la partie vécue de leur enseignement, c'est l'étude de la maladie sur le malade.

Pour la troisième année, cette étude embrasse la médecine et la chirurgie générales. En plus de ces cliniques générales, la quatrième année fréquente les cliniques spéciales, telles que celle des maladies de la tête, de la gynécologie, de la dermatologie et de l'urologie. De plus, ces élèves font un stage de quelques semaines aux maternités et à l'hôpital Sainte-Justine.

Quelle que soit la clinique fréquentée, l'élève y passe toutes ses matinées. Il y participe à l'examen des malades, écrit l'histoire de ceux-ci, assiste aux examens de contrôle des laboratoires ou des Rayons X. Il fréquente la salle d'opération et se familiarise avec les belles conquêtes de la clinique moderne. Bref, cet élève, il vit dans le milieu hospitalier, où tout converge vers la connaissance intime du malade et vers la guérison de la maladie. C'est en vivant ainsi qu'il acquiert ce qu'on a désigné d'un mot typique: le sens clinique. Peu à peu, il saisit tous les aspects de la maladie, il en comprend l'évolution, il en perçoit les modalités et constate les effets des traitements appliqués.

Dans toute cette étude, les souvenirs de ses années de sciences précliniques lui reviennent et l'aident à mieux comprendre les phé-

ANTISEPTIQUE URINAIRE ET BILIAIRE par excellence



Se méfier des similitudes de noms

Diathèse Urique
Arthritisme

dissout et chasse l'acide urique

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

DOSE : 2 à 6 cuillerées à café par jour.

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

INDICATIONS : Pyélites — Pyélo-néphrites — Bactériuries — Cystites — Prostatites — Urètrites — Pyuries — Blennorrhagies — Abcès urineux — 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

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

LACTOLAXINE FYDAU

COMPRIMÉS LAXATIFS DÉCONGESTIFS, CHOLAGOGUES

à base de Lactose, Sels biliaires, Phénol-phtaléine, Agar-agar.

Traitement Biologique

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

DOSE : 1 à 3 Comprimés le soir au Coucher.

LABORATOIRES BIOLOGIQUES ANDRÉ PÂRIS

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

4, Rue de La Motte-Picquet, PARIS (France).

Echantillons et Dépôt Général : **ROUGIER Frères, Montréal.**

Le Traitement des Troubles Menstruels

PAR

l'EMMENINE et l'A.P.L.

La présentation récente de ces deux hormones offre des avantages marqués dans le traitement des troubles de fonctionnement ovarien. Les résultats définis et permanents obtenus indiquent que l'Emménine et l'A. P. L. possèdent une action thérapeutique supérieure à celle des médicaments qui ne donnent qu'un soulagement temporaire. Les principales indications sont la dysménorrhée (lorsque la douleur précède l'écoulement), la migraine (basée sur des dérangements endocriniens), les symptômes de ménopause, l'aménorrhée (types secondaires), la ménorragie et la métrorragie.



L'Emménine Liquide est offerte en bouteilles de 4 onces (120 cc.)

Emménine Liquide

(DEUX FORMES)

LA FORME COMPLEXE est indiquée dans le traitement de la dysménorrhée, la migraine et les troubles ménopausiques.

Active par voie buccale

LA FORME TRAITEE A L'ETHER est particulièrement indiquée dans le traitement de l'aménorrhée (type secondaire).

Active par voie buccale

A. P. L.

(Anterior-Pituitary-Like Hormone)

Hormone du placenta semblable à celle du lobe antérieur de l'hypophyse. Cette hormone est particulièrement indiquée dans la ménorragie et la métrorragie.

Pour injection sous-cutanée



L'A. P. L. se vend en ampoules d'un cc. (six par boîte) et en flacons de 5 cc. avec bouchon en caoutchouc.

Ces hormones placentaires sont préparées et standardisées biologiquement selon la technique du docteur J. B. Collip, Département de Biochimie, Université McGill (C. M. A. J. 22: 761, 1930).

Ayerst, McKenna & Harrison
Limited

PHARMACIENS ET BIOLOGISTES

MONTREAL 781, rue William CANADA

nomènes qui se traduisent chez le malade de façon parfois si peu marquée. A l'occasion de ce malade, les laboratoires lui mettent sous les yeux maints détails qui éclairent la situation.

Du reste, toute étude de laboratoire n'est pas bannie de son programme. En troisième année, nous le retrouvons cultivant les microbes, fauteurs de maladies, les examinant au microscope, les inoculant aux animaux et reproduisant ainsi le mal expérimental.

En quatrième, sous la direction d'un maître éminent, il lui est donné de suivre dans ses moindres détails les ravages de la maladie sur les cellules de l'organisme. L'étude de l'anatomie pathologique lui permet de mieux comprendre l'évolution.

Comme on le voit, ces deux années sont fructueusement remplies par l'étude du malade et des maladies. Dans le passé, on se serait limité à ces quatre années.

Nous avons pensé faire plus et mieux; et de cette pensée est né l'internat obligatoire pour tous nos élèves en leur cinquième année.

Le rôle d'interne, peut-être ne le connaît-on pas beaucoup dans le public. Deux mots sur le sujet vous en feront saisir l'économie et les avantages.

Chacun de nos hôpitaux subdivisés en divers services (médecine, chirurgie et spécialités) possède un personnel médical chargé d'administrer ces divers services. C'est, pour chaque section, un chef, des assistants et enfin des internes. Ceux-ci logent dans l'hôpital. On peut dire que nuit et jour ils participent à la vie intense de celui-ci.

Pas un malade n'entre dans un service sans que l'interne ne le voie, l'examine, pose un diagnostic d'attente, et même, dans certains cas, bien définis, n'applique un commencement de traitement.

L'on sent très bien tout l'avantage que cela peut entraîner pour le jeune homme désireux de s'instruire et voulant bien y mettre tout son temps et son plein effort.

Autrefois, on était interne à la sortie et le diplôme en main. Nos hôpitaux n'avaient aucune difficulté pour le recrutement de leurs internes. Lorsque les études furent portées à six années, il n'en fut plus ainsi. A peine une dizaine de diplômés posèrent-ils leur candidature. La situation, pour critique qu'elle parut, ne manqua pas de déclancher une solution qui depuis lors s'est affirmée sous les plus heureuses couleurs.

Remaniant le programme de cinquième année, nous avons fait de nos élèves seniors des internes réguliers, que nos hôpitaux reçoivent

avec plaisir, parce qu'ils donnent un excellent rendement, et parce que la discipline leur est encore tolérable.

Chacun de ces élèves est attribué à l'un des services hospitaliers pour une période de deux ou quatre mois, suivant la nature du service.

Les changements ont lieu périodiquement et lorsque, en fin d'année, l'élève reçoit son diplôme, il a servi quatre mois en médecine, quatre en chirurgie et quatre en des spécialités diverses.

Le système est en usage depuis six années, il a donné pleine et entière satisfaction à nos hôpitaux. Il a contribué de façon très substantielle à l'amélioration de notre enseignement. Il a fait de nos jeunes gens une classe beaucoup mieux préparée à remplir ses devoirs vis-à-vis du public et des individus.

Seront-ils mieux appréciés que leurs aînés ?

Donneront-ils à leurs malades plus que leurs anciens ?

C'est le *secret de l'avenir* pour chacun d'eux. Cet avenir, il sera fait non seulement de l'effort de leur passé d'étudiant, *mais de la courageuse détermination qu'ils auront prise de faire "toujours et quand même" rien que leur devoir et tout leur devoir.*

REVUE DES LIVRES

Précis de Propédeutique et de Technique médicale, par V. CORDIER, médecin à l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Lyon, avec la collaboration pour le système nerveux de A. DEVIC, médecin des hôpitaux, professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Lyon. — G. Doin & Cie, éditeurs, 8, Place de l'Odéon, Paris. 1933.

Le professeur agrégé Victor Cordier a publié, il y a quelques mois, un précis de Propédeutique que les élèves de toutes les facultés de médecine devraient posséder non seulement pour se guider dans leurs études cliniques, mais aussi dans leur pratique médicale lorsqu'ils auront quitté les bancs de l'Université.

Il aborde tous les sujets, il explore tous les organes, soit du point de vue clinique, soit du point de vue technique, soit du point de vue biologique. Nous croyons, pour notre part, que ce volume de 1,700 pages, abondamment illustré, est le guide le plus sûr que l'on puisse consulter et où l'on trouve, réunies dans un ordre parfait, les notions essentielles que le médecin même le plus expérimenté trouvera fréquemment l'occasion d'appliquer auprès de ses malades, soit à l'hôpital, soit dans son cabinet.

"L'acte médical, dit l'auteur, n'a en réalité qu'un but, établir un diagnostic précis; de lui découleront le pronostic, la thérapeutique et la prophylaxie. Mais la route qui y conduit est longue et difficile, et il n'est pas rare qu'à la fin de ses années de scolarité, l'étudiant, qui s'est contenté d'assister à des visites médicales et à des leçons, qui ne s'est pas débattu avec de nombreux cas difficiles, se trouve désarmé, ne sachant pas comment aborder l'examen de ses malades".

L'étudiant, pour atteindre son but, doit donc posséder une technique élémentaire apprise au lit du malade. Peu à peu il se familiarise avec les méthodes de recherches modernes et il supplée ainsi à l'élaboration intellectuelle du diagnostic qui est l'objet principal des leçons du professeur, qui néglige trop souvent les méthodes de l'examen médiat du malade. La propédeutique devient donc une véritable clef pour pénétrer avec assurance sous les arcanes du diagnostic. L'étudiant devra donc posséder la connaissance de l'état normal, c'est-à-dire la physiologie organique de l'individu. Plus tard, il apprendra la technique de l'interrogatoire et la recherche des symptômes; bientôt il pourra les grouper, après les avoir sélectionnés pour arriver au diagnostic en accomplissant à ce moment l'acte intellectuel qui constitue la dernière étape de l'examen du malade grâce à l'association judicieuse du laboratoire et de la clinique. Cette méthode rigoureuse conduit à une thérapeutique simple et efficace.

Voici, en résumé, quel est le plan suivi par notre collègue et ami:

1—Un rappel anatomique portant surtout sur l'anatomie.

2—Une étude des fonctions normales, appuyée sur l'expérimentation physiologique, mais dans un esprit clinique et passant en revue les méthodes de laboratoire usuelles au lit du malade.

3—Le rappel des infections qui frappent cet appareil et ses modes de défense; en somme une "esquisse" anatomo-pathologique et physio-pathologique.

4—La technique de l'interrogatoire qui passe en revue les signes fonctionnels et généraux.

5—La technique de l'examen physique.

6—L'examen des autres organes : chapitre en apparence fastidieux, mais qui vous imposera l'habitude de faire l'examen complet et non localisé à l'appareil en cause.

7—Le radiodiagnostic.

8—Les examens de laboratoire usuels : je n'ai, sauf en de rares exceptions, indiqué qu'une seule technique: et pour apprendre à se servir de ces examens, je les ai, dans la dernière section, divisés à propos de chaque syndrome ou maladie, en examens de *nécessité* (indispensables au diagnostic) et de *luxe* (nécessaires à une étude scientifique complète à l'hôpital).

9—Enfin la conduite méthodique de l'examen : résumé des chapitres précédents, application à des cas concrets, guide de l'étudiant qui aborde le malade et prend une observation et surtout préparation à l'action psychique du diagnostic.

— Nous nous plaisons aussi à attirer l'attention sur la propédeutique du système nerveux, par le professeur agrégé Devic, dont la claire compétence est devenue une collaboration très efficace dans l'oeuvre entreprise par M. Cordier.

Il est difficile d'en dire davantage; il faudrait signaler à l'attention du lecteur tous les chapitres les uns après les autres. Qu'il nous suffise de dire que ce livre devrait être dans les bîbliothèques de tous les médecins et entre les mains de tous les étudiants, à cause de sa précision, de sa clarté et des renseignements pratiques qu'on y trouve à chaque page si abondamment illustrée.

Que notre ami Cordier et son collaborateur Devic nous permettent de leur adresser, du Canada, nos félicitations pour le beau livre qu'ils viennent de publier .

Albert LeSAGE.

MÉDECINE PRATIQUE

DIATHÈSE GOUTTEUSE

Benzoate de soude .... 5 grammes
Oxymel scillitique .... 25 —
Sirop des cinq racines .... 75 —
Eau de tilleul ou eau bouillie .... q.s.p. 150 cc.

Par cuiller à soupe de deux heures en deux heures.

1) **Episodes sub-aigus:**

Benzoate de lithine
Aspirine
Magnésie calcinée
} ââ .... 0 gr. 25 centigrammes

Pour un cachet No 20. Quatre à huit par jour.

Ou bien:

Carbonate de lithine .... 0 gr. 25 centigrammes
Pyramidon .... 0 gr. 15 —
Poudre de colchique .... 0 gr. 05 —

Pour un cachet No 20. Trois à six par jour.

2) **Episodes aigus:**

Benzoate de lithine .... 5 grammes
Salicylate de soude .... 10 —
Sirop des cinq racines .... 100 —
Hydrolat de menthe
Eau distillée
} ââ .... 120 —

Trois à six cuillerées à soupe par jour.

Poudre effervescente:

Carbonate de lithine .... 2 grammes
Bicarbonate de soude .... 5 —
Acide citrique .... 4 —

Pour 10 paquets: 2 à 6 par jour dans un peu d'eau.

L.

ANALYSES

MEDECINE

René LERICHE et René FONTAINE. — **Chirurgie des nerfs du coeur**
Journal de Chirurgie, octobre 1932.

L'infiltration novocaïnique du *ganglion étoilé* fait un *blocage instantané* mais *passager* des réflexes vaso-constrictifs, presseurs et douloureux, dans les maladies du cœur d'origine vasculaire. Elle arrête quelquefois immédiatement les crises d'angine et les crises d'asthme. Elle modifie l'électrocardiogramme légèrement et d'une façon passagère. Les effets peuvent être durables. La méthode est habituellement sans inconvénient.

Pour modifier *définitivement* l'innervation aortique ou la vascularisation myocardique, on peut recourir à cinq procédés chirurgicaux différents :

1°) *La section du nerf dépresseur.*—Bien que l'on connaisse mal les effets physiologiques de cette section, on a pu obtenir ainsi des guérisons durables de l'angine. Parfois on ne peut trouver le dépresseur chez l'homme.

2°) *La ramisection cervicale basse avec ablation du segment sus-stellaire du sympathique cervical. Le ganglion étoilé est conservé.* La tension subit une rapide augmentation, pour quelques heures, puis une chute considérable durant une quinzaine de jours. Suit un retour aux chiffres antérieurs, avec réactions normales au chaud et au froid.

L'*électrocardiogramme* montre une accélération du rythme, sans changements appréciables des ondes, donc, sans effet fâcheux sur le fonctionnement du cœur.

Les troubles (angine) ne disparaissent que peu à peu. Cette ramisection basse ne paraît pas être aussi élective que le pense Daniélopolu; presque toujours les opérateurs, sans le vouloir, ou sans le savoir, coupent les vaso-moteurs coronariens et les accélérateurs cardiaques.

3°) *L'ablation de la chaine cervico-thoracique.*—Malgré les critiques de Daniélopolu, cette opération est sans gravité si l'on opère avec douceur et lentement, en évitant toutes tractions brutales. Elle produit le syndrome oculo-pupillaire, la vaso-dilatation de la face, de l'oreille et du membre supérieur, et les mêmes effets sur la tension que l'opération sus-stellaire. Elle ne nuit pas au fonctionnement du cœur.

L'*électrocardiogramme* montre un ralentissement du rythme, des modifications de P, de Q, de R, pour 5 ou 6 jours; l'arythmie sinusale respiratoire et l'inversion de T en 2e et 3e dérivations persistent.

La sympathectomie cervico-thoracique est peut-être le moyen le plus sûr de supprimer les réflexes dus aux excitations centripètes parties de la région cardio-aortique.

Mais les auteurs pensent que l'ablation isolée du stellaire doit lui être préférée habituellement.

4°) *L'ablation isolée du ganglion étoilé.*—Elle présente les mêmes effets physiologiques que les deux opérations précédentes, effets oculo-pupillaires et vaso-dilatateurs, bien qu'elle respecte tout le segment sympathique sus-jacent au ganglion stellaire.

L'*électrocardiogramme*, au cours de l'opération, montre une accélération du rythme. *Les tracés électriques resteront plus tard ce qu'ils étaient avant l'opération.*

Pour répondre à Daniélopolu, qui trouve cette opération dangereuse, parce que, d'après lui, elle diminuerait la valeur du myocarde et le taux de la circulation coronarienne, exposant le malade à l'asystolie aiguë et à l'œdème pulmonaire. Leriche et Fontaine déclarent qu'ils ont fait, de janvier 1925 au 15 juillet 1932, 62 ablations du ganglion étoilé, plusieurs chez des malades à cœur atteint, sans aucun incident post-opératoire ni aucune mort opératoire.

Même après double stellectomie, c'est-à-dire après suppression des accélérateurs cardiaques, le cœur reste capable de s'adapter à l'effort et de s'accélérer.

5°) *L'ablation des deux ou des trois premiers ganglions thoraciques.*—Elle a été recommandée par *White*. On ne paraît pas en avoir étudié les effets physiologiques sur le cœur. Adson et Brown n'auraient observé, après cette opération, aucune diminution du pouvoir d'accélération à l'effort.

Albert DeGUISE.

Roger FISCHER (Genève). — **Traitement curatif et préventif des ankyloses et des arthrites post-traumatiques par l'acétylcholine.** La Presse Médicale, 25 mars 1933.

Après une fracture articulaire ou une immobilisation prolongée d'un membre, on constate de la raideur, de l'ostéoporose et des douleurs. L'équilibre neuro-végétatif joue un rôle prépondérant dans ces phénomènes, mais, pour l'auteur, s'ajoutent des troubles circulatoires directs qui sont essentiels.

On a employé comme traitement la mécanothérapie, les extraits endocriniens, la sympathectomie. Leurs résultats sont parfois impressionnants; cependant, l'amélioration des troubles trophiques n'est pas démontrée. Ayant traité avec succès des ulcères variqueux avec l'acétylcholine, l'auteur a pensé traiter avec ce médicament les cas d'ankylose articulaire. Il en rapporte les résultats encourageants dans 13 observations.

L'auteur conclut: tout traumatisme articulaire ou toute immobilisation d'un membre pouvant entraîner l'ankylose de l'articulation, est justifiable du traitement à l'acétylcholine. Il est institué dès les premiers jours de l'immobilisation et prolongé selon l'état de l'articulation. Selon les cas, quelques piqûres d'acétylcholine à 0.10 ctg. auront raison de la raideur ou bien on donnera jusqu'à 15 et 20 ampoules, dont les dernières quotidiennement.

Les résultats sont indiscutables; c'est l'ankylose qui cède rapidement ou bien une fracture intra-articulaire ou une articulation plâtrée qui, à la sortie même du plâtre, conserve sa souplesse et ses mouvements.

Comment expliquer ces faits ? Dans une région traumatisée, il y aurait vaso-constriction partielle des artérioles secondaires. Ce médicament remédierait à cette vaso-constriction et, de plus, il modifierait l'équilibre du calcium dans un sens favorable. La décalcification, comparée d'un os traumatisé à un os sain du même sujet, disparaît.

Emile MATHIEU.

D. ADLERSBERG et O. PORGES. — **Le traitement du diabète sucré par un régime pauvre en graisses.** La Presse Médicale, 11 mars 1933, No 20, p. 400.

Ces deux auteurs viennois rappellent les principes du traitement du diabète par le régime pauvre en graisses et riche en hydrates de carbone suivant la formule à laquelle se rallient aujourd'hui la grande majorité des diabétologues, ceux de France exceptés.

Les études expérimentales et l'observation clinique ont démontré que les hydrates de carbone ont une action favorable sur la tolérance de l'organisme diabétique pour ces substances, à tel point qu'on peut, par une alimentation exempte d'h. de c. prolongée pendant assez longtemps, produire chez l'individu sain un état diabétique passager; les graisses, au contraire, abaissent cette tolérance. Autre principe: la suralimentation diminue la tolérance hydrocarbonée, tandis que la sous-alimentation l'augmente.

Dans l'application, la valeur calorique du régime varie suivant la catégorie de malades à laquelle il s'adresse :

I. Diabètes légers sans insuline:
   a) malades obèses;
   b) état de nutrition normale.

II. Diabètes moyens et graves avec insuline:
   a) malades obèses;
   b) état de nutrition normale;
   c) dénutrition.

Dans chaque cas, cependant, le principe directeur est le même: régime pauvre en calories, pauvre en graisses et riche en hydrates de carbone.

Les menus de ce régime se rapprochent des menus de l'alimentation courante de l'individu sain.

Le régime est bien toléré. Les malades l'aiment. Ils sont par son emploi plus résistants et plus actifs.

La quantité d'insuline, dans la grande majorité des cas, ne dépasse pas celle nécessaire avec les anciens régimes. Les diabétologues suivants, parmi les plus connus, reconnaissent aujourd'hui ces principes qu'ils appliquent au traitement de leurs malades: Geyelin, Sansum, Gray, Bowden, Richardson, Rabinowitch, Joslin, Barach, von Noorden, Isaac, Lowenstein, Poulton, Laurence, Nixon, Leyton, Dyke, etc., etc.

L.-Henri GARIEPY.

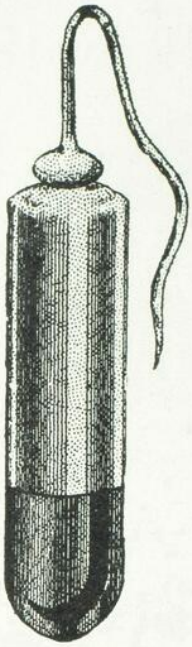
plus économique et pratique
QUE LES PRÉPARATIONS LIQUIDES
LES COMPRIMÉS DE
Codoforme
BOTTU
CALMENT LES TOUX REBELLES ET RESPECTENT L'ESTOMAC
Laboratoires BOTTU 35 rue Pergolèse PARIS

HEMORRAGIES
l'Arhemapectol
GALLIER
SOLUTION ISOTONIQUE STÉRILE DE PECTINE
en CHIRURGIE
en MÉDECINE
NOUVEL HEMOSTATIQUE
Préventif et curatif
NON TOXIQUE
Sans contre-indications
Par voie buccale
Agit uniquement par Augmentation de la Coagulabilité du sang
LABORATOIRES R. GALLIER 38 Boulevard du Montparnasse

CURES TONICARDIAQUES PROLONGÉES
CARDIOPATHIES VALVULAIRES
MYOCARDITES TOXIQUES ET INFECTIEUSES
INSUFFISANCE CARDIAQUE DROITE ET GAUCHE
TONIQUE CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
ASSOCIATION : DIGITALINE et OUABAINE
GOUTTES
Laboratoires Deglaude
préparation exclusive de médicaments cardiaques
Dr L. DEGLAUDE
Docteur en Médecine — Licencié ès-Sciences
Pharmacien de 1ère classe

SOLUCAMPHRE
DELALANDE
CAMPHRE SOLUBLE DANS L'EAU
AMPOULES
GOUTTES
COMPRIMÉS
Laboratoires Michel Delalande
COURBEVOIE (Seine)
L'ANCIENNE MÉTHODE (huile camphrée)
LA NOUVELLE MÉTHODE (camphre soluble)
EN INJECTION SOUS-CUTANÉE PROFONDE INTRAMUSCULAIRE OU INTRAVEINEUSE OU PER OS

Dépôt général pour le Canada, MILLET, ROUX & LAFON Ltée, 1215 St-Denis, Montréal.



Informations complètes et échantillons seront volontiers fournis aux médecins qui nous les demanderont sur lettre à leur en-tête.

Important pour les médecins

Spécialement les Gynécologistes

Les Gynécologistes progressifs et les médecins en général accueilleront favorablement la venue du Tampon Pond qui permet une méthode complète, sûre et facile de médication vaginale et utérine. Il combine la fonction médicale d'un suppositoire vaginal avec le support mécanique offert par un tampon de forme correcte, assurant l'application continue du médicament à la région malade et fournissant en même temps le support nécessaire.

Les médecins verront tout de suite à quels traitements divers s'adapte le tampon, mais nous signalons les lacérations, la leucorrhée, la gonorrhée, les traitements post-opératoires et consécutifs aux couches de même que les hémorragies utérines comme cas particuliers dans lesquels le Tampon Pond est un mode de traitement nouveau et efficace.On trouve quantité d'avantages uniques en traitant par les Tampons Pond.

Les Tampons Pond sont empaquetés à raison de six par boîte et se font dans les médications suivantes:

A—Composé d'Ichthyol, Glycérine et Boro-Glycéride 50%, Ichthyol 2.5%, Iodure resublimé 14%, Acide Carbolique (Phénol absolu) 5%, Hydrastis pulvérisé 1%. B—Ichthyol 10%, Glycérine et Boro-Glycéride 50%. C.—Protargol et Ichthyol (chaque 2%), Glycérine et Boro-Glycéride 50%. D—Opium, Belladone et Jusquiame, Glycérine et Boro-Glycéride 50%, Opium pulvérisé 2 grains, Extrait de Belladone 1 grain, Extrait de Jusquiame 2 grains. E—Glycérole de tanin 50%. F—Composé d'Ichthyol avec Iodure d'argent. Glycérine et Boro-Glycéride 50%, Ichthyol 2.5%, Iodure 14%, Phénol 5%, Hydrastis pulvérisé 1%, Iodure d'argent (rendu soluble par Iodure de Potassium) 1%. G—Glycérine et Boro-Glycéride, Glycérine et Boro-Glycéride 50%, Iodure résublimé 25%. H—Glycérine ordinaire à base de Gélatine.

"Les TAMPONS POND sont en vente chez tous les pharmaciens grossistes au Canada".

CANADA POND TAMPON CO.

Seuls Manufacturiers au Canada

Western Distributors Ltd., Distributeurs-Grossistes, Vancouver, B. C.

M. CHIRAY et J. BAUMANN, **Colite et anaphylaxie**[1], ("Paris Médical", 1er avril 1933).

Les auteurs allemands, viennois et plus récemment Loeper, P Vallery-Radot, R. A. Gutmann, Ch. Richet, fils, Tzanck sont d'accord pour attribuer à un nombre considérable de colite — il augmente chaque jour — une origine anaphylactique de nature alimentaire.

Le gros intestin peut être influencé par deux ordres de faits: 1) il peut devenir le théâtre de réactions anaphylactiques vraies, où l'antigène spécifique joue son rôle successif de facteur sensibilisant et de facteur déchaînant.

2) Il donne lieu à des manifestations "plus complexes" que Gutmann appelle intolérances digestives, que Tzanck nomme accidents anaphylactoïdes et que les Américains ont "englobées" sous le terme d'allergie alimentaire.

Aboutissant d'un déséquilibre de la digestion bactérienne intra-cæcale, ces états d'intoxication présupposent un terrain déjà affaibli par "une succession de chocs colloïdoclasiques" et un état colitique déficient.

Dans un premier ordre d'idées, les produits de conserve, dont on abuse aujourd'hui, ainsi que les quantités exagérées de coquillages, crustacés, œufs, fraises, sont reconnus plus susceptibles de provoquer à longue échéance ces dysfonctions colitiques. Il faut les rechercher dans les accidents primitifs du malade.

Par contre, les intolérances digestives, si bien étudiées par Loeper, ressortent très souvent à des insuffisances digestives sécrétoires dont la conséquence est de projeter dans le grêle et le cæcum des albumines non désintégrées, v. g., des albumoses et peptones. Ces faits, déjà entrevus en 1906 par M. Chiray, se sont enrichis des notions plus récentes d'acidose et d'alcalose, et s'expliquent par un déséquilibre acido-basique.

Les travaux germano-américains ont isolé, parmi les acides aminés, l'histidine, qui se transforme en histamine, la guardamine et la tyramine, tous capables de sensibiliser l'organisme, et plus subtils que les albumoses et peptones.

La soudaineté de ces chocs ne peut s'expliquer, selon les auteurs, que par une prédisposition, une tare héréditaire ou acquise.

L'intestin réagit aussi vivement que la peau: des lésions purpuriques cutanées apparaissent, contemporaines de lésion oedémato-congestives de la muqueuse colique. Des crises de diarrhée profuse révèlent une *muqueuse décapée* et à la longue peuvent engendrer des réactions du type *ulcéreux*.

Mais ces chocs anaphylactiques peuvent s'arrêter à des lésions de *colites pariétales*. Le choc atteint un organe déjà malade (Gutmann), il ne crée pas, à lui seul, la colite.

Des résultats thérapeutiques intéressants viennent à l'appui de cette pathogénie: les succès obtenus par l'auto-hémothérapie; en protéinothérapie, ceux du Pr. Loeper se servant du lait pour combattre certaines dyspepsies, s'ajoutent aux tentatives heureuses du Dr Bensaude qui choisit le lait pour le traitement des colites ulcéreuses, tandis que Kalk cherche à traiter certaines colites graves en provoquant une maladie sérique par injection de sérum de cheval.

Le stade d'incubation de cette maladie correspond à une alcalose; le stade d'érythème, à une acidose. Ainsi se rétablirait l'équilibre acide-base...

Jean LeSAGE.

---

(1) Cet article est extrait du livre en préparation: "Les colites chroniques".

CHIRURGIE

G. MASSABUAU et A. GUIBAL. — **L'éviscération ombilicale congénitale.** Arch. Maladies de l'App. digest. et des Maladies de la nutrition. Paris, Tome XXIII, No 2, fév. 1933. p. 129-150.

Les A. étudient, dans ce travail, les cas où l'on voit, à la naissance, les viscères abdominaux, engagés à travers l'orifice ombilical, s'étaler à nu sur la paroi.

Par cette définition, ils écartent: les éviscérations ombilicales acquises; les éviscérations congénitales extra-ombilicales; les éventrations ombilicales congénitales.

Au point de vue anatomie pathologique, le fait constant et essentiel, commun à toutes les observations, est l'absence de sac enfermant les organes éviscérés. Les enveloppes peuvent en effet manquer complètement ou être réduites à des lambeaux.

L'orifice ombilical présente en général de grandes dimensions ; au niveau de ses lèvres, la paroi abdominale paraît toujours normalement constituée. Les organes éviscérés peuvent être quelques anses grêles, un ou plusieurs segments du gros intestin, l'estomac, le foie, la rate et l'ovaire.

Pour élucider la pathogénie de cette affection, les A. envisagent deux mécanismes assez différents; l'un entraînant une éviscération primitive avec absence complète d'enveloppes; l'autre entraînant une éviscération secondaire avec débris d'enveloppes.

L'éviscération n'a aucune tendance à se réduire d'elle-même. Elle ne cesse d'augmenter par extériorisation progressive de tout l'intestin mobile. La mort rapide, habituellement dans les 24 premières heures, parfois un peu plus tard, est la terminaison fatale dans ces éviscérations congénitales abandonnées à elles-mêmes. La péritonite, l'inanition, l'occlusion et surtout l'état de choc consécutif à l'éviscération ont été incriminés comme causes de la mort.

Au point de vue thérapeutique, il n'y a pas de doute possible sur la conduite à tenir. Il faut réintégrer les organes éviscérés et suturer. Sur un total de quinze interventions rapportées par les auteurs, dix guérisons furent enregistrées.

Mercier FAUTEUX.

LERICHE et FONTAINE. — **Technique de l'ablation du ganglion étoilé.** Journal de Chirurgie, Paris, Tome XLI, No 3, mars 1933, p. 353-371.

Comme la section des branches externes et supérieures du ganglion étoilé, et l'ablation isolée du ganglion stellaire sont appelées à devenir une des opérations les plus courantes de la chirurgie sympathique, les A. décrivent leur technique opératoire.

Sauf contre-indication spéciale, ils préfèrent l'anesthésie locale et régionale, en position demi-assise, rendant l'opération beaucoup plus facile.

Une incision de 6 cm. est pratiquée entre les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien; ceux-ci étant écartés sans les couper, deux écarteurs sont mis en place et l'on se trouve alors sur le plan de l'aponévrose moyenne. Cette aponévrose et l'omo-hyoïdien sont sectionnés, ouvrant ainsi dans toute sa hauteur la loge que bordent en avant le paquet vasculo-nerveux du cou, en arrière le scalène et le phrénique, en bas de la sous-clavière.

Alors le déblayage de l'espace prévertébral est pratiqué. En avant, la jugulaire interne, la carotide primitive et le pneumogastrique sont isolés et attirés en dedans par un écarteur; en arrière, la surface nette du scalène croisé par le phrénique borde la limite externe de la région dans laquelle il va falloir évoluer. Les écarteurs étant en place, l'un en dehors, l'autre en dedans, il s'agit d'isoler maintenant l'artère thyroïdienne.

La découverte de l'artère est facile; elle est isolée dans tout son trajet presque depuis sa naissance sur la sous-clavière jusqu'à sa portion horizontale. On met ainsi en évidence les rameaux antérieurs du sympathique qu'il ne faut pas suivre. Le ganglion n'est pas là. Après avoir passé sous ces divers rameaux un fil destiné à les écarter, il faut revenir à l'artère thyroïdienne afin de mettre en évidence l'artère vertébrale dont maintenant il faut pratiquer l'isolement.

On se perd souvent à chercher celle-ci trop en dehors; il faut aller en dedans de la thyroïdienne et derrière elle. Aussitôt la vertébrale en vue, on aperçoit, en haut, le ganglion intermédiaire. Si alors on cherche plus profondément, on distingue le relief de l'étoilé, débordant en dedans de l'artère. Il arrive parfois cependant que l'intermédiaire étant en vue, l'étoilé n'est pas trouvé; c'est qu'il est amarré à l'artère, fixé derrière elle par deux ou trois rameaux qui, issus du ganglion intermédiaire, embrassent l'artère pour se jeter dans l'étoilé. Disséquant dans la profondeur, on le détache doucement de tout ce qui l'entoure; ses branches externes deviennent visibles et après avoir été soulevées l'une après l'autre sont coupées. Il est alors facile de basculer le ganglion un peu en dedans; les rameaux profonds se dégagent et sont sectionnés. La ramisection est achevée. Si on veut enlever le ganglion, il n'y a plus qu'à couper les branches internes et le tronc interganglionnaire inférieur.

Mercier FAUTEUX.

J. F. CONNORS et J. B. STENBUCK. — **Plaies pénétrantes de la poitrine par balles.** Annals of Surgery, Vol. XCVII, No 4, avril 1933, p. 528-546.

Jusqu'en juin 1931, le traitement que les A. instituaient contre les plaies pénétrantes de la poitrine ne différait pas de celui qui est employé dans la plupart des hôpitaux. Les plaies superficielles étaient soit suturées d'emblée, soit pansées. Le blessé était surveillé attentivement afin de prévenir les complications possibles. Plusieurs guérisons furent obtenues ainsi, mais il est arrivé assez souvent que des blessés succombaient ultérieurement à une hémorragie secondaire ou à des infections graves. C'est pourquoi les A. décidèrent que tous les cas de plaies pénétrantes de la poitrine devaient être

opérés dès leur entrée à l'hôpital, et à plus forte raison chez les blessés où les plaies présentent les caractères suivants: plaies par où se fait une aspiration d'air; plaies situées près du sternum pouvant entraîner des lésions importantes du cœur et de la mammaire interne; plaies dans lesquelles le poumon fait hernie; plaie où le diaphragme est touché; plaie s'accompagnant de pneumothorax sous haute tension; plaie avec emphysème sous-cutané marqué.

Mercier FAUTEUX.

Symposium sur les brûlures (Symposium on Acute Burns). Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic, February 22, 1933.

Les brûlures sont du ressort chirurgical. Le chirurgien doit quand même recourir à la collaboration précieuse du médecin et du spécialiste du laboratoire.

Basée sur une expérience qui date de 1921, cette opinion a été émise lors d'un symposium récent, février 1933, sur les brûlures, symposium composé du personnel médical de la Clinique Mayo.

Etude biochimique

Une large surface brûlée provoque immédiatement une concentration sanguine et un œdème concomitant des tissus intéressés. Cet œdème est dû à une augmentation de la perméabilité des capillaires de la région périphérique de la surface brûlée. Il y a alors perte considérable de sérum sanguin. Cette perte peut atteindre 70% du volume total du sang.

La concentration sanguine est cause d'un ralentissement de la circulation puis d'une chute de la pression sanguine. L'oxygénation des tissus est de ce fait très réduite.

Il a été observé qu'une concentration sanguine à 140% de la valeur normale est en peu de temps incompatible avec la vie et qu'une concentration à 125% présente une condition précaire.

Cette concentration se manifeste cliniquement par une augmentation de l'hémoglobine du chiffre fourni par l'hématocrite, par une diminution des chlorures du plasma sanguin, de la réserve alcaline, par une hyperglycémie et une hyperazotémie.

Cette concentration exagérée explique l'insuffisance rénale et l'oligurie.

Donc, la thérapeutique d'un brûlé doit avoir en vue de favoriser la circulation sanguine, d'élever la pression vasculaire, de prévenir la perte du sérum sanguin au niveau des surfaces brûlées.

Il n'existe aucune preuve scientifique qu'il y a chez les brûlés présence de produits toxiques au niveau des régions calcinées. Des extraits de tissu brûlé injectés à certains animaux ont prouvé l'innocuité de ces produits.

Du point de vue biologique ou expérimental, la gravité de l'état clinique d'un brûlé est en rapport direct de la concentration de la masse sanguine.

PANCRINOL

du Dr DEBAT

AUGMENTE
LE POIDS
LES HEMATIES
LE TAUX
D'HEMOGLOBINE

AMELIORE
L'ÉTAT GÉNÉRAL

Dans tous les cas

Anémies,
Convalescences,
Surmenage.

LABORATOIRES DU Dr F. DEBAT
60, rue de Prony, **PARIS 17e**

AGRIPPOL

CACHETS

Fébrifuge et analgésique

L'Agrippol est un mélange de médicaments choisis, reconnus comme des plus actifs contre la grippe, et constitue une synergie chimique et végétale et un analgésique puissant.

Formule. — Cryogénine 0.10, Salicine 0.02, Citrate de caféine 0.15, Quinquina rouge 0.05, Adonis 0.05, Piloselle 0.05, Acétanilide 0.10, Antipyrique 0.10, Carbonate de chaux 0.10.

Mode d'emploi. — Prendre un à quatre cachets espacés des repas par vingt-quatre heures, aussi longtemps que la fièvre n'a pas complètement disparu.

Boîte de 6 cachets: $0.25

LABORATOIRE CHOMEDY
31, Rue Caumartin, PARIS - FRANCE

Distributeurs pour le Canada:

HERDT & CHARTON Inc.
2027 McGILL COLLEGE AVE, - - - MONTREAL

Les Lithinés du Dr Gustin

Procurent économiquement une très bonne Eau de table et de régime

Alcaline - Lithinée - Pétillante - Digestive

Indications :
ACIDE URIQUE, GOUTTE, MALADIES DU FOIE, VESSIE, PEAU, ESTOMAC, INTESTIN
Une boîte de Lithinés contient 12 paquets suffisants pour 12 grosses bouteilles d'un litre

Magnésie du Dr. Gustin

MAGNESIE LOURDE, ASSIMILABLE

Magnésie, active calcinée.
Ni goût, ni odeur, se dissout facilement dans l'eau.
Dose laxative : une cuillerée à thé. Dose purgative : une cuillerée à soupe.

PRODUITS FRANÇAIS
LA CIE CANADIENNE DES AGENCES MODERNES
455 RUE ONTARIO EST, MONTREAL

Infirmières diplômées de l'hôpital St-Jean-de-Dieu et de l'Université de Montréal.

Spécialité: maladies nerveuses et mentales.

CHerrier 8078 Téléphones: CLairval 1500

LE COLLEGE ROYAL DES MEDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA.

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada annonce que les examens annuels (Primaire et Final) pour le titre d'Agrégé du Collège seront tenus à Montréal du 9 au 14 octobre 1933.

Les candidats qui désireraient obtenir des renseignements au sujet de ces examens sont priés de s'adresser au docteur Warren S. Lyman, 292 rue Somerset Ottawa, Secrétaire Honoraire du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens.

M. M. les Docteurs

R. Boulet & Jules Brault

ont transporté leurs bureaux au

Numéro 418 rue Sherbrooke Est

Téléphone MArquette 7334

où ils continueront à recevoir leurs patients pour le traitement des **MALADIES des YEUX, des OREILLES, du NEZ et de la GORGE.**

Traitement médical

Immédiatement après l'accident, le brûlé, pour conserver la concentration normale de son sang, doit absorber une grande quantité de liquide. Afin de prévenir la perte de sérum sanguin par l'œdème concomitant des surfaces brûlées, il faut recouvrir celles-ci d'une couche imperméable médicamenteuse.

Contre le choc et la douleur, la morphine est tout indiquée.

Le grand brûlé à l'état de choc (il ne souffre pas alors) doit recevoir avant tout une quantité considérable de liquide, puis être réchauffé. Le sédatif ne vient qu'en second lieu.

De 4 à 8000 cc. de sérum physiologique sont nécessaires, quotidiennement, pour ramener en quelques jours une concentration sanguine normale. Ce sérum est administré par les voies intraveineuse, buccale, sous-cutanée, rectale, ou par la méthode de Murphy.

Si le brûlé présente une acidose grave, ajouter au sérum physiologique du glucose ou du bicarbonate de soude. L'insuline est susceptible de rendre un service précieux.

Le traitement médical doit être contrôlé, tous les jours, par la recherche de la concentration sanguine.

Malgré tout traitement, si la concentration exagérée et l'oligurie persistent chez un grand choqué, un pourcentage d'acacia sera ajouté aux injections de sérum physiologique. (L'acacia retient dans le torrent sanguin les liquides injectés.)

Si nécessaire, l'adrénaline luttera avantageusement contre l'hypotension vasculaire.

Tout brûlé doit recevoir du sérum antitétanique.

Surveiller les collections purulentes qui pourraient se produire. Ce fait est la cause de l'apparition d'une néphrite consécutive qui est attribuée, à tort, à l'excrétion des produits toxiques provenant des surfaces brûlées.

Traitement chirurgical

L'hospitalisation est indispensable. Une garde-malade spéciale sera attachée au service exclusif du patient. Draps et taies d'oreillers seront stérilisés.

Tout d'abord il faut enlever, avec des instruments stériles, les lambeaux de peau ou de tissu sphacelés et des phlyctènes, puis vaporiser toutes les demi-heures pendant 4 heures environ une solution de 2.5 à 5% d'acide tannique. Généralement au bout de 6 heures il y a une croûte qui prévient la perte de sérum sanguin. Toute phlyctène qui apparaît par la suite doit être enlevée et la surface sous-jacente vaporisée d'acide tannique.

Des bains de lumière au niveau des surfaces brûlées jouent un rôle bienfaiteur. Le bain de lumière sera recouvert d'un drap stérile afin d'éviter la circulation de l'air.

Si un onguent a été appliqué avant l'entrée à l'hôpital, cet onguent sera enlevé avec un dissolvant. Une injection de morphine est nécessaire avant cette manœuvre.

Là où une collection purulente apparaît, il faut perforer la croûte d'acide tannique afin de laisser libre cours à l'écoulement purulent. Cette région est recouverte de gaze vaselinée.

Si l'infection ne s'installe pas, la carapace est enlevée le jour où elle devient mobile. Souvent à ce moment cette carapace se fendille et ses bords se recroquevillent.

Grâce à cette thérapeutique la greffe cutanée est rarement nécessaire.

R. DORE.

UROLOGIE

Waltman WALTERS. **Le traitement conservateur de l'hydro-néphrose par résection du pelvique rénal et autres opérations plastiques.** (The Journal of Urology, February 1933, page 122).

Le traitement conservateur dans l'hydronéphrose reconnaît comme indications la bilatéralité des lésions ou encore l'atteinte d'un seul rein, ayant conservé une valeur fonctionnelle suffisante pour justifier sa conservation.

D'après son expérience, l'auteur prétend que la plupart des hydronéphroses sont secondaires à des anomalies vasculaires, des insertions vicieuses de l'uretère sur le bassinet ou des réactions fibreuses développées à la jonction des voies excrétrices.

La suppression radicale des causes d'obstruction doit être exécutée avec le minimum de manœuvres et le retour rapide au volume et au fonctionnement normaux. et doit encourager les efforts conservateurs.

Les principales méthodes à employer sont la résection partielle du bassinet hydronéphrotique, l'urétéropyélonéostomie ou encore la réimplantation de l'uretère sectionné au point déclive; dans bien des cas il sera bon de leur adjoindre la néphropexie.

L'auteur rapporte ensuite quelques observations de malades chez lesquels ces méthodes ont donné des résultats surprenants, et, pour terminer, il recommande, lorsque le moment du choix de l'intervention à faire est arrivé, de se baser sur l'expérience et d'employer celle qui tout en supprimant l'obstruction, apportera les plus minimes traumatismes aux tissus rénaux ou urétéraux.

Paul BOURGEOIS.

OBSTETRIQUE

V. LeLORIER. — **Prophylaxie et traitement des colibacilles de la puerpéralité.** Revuu française de gynécologie et d'obstétrique, 1932, XXVII.

La gestation, par la compression qu'elle fait subir à l'intestin et aux organes urinaires, réveille souvent des infections colibacillaires préexistantes, qui peuvent dater de l'enfance. Ces colibacilloses ne sont pas sans danger, le colibacille peut passer dans la circulation sanguine et causer une phlébite ou même une septicémie.

Rompez le Cercle Vicieux

DÉMINÉRALISATION CACHEXIE SOUS-NUTRITION ANÉMIE DÉMINÉRALISATION

Une insuffisance de minéraux essentiels—sodium, potassium, calcium, fer et manganèse—provoque infailliblement les syndromes d'une vitalité réduite.

Dans les cas de débilité, d'anémie, de cachexie, de résistance affaiblie et d'affaissement en général, le Sirop Fellows fournit ces constituants minéraux indispensables à l'état assimilable, en combinaison avec le phosphore, la quinine et la strychnine.

Dose: Une cuillerée à café diluée dans un peu d'eau.

Fellows Medical Mfg. Co., Ltd.
286 ouest, St-Paul, Montréal, Can.

FOURNIT LES CONSTITUANTS MINÉRAUX ESSENTIELS

Sirop Fellows aux Hypophosphites

ECHANTILLONS SUR DEMANDE

IODONE ROBIN

GOUTTES INJECTABLE R.C. 221839

ARTHRITISME - ARTÉRIO-SCLEROSE

ASTHME, EMPHYSÈME, RHUMATISME, GOUTTE

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

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

Reconstituant physiologique
Reminéralisation
Polyopothérapie

OPOCALCIUM

Du Dr GUERSANT

Cachets, comprimés, granulé.

Opocalcium arsénié, Cachets.

OPOCALCIUM IRRADIÉ
Ergostérine irradiée (Vitamine D). Associée au complexe endocrino-minéral de l'Opocalcium
(**CACHETS, GRANULÉ, COMPRIMÉS**).

Laboratoires de l'Opocalcium — A. RANSON, Dr en Phcie, — 121, Ave. Gambetta, Paris (20e).

DEPOT GENERAL POUR LE CANADA:
MILLET, ROUX & LAFON Ltée
1215, RUE SAINT-DENIS, MONTREAL. Tél. MArquette 8495

TROUBLE DE LA MENOPAUSE

INSUFFISANCE OVARIENNE

Maladies du Système Veineux, Varices, Phlébites, Hémorroïdes
Pléthore par Stase Veineuse

1° Simple
Hamamelis
Marron d'Inde
Condurango
Viburnum
Anémone
Séneçon
Piscidia

INDHAMELINE LEJEUNE

Deux formes : Simple, Pluriglandulaire

20 à 30 Gouttes dans un peu d'eau avant chaque repas (20 jours par mois)

Littérature et Echantillon médical

2° Pluriglandulaire :
Hypophyse
Ovaire
Surrénale
Thyroïde
et principes végétaux de l'INDAMELINE LEJEUNE simple.

Laboratoire: A. LEJEUNE, 12, rue Emilino Castelar, Paris (12e) R. C. Seine No 111.464

INDICATIONS

Artério-Sclérose
Affections cardiaques
Emphysème, Asthme
Obésité
Goutte, Rhumatismes
Lymphatisme, Scrofule
Faiblesse générale
Accidents spécifiques

Combinaison Physiologique
de **PEPTONE ET D'IODE**
entièrement assimilable

PEPTONE IODEE LERY

Gouttes titrées et concentrées mieux tolérées que les Iodures

Cinq gouttes contiennent un centigramme d'Iode combiné à la Peptone

Agent Général pour le Canada: J. A. HARRIS, MONTREAL.

Le traitement prophylactique consiste à augmenter la résistance du sujet et à surveiller le fonctionnement intestinal et rénal.

L'intestin doit être tenu libre au moyen d'une diète végétarienne, l'huile de paraffine peut être ajoutée au besoin. Le rein doit être lavé en absorbant des eaux minérales en grande quantité, l'urotropine est une aide précieuse.

Le vaccin à colibacille sert à augmenter l'immunité.

Le traitement médical doit toujours être essayé dans les pyélonéphrites, et seulement quand celui-ci aura échoué on aura recours au cathétérisme des uretères.

L'avortement est indiqué dans les cas très graves, et dans ces cas, la néphrectomie doit suivre.

Alfred LeROY.

GYNECOLOGIE

M. J. CARAVEN. — **Injection vasculaire massive de lipiodol au cours d'une hystérosalpingographie (cancer du corps) bénignité absolue de cette injection.** Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chirurgie, No 10, mars 1933.

La cause des injections des veines utérines dans l'hystérosalpingographie est inconnue. L'hémorragie est une indication essentielle de l'examen au lipiodol. Mais il est certain qu'il est préférable d'attendre la cessation de l'écoulement sanguin pour faire l'injection. Dans le cas présent, C. a attendu sept jours. Est-ce affaire de pression? Certains ont dit: ne dépassez pas 20 à 25 centimètres de mercure, à la rigueur 30, et vous n'injecterez pas les vaisseaux. Portes, Béclère, Schultze, Pujol, Solal, ont injecté les vaisseaux avec des pressions entre 12 et 30.

Certaines lésions utérines sont-elles plus favorables que les autres ? Toute précision manque à ce sujet. Dans le cas de Gajzago, qui fut mortel, l'autopsie montra un myome sous-muqueux. Dans le cas présent, il s'agit d'un épithélioma cylindrique du corps. L'injection vasculaire est très grande; elle n'a pas déterminé le moindre petit accident; la lésion fut vérifiée par l'opération et l'histologie.

Il s'agit d'une malade qui a vu cesser ses règles à 52 ans; pendant 7 ans, aucun perte sanguine. A 59 ans. brusque hémorragie qui dura deux mois. A l'entrée à l'hôpital, le diagnostic d'épithélioma du corps fut posé d'après l'histoire. L'examen montre un utérus petit, mobile, sénile. Est-ce un épithélioma ou une métropathie sénile non cancéreuse ? L'hystérographie est indiquée et pratiquée le lendemain alors que l'hémorragie est terminée.

Une sténose du vagin empêchant l'accès du col, il est fait une incision du rétrécissement, à la rachi-anesthésie lombo-sacrée. L'injection de 19 cc. est pratiquée sans le manomètre, qui ne fonctionne pas; il n'y a cependant pas de résistance. Le cliché montre une injection massive. L'ombre de la cavité utérine a de petites lacunes près du fond et sur le fond. La presque totalité des veines du parenchyme est injectée. On reconnaît aussi les veines utérines, les veines sous-tubo-ovariennes, la veine hypogastrique, et

les veines tubo-ovariennes. La malade n'a pas le moindre petit trouble cardiaque ou respiratoire. Le diagnostic de néoplasme est alors posé. Une heure après, l'auteur pratique l'opération: hystérectomie vaginale très simple. Suites opératoires normales; aucun trouble pulmonaire, pas de température.

L.-Arthur MAGNAN.

L. OMBREDANNE. — **Un hermaphrodite gynandroïde parfait.** Bull. et Mém. de la Soc. Nation. de Chirurgie, No 5, fév. 1933.

L'auteur donne l'histoire assez singulière d'un cas d'hermaphrodite. "A sa naissance, il fut déclaré fille. Quelques années après, un médecin constata l'existence d'un belle verge, sous laquelle existait un petit orifice unique: il conclut qu'il s'agissait d'un mâle hypospade; l'état civil fut rectifié. Et le sujet me fut adressé à l'hôpital pour reconstruction d'un grand hypospadias vulviforme. Les constatations furent les suivantes : 1° l'habitus extérieur était celui d'un mâle, épaules larges, bassin étroit, système pileux très développé. Ceci est assez rare chez les hypospades vulviformes, dont l'habitus tend souvent vers le type féminin. 2° Il fut impossible de percevoir les testicules par une palpation attentive. Il fallait donc faire une recherche chirurgicale. Laparotomie latéralisée: pas de testicules, mais un utérus infantile et deux très beaux ovaires.

Après incision de la coalescence des replis génitaux, O. trouve un méat et derrière lui un vagin de huit centimètres et demi, souple, perméable, praticable, au fond duquel on sent un museau de tanche typique pour l'âge du sujet."

A quel sexe appartient ce sujet ? Le Digeste dirait: Au sexe dont le sujet a la forme. D'après la forme des organes génitaux, la réponse est impossible. D'après la forme générale du corps: mâle. D'après les organes profonds de la génération: femelle. Donc pour le médecin le sujet est féminin.

Comme déduction légale, il paraîtrait que, sur l'affirmation des constatations médicales, le tribunal donnerait au sujet un état civil féminin. Mais, bien entendu, ceci est l'affaire des parents, et le médecin ne peut prendre aucune initiative.

Comme déduction morale, il semble que le médecin doit inciter la famille à cette modification d'état civil. Il serait en effet imprudent d'élever en garçon ce sujet qui sera déclaré fille au moment de son service militaire. En plus, il semble aussi imprudent de laisser dans une école de garçons un sujet à mentalité instable, qui n'est pas sans ignorer l'usage possible de son vagin: grossesse peu vraisemblable, mais possible; il en est ainsi de la contamination en série des petits camarades.

Doit-on, avec l'assentiment des parents, amputer ce clitoris à forme de verge ? Pas avant une décision du tribunal, affirme un éminent juriste. L'Auteur ne le fera pas même après un établissement légal. En effet, O. a présenté à la Société la verge d'un sujet femme par son utérus et ses ovaires, gynandroïde majeur, qui voulait se marier en femme. Elle l'a fait.

Aujourd'hui, elle regrette sa verge, l'usage de son vagin ne l'ayant pas satisfaite. L'Auteur estime donc que l'on doit respecter cette verge jusqu'à ce que le sujet demande lui-même de l'en débarrasser à un âge où les questions génitales ne lui seront plus étrangères.

Placé dans une école de filles, il peut en résulter quelque scandale. Mais O. ne voit pourtant pas d'autre solution.

L.-Arthur MAGNAN.

PEDIATRIE

P. LEREBOULLET et P. BAIZE. — **Le traitement des hypotrophies de la première enfance par l'insuline.** Le Nourrisson, janvier 1933, No 1, p. 1.

De cette intéressante étude, basée sur 37 observations personnelles et sur une bibliographie étendue, les auteurs dégagent les conclusions que voici:

1°) L'insuline agit probablement sur la nutrition des hypotrophiques en améliorant le métabolisme des hydrates de carbone et, par l'intermédiaire de celui-ci, le métabolisme des graisses et des protéines, et en permettant la fixation de quantités importantes d'eau dans les tissus.

2°) Cliniquement, cette action entrophique est indiscutable et se constate dans 80 p. 100 des cas environ; elle ne s'exerce pas dans l'athrepsie; elle est très nette au contraire chez les débiles, prématurés ou non, dont la courbe pondérale reste stagnante; et chez les hypotrophiques en état de dénutrition, avant et après 5 mois, chaque fois que la cause du trouble nutritif n'est pas liée à un état organique bien défini. L'action de l'insuline paraît moins bonne dans les hypotrophies simples, sans amaigrissement, qui paraissent plutôt justiciables des opothérapies thyroïdienne et thymique.

3°) Les doses d'une Unité Clinique par kilogramme et par jour paraissent très suffisantes, et n'exposent que tout à fait exceptionnellement aux accidents hypoglycémiques, d'ailleurs peu graves. Le régime hypersucré, qu'il faut associer aux injections, a pour but, à la fois, de prévenir ces accidents, et de fournir à l'enfant une ration supplémentaire que l'insuline lui permet d'utiliser. La cure insulinique reste d'ailleurs une cure temporaire qu'il n'y a que rarement lieu de continuer plus de trois semaines.

Paul LETONDAL.

G. MOURIQUAND, A. LEULIER, P. SEDALLIAN et Mlle L. WEILL. **Le rachitisme clinique devant les fixateurs du calcium.** Archives de Médecine des Enfants, janvier 1933, tome XXXI, p. 5.

Poursuivant leurs recherches sur les fixateurs du calcium, les auteurs déduisent de cette étude clinique les faits suivants:

Le rachitisme hypotrophique se rencontre plus souvent chez l'enfant que le rachitisme floride. C'est parmi ces formes hypotrophiques que l'on rencontre les formes les plus résistantes à la thérapeutique, ce que nous avons appelé les formes uviorésistantes. Mais tous les rachitiques hypotrophiques ne présentent pas cette particularité, beaucoup sont très sensibles à la

thérapeutique et présentent de l'"uviosensibilité". Les rayons ultra-violets et leurs dérivés ont seuls une action réelle et efficace dans le rachitisme: cette efficacité est prouvée d'une part par les résultats rapides et probants qu'ils donnent, résultats obtenus par de faibles doses si on les compare aux doses fortes d'adrénaline qui ont été employées sans effets bien nets. Enfin, dans les cas d'uviorésistance, on est autorisé à essayer un traitement syphilitique, les autres facteurs cliniques produisant cet état étant encore inconnus.

Paul LETONDAL.

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE

P. B. MAGNUSON. — **La réparation dans les fractures non-consolidées du col du fémur** (The Repair of Ununited Fractures of the Neck of the Femur). The Journal of the American Medical Association, No 48, 1933.

L'auteur préconise une technique nouvelle pour réparer les fractures non-consolidées du col du fémur; utilisant l'incision de Smith-Petersen, il aborde la tête du fémur, qu'il extériorise sans l'enlever, et creuse une cavité à son intérieur après dissection du col; le col est engrené dans cette cavité, le trochanter est abaissé et la plaie, fermée. Aucune immobilisation plâtrée; la jambe repose dans une gouttière, en abduction à 45°, pendant deux mois.

L'auteur a utilisé cette technique dans 10 cas et a obtenu de bons résultats; les mouvements sont moins limités et beaucoup moins douloureux qu'à la suite d'une arthroplastie.

Edmond DUBE.

WILSON, DOAN ET MILLER. — **Le traitement des ostéomyélites par la méthode de Baer** (The Baer Maggot Treatment of Osteomyelitis). The Journal of the American Medical Association, No 48, 1932.

Les auteurs rapportent leurs observations de 26 cas d'ostéomyélite, traités suivant la méthode de Baer, par l'application de larves, chez 9 adultes et 17 enfants.

Vingt-deux malades présentèrent une guérison sans fistules; les lésions intéressaient le fémur (cinq cas), le tibia (12 cas), le radius (2 cas), le cubitus, l'humérus et le métatarse (1 cas pour chacune de ces localisations). Plusieurs de ces lésions étaient chroniques, et chez les enfants, la cicatrisation se produisit dans environ neuf semaines.

Chez deux malades, il n'y eut aucun résultat et chez les deux autres, formant le total de 26, les observations sont incomplètes.

La technique de Baer a été suivie en tous points. La plaie opératoire doit être préparée avec soin. Les larves ayant 72 heures de vie semblent donner les meilleurs résultats. La plaie doit être débarrassée de toutes sécrétions acides; on peut utiliser des irrigations de solutions alcalines. Le drainage doit être facilité, autrement les larves sont rapidement noyées.

Les applications de larves donnent d'excellents résultats, favorisant une cicatrisation rapide même du côté osseux, qui semble devoir être permanente.

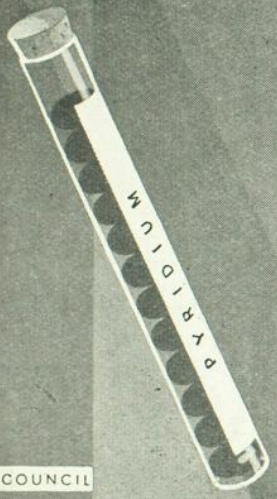
Edmond DUBE.

TRADE

PYRIDIUM

MARK





"COUNCIL

ACCEPTED
AMERICAN MEDICAL ASSN.

ACCEPTED"

Mono-Chlorhydrate de Phényl-azo-Alpha-Alpha-Diamino-Pyridine
(Fabriqué par "The Pyridium Corporation")

Contre les Infections Urinaires

L'administration du Pyridium sous forme de comprimés constitue un moyen rapide et pratique de rendre l'urine antiseptique dans le traitement de la gonorrhée et autres infections chroniques et aiguës du canal ou des organes génito-urinaires. Le Pyridium pénètre rapidement les parties mises à nu et les membranes muqueuses et est promptement éliminé par les voies urinaires. Administré en doses thérapeutiques, le Pyridium n'est ni toxique, ni irritant . . . Le Conseil de Pharmacie et de Chimie de l'Association Médicale Américaine a accepté d'admettre le Pyridium au nombre des remèdes nouveaux et non officiels. Vous pouvez donc prescrire ce médicament avec l'entière confiance que son action thérapeutique sera en tous points conforme aux prétentions élevées à son sujet. Evitez de recourir à tous autres succédanés . . . Le pharmacien qui prépare vos ordonnances peut vous fournir du Pyridium sous quatre formes pratiques: sous celle de comprimés, de poudre, de solution ou d'onguent . . . Ecrivez-nous si vous tenez à recevoir notre nouvelle brochure de 30 pages décrivant l'emploi et l'application cliniques du Pyridium.

MERCK & CO. Ltd.,
412, rue Saint-Sulpice, MONTREAL
Seuls dépositaires au Canada

NITIUM BUISSON

Radium Suractivé

OVULE
CRAYON
POMMADE

Gynécologie _ Dermatologie

R.C. SEINE N° 141.083.

Société Générale d'Applications Thérapeutiques
157, Rue de Sèvres. PARIS (XV^e).

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

Tout Déprimé
» Surmené

Tout Cérébral
» Intellectuel

Tout Convalescent
» Neurasthénique



est justiciable de la :

NEVROSTHENINE FREYSSINGE

6, Rue Abel
PARIS (12^e)

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0,40 par XX gouttes). De XV à XX gouttes à chaque repas. - ***Ni sucre, ni alcool.***

CHLORAMINE FREYSSINGE

Pil. glut. titrées à 0,05 - 1 à 3 à chaq. repas - 6, R. Abel, Paris
DÉSINFECTION INTESTINALE PORTEURS DE GERMES

CAPSULES DARTOIS

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

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

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Joseph ELLIOTT. — **Traitement de l'épithélioma de la lèvre par le dermatologiste.** Archives of Dermatology and Syphilology, March 1933.

Dans ce travail qui fut présenté au 55ième Congrès de l' "American Dermatological Association", tenu à La Havane en mai 1932, l'auteur fait une revue des statistiques et étudie les différents modes de traitements du cancer de la lèvre.

En 1920, il y eut aux Etats-Unis 437 morts de cancer de la lèvre, 487 en 27, et 577 en 28.

Ceci fait une moyenne de 5 morts de cancer sur 100,000 morts. Et sur le nombre de morts de cancer, 2 à 3% sont des cancers de la lèvre.

Le cancer de la lèvre est l'apanage de l'homme avec une constante de 88 à 95%. Il est généralement admis que la cause du cancer de la lèvre est l'irritation chronique. La plupart des observateurs croient qu'il est causé par le tabac, en particulier la pipe.

En Colombie, la mort par cancer de la lèvre est de 8.04 par 1000 chez les femmes blanches en dessous de 70 ans et de 30.1 par 1000 chez les femmes de couleur fumant la pipe.

D'autres auteurs ont prétendu que ce n'est là qu'une simple vue de l'esprit. Mais il semble bien de toute évidence, que le traumatisme long et répété soit la cause du cancer de la lèvre.

Il y aurait deux types cliniques de cancer de la lèvre: 1° d'un végétant bénin, qui finirait par s'ulcérer, 2° l'autre, ulcéré, infiltré, évoluant plus rapidement et donnant des métastases ganglionnaires du voisinage seulement.

L'extirpation chirurgicale aurait donné à Braders (1920) 76.26% de guérison. Lain, avec le radium, aurait eu 97.7% de guérison. Pour ce qui a trait aux rayons X, il n'y a pas ici de statistiques données.

Mais l'électrocoagulation serait pour l'auteur la méthode de choix.

Elle a comme avantages sa facilité et sa simplicité; elle permet, en plus, l'étude histo-pathologique de la lésion.

Sur 66 patients traités par cette méthode, il n'y eut aucune récidive, 42 ont un recul de 5 ans, 17 de 3 ans, et 8 de 1 à 2 ans.

Paul POIRIER.

P. JACOB et T. R. HEMBLOLD. — **Etudes bactériologiques du lichen plan.** Archives of Dermatology and Syphilology, March 1933.

Cette étude met à jour un point de la dermatologie qu'on ne connaissait pas jusqu'à date, à savoir: la nature du lichen plan.

Après neuf années de travaux soutenus, les auteurs ont pu déceler un bacille spécifique, cause de cette dermatose.

C'est un anaérobie non mobile, non encapsulé, ne contenant pas de spore, variant de 2.5 à 3.7 mu de longueur, à 0.5 à 0.7 de largeur. Il cultive dans un bouillon de culture composé de dextrose et d'agar. Des inoculations ont été faites à l'homme et chez les expérimentateurs eux-mêmes. Il en est résulté

qu'on a pu facilement réussir à reproduire le lichen plan avec ses caractères morphologiques caractéristiques.

Et de ces éléments reproduits, on a pu encore déceler le micro-organisme typique.

On a tenté, à côté de ceci, de trouver la cause du Psoriasis et du Pityriasis rosé de Gibert, sans y réussir.

Ce travail fut lu au 55ième Congrès de l'"American Dermatological Association" tenu à Cuba, Havane, en mai 1932.

Il n'a pas manqué d'attirer l'admiration de tous les congressistes sur un problème encore inconnu jusqu'ici. Paul POIRIER.

CARLE. — **Les conceptions modernes sur la transmission héréditaire de la syphilis.** Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, fév. 1933.

L'auteur, qui depuis plus de 20 ans a fait une étude approfondie de cette question, fait de nouveau une mise au point.

1° La mère d'un nouveau-né syphilitique même d'apparence saine est toujours syphilitique; et elle peut toujours allaiter son enfant sans crainte. (Loi de Colles.)

On sait aujourd'hui qu'un organisme syphilisé peut encore réagir à une inoculation par un accident à forme secondaire ou secondo-tertiaire suivant sa période, que ces accidents peuvent s'accompagner de sérologie positive et même quelquefois d'éruption généralisée. Or, quel meilleur procédé d'inoculation pour une syphilitique, souvent méconnue, que le traumatisme dû à la succion d'un nourrisson présentant sur sa muqueuse buccale des accidents secondaires ? Et il est très probable que nombre de cas publiés autrefois comme chancres du mamelon étaient des superinfections. C'est une notion nouvelle dont il faudra tenir compte en face des exceptions à la loi de Colles.

2° La contamination héréditaire conceptionnelle (spirillaire) de l'enfant par le père n'existe pas.

Marcel Pinard, il est vrai, a signalé la présence de tréponèmes dans le sperme, mais ceci n'est pas un argument péremptoire en faveur de l'hérédité paternelle; ceci n'expliquerait que la fréquence relative des chancres du vagin et du col, mais nullement l'origine paternelle de l'hérédo-syphilis. Pour admettre cette influence, il faudrait supposer que le tréponème, logé dans le spermatozoïde, pénètre avec lui dans l'ovule.

Or, deux objections apparaissent: a) d'abord le tréponème est d'un volume trois ou quatre fois supérieur à celui de la tête du spermatozoïde, et aucun observateur n'a osé affirmer qu'il avait vu l'un dans l'autre; b) d'autre part, serait-il admissible que ce spermatozoïde infecté, infectant l'ovule, pourrait permettre le libre développement de l'organe délicat du fœtus sans dommage pour ce dernier.

Et sur une enquête tenue par Péhu, l'an dernier, auprès des maîtres pédiatres, accoucheurs et syphiligraphes d'Europe, des Etats-Unis et Afrique du Nord, il résulta que sur 25 réponses reçues par lui, l'une ne prend pas parti, deux admettent la possibilité, rare, de la transmission paternelle, et les 22 autres se prononcent sans restriction pour l'influence unique de la mère dans la transmission héréditaire de la syphilis.

Paul POIRIER.

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.**

*Demander Brochure sur l'***Iodothérapie physiologique** *par le* **Peptoniode.**
LABORATOIRE GALBRUN, 18, Rue Oberkampf, PARIS.

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

PROSTHÉNASE
GALBRUN

SOLUTION ORGANIQUE TITRÉE DE FER ET DE MANGANÈSE
Combinés à la Peptone & entièrement assimilables
NE DONNE PAS DE CONSTIPATION
ANÉMIE — CHLOROSE — DÉBILITÉ — CONVALESCENCE
DOSES QUOTIDIENNES : 5 à 20 gouttes pour les enfants ; 20 à 40 gouttes pour les Adultes
Échantillons et Littérature : Laboratoire GALBRUN, 8 et 10, r. du Petit-Muse, PARIS.

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

MALTLEVOL
(MARQUE DÉPOSÉE)

Cette préparation contient de la Levure (Vitamine B), Extrait de Foie Frais concentré (Vitamines A. & D), Lécithine (Vitamines A, B, C & D), Fer Organique, Moëlle d'Os (Vitamine A), avec de l'Extrait de Malt (Vitamines B-1, B-2, & E), dans un bon vin.

Recommandée où il y a indication d'un traitement contre l'Anémie, Débilité, Rachitisme et dans toutes les maladies de carence.

Evitez les substituts en spécifiant **MALTLEVOL** en flacons originaux cachetés de 12 onzes.

POSOLOGIE

ADULTES :— Une cuillérée à soupe, deux ou trois fois par jour, ou selon l'avis du médecin.
ENFANTS :— Doses proportionnelles.

Manufacturé par

FRANK W. HORNER LIMITED
MONTRÉAL, - Canada

Le son qui est un aliment pauvre en calories fournit la cellulose en plus de deux substances essentielles au régime alimentaire.

Au dix-neuvième siècle, les gens mangeaient beaucoup plus que les hommes et les femmes d'aujourd'hui. Les moyens de transport modernes et la mécanique ont réduit les besoins en calories de la moyenne des individus. Il devient de plus en plus important que les menus — tout en contenant moins de calories — puissent fournir tous les aliments essentiels au maintien de la santé.

Des recherches récentes de laboratoire ont démontré que le son, aliment pauvre en calories, contient deux substances essentielles au régime alimentaire, à savoir la Vitamine B et le fer assimilable. Il fournit de plus, la cellulose qui favorise l'élimination.

Des épreuves sur des animaux de laboratoire n'ont révélé aucune variété de lésions — ce qui confirme la théorie que le son ne lèse pas les tissus de l'appareil alimentaire normal.

Des procédés spéciaux de cuisson et de pulvérisation rendent le Kellogg's All Bran meilleur et plus agréable au goût. Son action est douce. Il absorbe beaucoup de liquide et forme une masse molle qui entraîne facilement les déchets intestinaux.

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

D'un goût délicieux avec le lait, la crème ou des aliments cuits. On trouve des recettes appétissantes dans les paquets rouge et vert. Chez tous les épiciers. Fait par Kellogg à London, Ontario.

NEURO-PSYCHIATRIE

BROUSSEAU, CARON et DESROCHERS. — **Du danger que font courir les personnes atteintes d'affections neuro-psychiâtriques, et qui exercent des fonctions où la sécurité du public est en jeu.** Bull. de la Soc. Mle des hôp. univ. de Québec, mars 1933.

Les auteurs rapportent 24 observations de grands malades neuro-psychiâtriques à qui fut confiée pendant de nombreux mois, la plupart du temps à l'insu de leurs patrons, la conduite de véhicules publics, allant du simple taxi à la locomotive de l' "Océan Limitée". Trois accidents mortels sont signalés. Trois mille n'auraient pas plus surpris. Parmi ces 24 cas, 14 appartiennent à la syphilis nerveuse tandis que les autres sont répartis sur une série qui comprend des grands délirants, des épileptiques, etc.

Il ressort de l'enquête que fit l'un des auteurs que les mesures préventives pour empêcher l'existence de cette incurie sont fort insuffisantes. Dans la plupart des cabinets d'examen des grandes compagnies on se contente de l'aperçu superficiel que peut donner le seul examen physique. Tous les emplois de ce genre sont soumis au même rite facile et incomplet. Il n'existe que les pilotes d'avions qui vraiment soient examinés à fond, fréquemment, et à tous les points de vue.

Un projet de loi a été soumis au ministère de la voirie, mais les temps actuels ne sont pas propices aux dépenses additionnelles. Le plan sera considéré, affirme-t-on !

Dans un article qui fait suite à celui-ci, B. analyse les principes d'une bonne prévention et il emprunte aux auteurs français, notamment à Guillain, les éléments de l'organisation actuellement en cours en pays européens. Des statistiques démontrent que loin de grever le budget des compagnies, cette surveillance périodique et cette sélection de leurs employés assurent des bénéfices supplémentaires considérables, sans compter l'économie de capital humain.

Jean SAUCIER.

J. L. FETTERMAN et H. J. KEEMIN. — **Deshydratation in epilepsy.** The Journal of the American Medical Association, April 1, 1933, p. 1005.

Les auteurs se sont proposé de contrôler les résultats, dans l'épilepsie, de cette méthode promulguée par Temple Fay. Elle consiste à réduire la quantité des liquides ingérés, durant les 24 heures, à 400-500 cc.

Fay prétendit, en 1931, qu'il avait obtenu de cette thérapeutique, appliquée à trente-trois épileptiques, une amélioration appréciable dans 60% de ces cas.

Les auteurs ont prescrit la déshydratation à 21 malades, dont 9 hospitalisés et 12 ambulatoires, souffrant d'épilepsie dite essentielle.

Ils procédèrent de la façon suivante: ils permirent d'abord à leurs malades l'ingestion de 1000 cc. de liquide, puis ils réduisirent de 100 cc. par jour pour permettre, en définitive, l'absorption de 400-500 cc.

Cette quantité fut maintenue pendant une à deux semaines chez les hospitalisés et jusqu'à 22 mois chez les ambulatoires. Evidemment, le contrôle ne put être aussi étroitement fait chez ces derniers malades. Aux malades hospitalisés, après cette période de déshydratation, il fut recommandé de prendre autant de liquide qu'ils le désireraient. Aussi, de 4 à 7 litres furent-ils absorbés par chacun d'eux, chaque jour.

Les résultats furent négatifs.

Deux malades gardénalisés préalablement et sevrés durant la cure de la déshydratation, moururent en état de mal.

Bien plus, l'hydratation généreuse subséquente à la période de déshydratation ne provoqua aucun changement dans le cours de la maladie comitiale.

Cette expérience thérapeutique est loin de confirmer cette hypothèse de Temple Fay qui voudrait voir dans l'accumulation de liquide céphalo-rachidien dans les espaces arachnoïdiens endocrâniens, la cause immédiate de la crise comitiale.

En tout cas, si cette théorie est vraie, il n'apparaît pas que la réduction des liquides ingérés est de nature à diminuer la quantité de liquide dans ces espaces.

Roma AMYOT.

Harry JACKSON, L. D. LEADER, Toshio KUTSUNAI, L. D. JOSEPH. **Effet des solutions hypertoniques de dextrose *(glycose)* sur la pression intracrânienne au cours de la phase aiguë des traumatismes crâniens.** The Journal of the American Med. Ass., March 11th, 1933, p. 731.

Pour lutter contre l'hypertension intracrânienne qui est la conséquence, pour les auteurs, dans les traumatismes crâniens, du gonflement du cerveau par hémorragie, congestion et œdème, qui est aussi la conséquence de l'accumulation de liquide céphalo-rachidien dans les ventricules et les lacs arachnoïdiens et de l'élévation de la tension artérielle, on a conseillé diverses méthodes thérapeutiques.

On a jugé que cette hypertension était le facteur le plus important des accidents neurologiques, psychiques et neuro-végétatifs qui caractérisent la phase aiguë du syndrome commotionnel.

Ainsi, on a conseillé la trépanation décompressive sous-temporale, la ponction lombaire évacuatrice, l'injection intraveineuse de solutions hypertoniques.

Cette dernière méthode fut inspirée des expériences de Weed et Mckibben chez les chats.

Ces solutions hypertoniques comprennent des sol. de chlorure de sodium à 20-30% et de dextrose à 25-50%.

On abandonna rapidement la solution de chlorure de sodium, parce qu'elle provoquerait de l'œdème cérébral, des accidents neurologiques et végétatifs impressionnants.

On emploie aussi le sulfate de magnésie en lavement, par la bouche et en intraveineuse à petites doses.

On recourt donc à la solution de glycose qu'on l'on introduit dans les veines lentement (25-30 minutes) à la quantité de 100-200 cc.

Les auteurs expérimentèrent cette dernière méthode chez 12 traumatisés du crâne dont ils contrôlèrent la tension céphalo-rachidienne avant, pendant et après le traitement.

Ils en sont venus à cette conclusion que l'introduction dans les veines de 100 cc. d'une sol. à 50% ou de 200 cc. d'une sol. à 25% déterminait dans certains cas (11 sur 20) une baisse immédiate de la tension variant de 1 à 4 mm. de mercure durant 30 minutes environ. Qu'il y ait baisse immédiate ou non, l'injection est suivie ultérieurement d'une hausse de tension qui dépasse parfois de 50% la tension initiale et qui persiste durant 24 heures environ.

Les auteurs croient que cette réaction, différente des résultats obtenus par Weed et McKibben chez l'animal, est une conséquence des lésions endo-crâniennes et des troubles de la circulation encéphalique chez les blessés du crâne. Ces anomalies créeraient la fixation de la dextrose dans le tissu nerveux et conséquemment de l'œdème cérébral.

En conclusion, ils affirment que l'emploi de ces solutions hypertoniques conduisent à une fausse et dangereuse sécurité dans le traitement des accidents aigus des traumatismes crâniens.

Roma AMYOT.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

A. HAUTANT. — **L'oreille chez les diabétiques.** Annales d'Oto-Rhino-Laryngologie, 1932.

On connaît la gravité de l'otite scarlatineuse, ses complications dangereuses, tant immédiates que futures, et entraînant la mort du malade ou la perte de l'audition.

Il est une autre variété d'otite, non moins grave, et c'est celle que l'on rencontre chez les diabétiques. La pathologie de l'oreille présente peu de travaux d'ensemble sur les complications otitiques de cette affection. C'est au sujet de deux communications importantes; celle de Vass, qui étudie l'aspect clinique et histologique des maladies auriculaires diabétiques, et celle de Hirsch, qui envisage leur traitement par les méthodes modernes que M. A. Hautant attire spécialement l'attention des auristes sur les particularités des otites diabétiques, tant au point de vue diagnostic que traitement.

On ne rencontre peut-être pas un très grand nombre de diabétiques chez les suppurants de l'oreille (1/260), mais sur 100 morts diabétiques 3 sont la conséquence d'une suppuration de l'oreille, qui est un accident extrêmement grave chez un diabétique. Le prurit et l'eczéma sec du conduit entraînant des lésions de grattage, lesquelles vont nécessairement, chez des diabétiques, entraîner elles-mêmes des furoncles récidivants qu'il ne faut pas inciser, mais plutôt traiter d'une façon médicale, sont des manifestations qui nous feront rechercher un diabète en évolution. Evidemment ces furoncles diabétiques peuvent fort bien infecter secondairement l'oreille moyenne, et donner lieu à une otite grave, qui est la principale complication diabétique, qui fait l'objet de cet exposé.

1°. L'OTITE MOYENNE AIGUE —

Cette forme clinique est la plus fréquente des complications auriculaires diabétiques. Cette otite aboutit dans la moitié des cas à la mastoïdite. 8 cas sur 18 otites diabétiques, et même 9 sur 10 dans d'autres statistiques, avant la découverte de l'insuline. La marche est rapide, la paracentèse est insuffisante, peu ou pas de suppuration et le coma s'installe dans les diabètes graves. Dans les cas légers, c'est plutôt une otite chronique qui résiste à tout traitement et qui ne semble pas être la conséquence d'une lésion nasale. Dans d'autres cas, c'est une suppuration auriculaire intense avec des douleurs minimes, souvent un léger gonflement mastoïdien qui dure même quelques semaines et quelques mois. Cette otite a une tendance nécrosante et c'est au cours de cette otite qu'on rencontre des suppurations voisines, en particulier la mastoïdite de Bezold que l'on voit le plus fréquemment chez les diabétiques. Les complications d'abcès extra-dural, la thrombose du sinus, la labyrinthite aboutissent fréquemment à la méningite.

2°. COMPLICATIONS NON INFECTIEUSES PORTANT SUR L'OREILLE INTERNE.

Sur 100 diabétiques, 45 présentent des lésions du labyrinthe. D'après Whitmaack et de Vass, il s'agit de névrite dégénérative. Elle peut apparaître subitement à la façon d'un accès de Ménière et elle s'accompagne d'hypercholestérinémie. Cette surdité chronique serait susceptible de rétrocéder par le traitement. Cette opinion a déjà été formulée en 1915 par Edgard. Heimann envoya à Carlsbad un malade diabétique sourd qui revint complètement guéri de sa surdité.

CONCLUSION:

Il est d'un intérêt primordial de rechercher le diabète au début de toute surdité, de toute otite grave ou suppuration traînante de la caisse. Grâce à l'insuline les opérations pratiquées sur la région cervicale, la mastoïde, peuvent être entreprises sans danger. Monsieur Hautant rapporte même avoir entendu dire au cours de certaines discussions concernant cet exposé de l'otite diabétique qu'il nous présente, que le diagnostic bien établi et le traitement bien appliqué, une otite chez un diabétique guérirait mieux que chez un sujet sain.

Jean LAPOINTE.



Dépôt général pour le Canada:

MILLET, ROUX & LAFON Limitée

1215, RUE SAINT-DENIS, - - - - MONTREAL.



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

ANGLAIS
ESPAGNOL
ITALIEN
ALLEMAND
ou toute autre langue

SANS EFFORT
CHEZ VOUS
QUAND VOUS VOULEZ!

PAR LA NOUVELLE ET FACILE MÉTHODE

LINGUAPHONE

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

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

DEMANDEZ
AUJOURD'HUI
NOTRE BROCHURE
GRATUITE
→

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

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

Nom.....

Adresse.....

Ville.....**Prov.**.....

Quelle langue vous intéresse ?.....

SOCIÉTÉS

LA SOCIETE MEDICALE DE MONTREAL

Séance du 7 mars 1933.

HOPITAL GENERAL DE LA MISERICORDE

Président: M. EUG. DUFRESNE.

Travaux scientifiques:

a) **Cancer du plancher de la bouche et cancer rétro-auriculaire,** (avec présentation de malades). M. HERVE LACHARITE.

L'auteur rapporte un cas d'épithélioma spino-cellulaire infiltrant du plancher de la bouche avec envahissement ganglionnaire, chez un malade âgé de 70 ans, traité par radium en octobre 1928, avec guérison apparente pendant 4 ans et récidive ganglionnaire seulement, laquelle est traitée de nouveau en octobre 1932, suivie d'une disparition complète. Le patient ne présente aucun signe de cancer. En deuxième lieu, il présente un cas d'épithélioma cutané baso et spino-cellulaire chez un malade de 70 ans, à localisation rétro-auriculaire gauche, ayant évolué pendant 8 ans, et ayant été soumis à de multiples traitements sans résultat. Le même patient présentait en même temps, quatre lésions de "kératose sénile" de la face, en voie de générescence cancéreuse. Traitement radiothérapique suivi d'une cicatrisation sans la moindre réaction de la peau, depuis cinq mois.

M. LACHARITE fait passer devant l'auditoire les deux malades dont il a rapporté les observations;

b) **Placenta praevia.** M. H. SANCHE.

M. SANCHE rapporte l'histoire de Madame X, 29 ans, enceinte de huit mois qui est admise à l'hôpital pour une hémorragie considérable, survenue après d'autres plus légères. Endométrite antérieure évidente. Un placenta praevia est diagnostiqué et une hémorragie très violente nécessite l'intervention immédiate: abaissement des pieds en passant à travers le placenta et accouchement retardé. Le fœtus meurt après la naissance; la mère reçoit sérums, stimulants cardiaques et utérins, et présente des suites de couches normales.

Réflexions: 1. Peut-on prévenir le placenta praevia ? — Difficilement, car la cause en est l'endométrite et la spaciosité de l'utérus, et le diagnostic ne se fait le plus souvent que par l'hémorragie; d'autant plus que beaucoup de placentas praevias ne sont pas hémorragiques.

2. Un autre traitement pouvait-il être suivi? Pas dans les circonstances, car le tamponnement vaginal, le ballon, la césarienne, la dilatation artificielle du col ne répondaient pas aux indications.

3. Les complications à craindre et que la patiente a pu éviter sont: l'anémie suraiguë, les déchirures du col et du segment inférieur, l'infection et surtout la phlegmatia alba dolens.

Discussion:

M. LEBEL demande pourquoi l'enfant est-il mort, et de quoi? Il rapporte un cas qu'il a sauvé par l'intervention rapide et non retardée.

M. TETREAULT demande si l'ergot a été administré immédiatement après l'accouchement.

M. MENARD croit que l'application de pinces sur le col lacéré aide fréquemment à l'arrêt des hémorragies.

M. FORTIER croit qu'en prenant le cordon entre les doigts on aurait pu s'apercevoir si l'enfant était vivant.

M. LANGEVIN résume la discussion en soulignant qu'il y a deux variétés de cas qui se présentent à l'obstétricien:

a) Le col qui est souple et qui se contracte mal où l'intervention doit être rapide et où l'expectative doit être rejetée;

b) Les cas où le col est dur, celui qui déchirera sûrement mais où la méthode d'attente est recommandable.

En réponse:

M. SANCHE: rapporte que l'enfant est mort asphyxié et que l'ergot a été administré comme il est courant dans ces cas;

c) **Eclampsisme.** M. P. GAUTHIER.

M. GAUTHIER rappelle ce qu'est l'éclampsisme, cet état particulier qui conduit presque toujours à l'éclampsie. Il en donne une description détaillée et après en avoir posé le diagnostic, rappelle les différentes variétés de traitement;

d) **Malformation vagino-utérine.** M. J. CHAMPEAU.

M. CHAMPEAU fait un exposé détaillé des malformations vagino-utérines que l'on peut rencontrer. Il décrit les incidents qui peuvent survenir au moment de l'accouchement dans ces utérus mal formés, et termine en rapportant quatre cas de malformations congénitales qu'il a eu l'occasion de rencontrer en quelques mois. Il illustre les deux premiers d'utéro-salpingographie.

Discussion:

Le docteur GERIN-LAJOIE trouve le docteur CHAMPEAU bien heureux d'avoir rencontré quatre cas de malformations vagino-utérines dans une période de temps relativement courte. Toutefois il ne croit pas qu'il suffit d'y songer au moment du palper, de l'inspection, du toucher, et de l'intervention pour les rencontrer. C'est ici que l'hystérosalpingographie devient une aide précieuse dans la recherche du diagnostic. Après avoir cité Brindeau, Brouha, Commandeur, Jeannin, Lemeland, Voron, le docteur GERIN-LAJOIE aurait aimé avoir entendu le nom d'un collègue canadien, le docteur ARTHUR MAGNAN, qui a fait une thèse extrêmement intéressante sur les malformations congénitales des organes génitaux de la femme il y a à peine trois ou quatre ans, thèse qui est citée par certains auteurs et dont les hystéro-salpingographies sont vraiment des chefs-d'œuvre d'exposition des textes jusqu'ici illustrés schématiquement.

Le docteur LANGEVIN ne voit pas au juste quel rôle les gynécologues pourraient jouer dans le traitement même chirurgical de ces malades, l'hystérectomie suivant presque toujours le diagnostic de ces affections.

e) Infection puerpérale. M. S. LANGEVIN.

M. LANGEVIN fait passer devant nous cinq malades à des stades divers et à différentes variétés d'infection puerpérale.

Le 1er cas en est un d'inertie utérine où la rétention a été le symptôme prédominant. Pour combattre cette affection il recommande l'exploration utérine dans les cas douteux, immédiatement après l'expulsion de la suite.

Le deuxième cas en est un de phlébite très caractéristique, et qui suit la formation d'un caillot oblitérant en général la veine fémorale. L'auteur insiste sur les petites élévations de température qui suivent les premiers jours de l'accouchement indiquant souvent la présence de phlébite du bassin.

Le troisième cas en est un d'éclampsisme illustrant magnifiquement les données qui nous ont été fournies par M. GAUTHIER antérieurement dans la soirée.

Le quatrième en est un de pyélo-néphrite, affection assez fréquente à laquelle il faut songer et qu'il faut différencier de l'infection puerpérale vraie lorsqu'elle survient après l'accouchement.

Enfin le cinquième cas en est un de septicémie qui survient généralement après une infection prolongée dont le siège est presque toujours dans le bassin.

Discussion:

M. BOHEMIER demande si l'éclampsie peut survenir après l'accouchement.

M. GERIN-LAJOIE désire savoir si l'hémoculture est pratiquée systématiquement dans tous les cas d'infection puerpérale.

M. LEBEL aimerait connaître la valeur de l'injection de sérum anti-streptococcique.

M. THIBAULT a toujours obtenu de bons résultats dans les cas de rétention par un drainage de la cavité utérine à l'aide de mèches.

M. LAMARCHE aimerait connaître la valeur des injections de charbon animal dans les cas d'infection puerpérale.

M. DUFRESNE préconise l'auto-vaccination dans les cas d'infection puerpérale.

M. MENARD demande si la position assise donnée rapidement après l'accouchement ne préviendrait pas les phlébites.

En réponse:

M. Langevin rappelle: a) que l'éclampsie n'est pas toujours d'origine fœtale, ni même d'origine placentaire mais qu'elle est de cause hépatique, rénale, etc., dans au moins 25% de cas;

b) Le drainage est excellent dans le traitement des utérus infectés surtout si la mèche est imbibée de bouillon vaccin;

c) Les injections de charbon animal sont d'une technique simple et peu dispendieuse mais il ne peut se prononcer n'ayant pas l'expérience d'un nombre suffisant de cas. Il n'y a aucun shock qui suit l'injection de charbon. Sur ce, M. MANSEAU demande la parole et rapporte les beaux succès qu'il a obtenus chez une trentaine de malades qu'il a traitées ou vu traiter par les injections de charbon animal;

d) Les injections de sérum anti-streptococcique sont pratiquées assez fréquemment de même que les auto-vaccinations. L'abcès de fixation est une méthode encore excellente;

e) L'hémoculture est pratiquée systématiquement chez toutes les malades;
f) Le bouillon vaccin est une méthode également très bonne et qui donne des résultats qui dépassent souvent nos espérances;

f) Cardiopathie et grossesse. M. A. BERTRAND.

Le docteur BERTRAND s'est attaché à examiner systématiquement toutes les femmes enceintes au point de vue cardiaque. Il a noté, chez un bon nombre de malades qu'il a eu l'occasion d'observer, des lésions de cet organe et c'est le fruit de son expérience qu'il nous apporte. Il illustre ses données en décrivant en détails quelques observations de malades.

MM. Jean LeSage, Charles Lefrançois, Ernest Lenoir, Z.-H. Lesage, Léon Provost, Ferdinand Mancuso, Jean-B. Gagnon, Earl-E. LeSage, J.-A. Lebrun, Gérard Rolland, M.-O.-Jules Lussier, J.-M.-A. Valois, Ubald Bessette, J.-Paul Laplante, Joseph Gauvreau, Paul LeRoy, J.-B.-A. Michaud, J.-A.-T. Coallier, J.-Rottot Brais, Miki Ouimet, Aurélien Thouin, Joseph Gervais, G. Phénix, Eugène Thibault et Paul Morin sont élus membres titulaires de la Société Médicale de Montréal.

Louis FORTIER,
Secrétaire de Séances.

Séance du 21 mars 1933.

UNIVERSITE DE MONTREAL

Président: M. O.-A. GAGNON.

Travaux scientifiques:

a) Généralités sur les glandes endocrines et historique. M. ANTONIO BARBEAU.

A l'heure actuelle et progressivement ainsi que le démontrent les statistiques, une grande partie de la clinique et de la physiologie s'intéressent aux sécrétions internes, mais il y a un désaccord apparent sur l'emploi des termes. Le docteur BARBEAU insiste sur certaines définitions.

Un organisme c'est la réunion d'appareils et d'organes fonctionnant en synergie. La synergie c'est l'union des forces et des différents efforts fonctionnels dans un but commun. Au temps d'Hippocrate et au Moyen Age l'on parlait déjà des influences des organes les uns sur les autres (des sympathies). Plus tard l'on insista sur le rôle du système nerveux pour la corrélation des fonctions, et depuis 1890 on affirme qu'en plus d'un mécanisme nerveux il y a un mécanisme humoral qui se fait par l'intermédiaire du sang et dont les éléments sont des produits sécrétés par certaines cellules.

Au sens large on peut dire que sécrétion interne c'est le passage dans le sang d'un produit sécrété par une cellule ou par une glande, et qui joue une action sur les autres organes. Ainsi la fonction glycogénique du foie.

Au sens strict nous appelons glande à sécrétions internes celle qui répond à certaines conditions histologiques, physiologiques et chimiques. Ainsi il y a à considérer la structure glandulaire, la mise en évidence de la sécrétion et l'étude chimique de cette sécrétion si possible. Exemple: la thyroïde. L'endocrinologie est la science qui traite des glandes à sécrétions internes, de leur structure, du mécanisme de leurs sécrétions, des produits de leurs sécrétions, de l'extraction de ces produits, de leur préparation et de leur utilisation thérapeutique.

Cette science a pu être constituée par les méthodes expérimentales et les études cliniques, et a eu pour inspiration les recherches de Claude Bernard et de Brown-Sequard.

b) **Endocrines et sympathique.** M. E.-G. ASSELIN.

Le professeur ASSELIN fait une leçon très complète sur l'interdépendance neuro-glandulaire. Il insiste sur des faits d'ordre embryologique, physiologique et pharmacodynamique, démontrant les rapports étroits qui existent entre le système nerveux végétatif et les g'andes endocrines.

Au moyen de nombreuses planches et transparents, le professeur ASSELIN fait voir le développement du système involontaire et ses relations embryologiques avec les glandes endocrines.

Au moyen de méthodes expérimentales il a été possible de préciser dans le phénomène organo-végétatif la part qui revient au sympathique vrai et celle du para-sympathique. Ainsi le sympathique vrai agit:

a) sur le système vaso-moteur (constriction des vaisseaux et accélération du rythme cardiaque;
b) sur la nutrition des téguments et glandes sudoripares;
c) sur les phénomènes métaboliques généraux, il possède une action catabolique.

Le para-sympathique par ses deux composants (portion crânienne et portion pelvienne contrôle:

a) le fonctionnement de l'appareil digestif et des glandes annexes;
b) règle le mécanisme respiratoire;
c) ralentit le rythme du cœur;
d) possède une action anabolique sur le métabolisme;
e) il assure par sa portion pelvienne l'évacuation de l'appareil génito-urinaire.

Le professeur ASSELIN termine en disant que la conception de l'eutonie ou équilibre neuro-végétatif donne une forme scientifique aux conceptions anciennes des tempéraments et diathèses et que la neurotonie ou déséquilibre neuro-végétatif peut dans de nombreux cas expliquer les malaises dont se plaignent de nombreux sujets que l'on ose à peine qualifier de malades.

c) **Sympathique en pathologie.** M. Roma AMYOT.

Après quelques considérations anatomo-physiologiques le docteur AMYOT présente une étude sur la pathologie dans certains sympathiques. Ce travail se divise en deux chapitres:

1. — La description des troubles fonctionnels généraux du système involontaire, c'est-à-dire les neurotonies, le déséquilibre du système neuro-végétatif connu sous le nom de sympathicotonie et vagotonie.

2. — Les troubles se rattachant à une modification de l'action du sympathique sur le système tégumentaire et la localisation de certaines lésions qui amènent des troubles particuliers tels que le syndrome de Horner.

Le docteur AMYOT a l'intention de publier prochainement un travail sur le sympathique en pathologie dont il n'a que donné un court aperçu aux membres de la Société.

Une courte discussion a suivi la présentation de ces travaux.

MM. J.-A.-G. Brisebois, Armand Carreau, Guy Hamel et J.-O. Mousseau sont élus membres titulaires de la Société Médicale de Montréal.

Louis FORTIER,
Secrétaire de Séances.

LA SOCIETE DE CHIRURGIE DE MONTREAL

Séance du 1er mars 1933

Présidence: M. A. ETHIER.

Les minutes sont lues et adoptées sur proposition de monsieur Gagnon, secondé par M. de Martigny.

M. DUFRESNE: rapporte l'opération de la malade présentée à la dernière séance. Le sein a été enlevé et voici le rapport de monsieur Masson qui a fait l'examen de la pièce:

"Pièce opératoire formée par un sein d'énormes dimensions et pesant 1585 grammes.

Cette pièce comporte une glande mammaire très adipeuse et une énorme tumeur trilobée, encapsulée qui soulève le tégument. L'incision de cette tumeur ouvre un vaste kyste contenant 850 c.c. de liquide brun sous forte tension. Le reste du tissu tumoral a un aspect blanc nacre de fibrome et présente de petites cavités de dimensions variables, ordinairement à section étoilée.

L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un fibro-adénome tubuleux à tissu fibreux entièrement développé.

En un point le tissu glandulaire présente une prolifération épithéliale atypique, mais lente, (pas de mitoses) et sans invasion du tissu conjonctif; probablement un épithélioma tout au début de son évolution.

DIAGNOSTIC: — Fibro-adénome avec kyste volumineux.
Epithélioma au début.

Pierre MASSON.

Monsieur GAGNON rapporte l'opération de sa deuxième malade dont il a parlé à la dernière séance, opérée par le Dr Moulonguet. C'était un kyste Wolffien. L'ascite a réapparu. On lui a fait de la radiothérapie. L'ascite est revenue. On lui a fait des ponctions. La plaie s'est fistulisée, le volume du ventre a diminué.

M. DUFRESNE a déjà rapporté un cas de kyste de l'ovaire rempli d'un liquide gélatiniforme; cette malade a été réopérée, à l'ouverture du ventre il constate de petites nodosités sur le péritoine, cette malade est mourante de péritonite tuberculeuse.

M. De MARTIGNY:

Je présente l'observation suivante comme documentation sur la question du traitement des vésicules biliaires, question qui reste à l'ordre du jour.

Madame C. L.. se présente à l'hôpital en marchant, le 8 février 1933. (No d'hôpital: 17765).

ETAT GENERAL: Assez bon.

Temp. 99.
Pouls 96.
Resp. 22.

PARTICULARITES: Douleur dans la fosse iliaque droite, dans le bas ventre et dans l'hypocondre droit.

La malade nous est adressée pour une douleur dans la fosse iliaque droite avec retentissement au creux épigastrique avec le diagnostic d'appendicite à répétition.

La première crise remonte au mois de janvier 1933 et se manifesta par une douleur vive dans la fosse iliaque droite et au creux épigastrique accompagnée de vomissements alimentaires, température légèrement élevée et constipation. Cette crise dura quelques heures et céda à un traitement médical.

Seconde crise le 1er février 1933; les douleurs furent plus intenses dans la fosse iliaque droite avec constriction thoracique et irradiation dans le dos, température, vomissements et tendance syncopale. Les douleurs cédèrent à une injection de morphine et le médecin dirigea la malade dans notre service.

A son arrivée: Température: 99.
Pouls: 96.

La malade a souffert de maladies d'enfance. Une grippe en 1918. A toujours joui d'une bonne santé jusqu'à il y a deux mois. Parents en bonne santé.

Règles régulières. Une grossesse à terme. Dernières règles au mois de décembre 1932.

La malade n'a jamais présenté de crise d'ictère. Elle a perdu 40 livres depuis un an. La palpation nous permet de découvrir une douleur dans la fosse iliaque droite et dans la fosse iliaque gauche, aucune douleur au creux épigastrique.

La palpation du foie révèle une douleur sourde.

Poumon: Normal.
Cœur: Normal.

EXAMEN GYNECOLOGIQUE: Annexes gauches douloureuses, mobiles. Annexes droites plus grosses, très douloureuses, enkystées. Cul-de-sac empâté. Utérus légèrement mobile, gros, douloureux.

Nous faisons faire une radiographie de la vésicule biliaire le 9 février 1933.

"La cholécystographie ne montre pas d'ombre de la vésicule. A noter deux opacites suspectes de calculs."

DIAGNOSTIC CLINIQUE: Annexites — appendicite chronique — Calculs biliaires.

EXAMEN DE L'URINE

Caractères physiques

Aspect: Trouble.
Dépôt: Trouble.
Réaction: Acide.
Densité: 1018.

Analyse chimique

Albumine: Traces.
Glucose Absence.
Urobiline: Absence.
Bile: Absence.

Examen microscopique.

Aspect du dépôt de centrifugation:	Trouble.
Cristaux:	Absence.
Dépôts amorphes:	Absence.
Sang:	Absence.
Leucocytes:	Présence.
Cellules épithéliales:	Présence.
Pus:	Présence.
Cylindres:	Absence.

TRAITEMENT: — Opération: 11 février 1933.

Diagnostic avant l'opération: Annexites et calculs biliaires.

Genre d'opération: Laparatomie, Bistouri électrique.
Hystérectomie totale.
Appendicectomie.
Cholécystectomie.

Anesthésiste: Docteur Remy.

Assistants: Docteurs Bohémier et Tremblay.

Anesthésique: Ether.

Etat du sujet au moment de l'anesthésie: Bon.

Anesthésie commencée à 9.10 heures et terminée à 11 heures.

Durée de l'opération: 50 minutes.

DETAILS: A l'ouverture du ventre on trouve à peu près 150 à 200 grammes de sang liquide, annexes droites : petit kyste hématique rompu, cul-de-sac Douglas rempli de caillots. On trouve un gros kyste hématique rompu. L'appendice est long et adhère aux annexes droites, les annexes gauches sont grosses.
La vésicule est remplie de calculs, un très gros et 75 petits.
Fermeture deux plans au catgut, 4 drains en cigarette.

Diagnostic après l'opération: Idem et vésicule remplie de calculs dont un très gros.

Cette observation est intéressante parce que cette femme qui présentait un énorme calcul, gros comme un jaune d'œuf de pigeon n'a jamais présenté aucune douleur du côté du foie. Elle nous a été adressée à la suite d'une deuxième crise d'appendicite, d'un retard de règles avec une douleur brusque et excessivement vive dans le cul-de-sac droit.

Ce cas, je crois, illustre bien l'importance qu'il y a des examens aux Rayons X. chaque fois que l'on se trouve en présence de troubles stomacaux accompagnés de vomissements, même si, comme dans le cas présent, la glycémie est normale, comme l'a montré l'examen du laboratoire.

La convalescence de cette malade ne présente rien de particulier si ce n'est une légère élévation de température le cinquième jour qui céda aux grands lavements bicarbonates.

UN CAS DE RUPTURE DU FOIE.

Le Dr BLAGDON présente l'observation d'une jeune fille, âgée de 28 ans, qui fut frappée par une automobile, le 8 juillet dernier, dans la région latérale et inférieure de l'hémi-thorax gauche. La victime fut projetée à plusieurs pieds et tomba à la renverse, après avoir glissé sur les genoux, puis sur les coudes, dans un mouvement d'hyperextension de la colonne vertébrale.

Elle est admise à l'hôpital Notre-Dame cinq heures plus tard, dans un état de choc intense et accusant des douleurs très vives du côté de son hypocondre gauche.

Examen: Un diagnostic de rupture de la rate avec hémorragie interne et fractures des 8ième, 9ième et 10ième côtes gauches, paraissait évident et l'opération d'urgence fut pratiquée 40 minutes après son arrivée. Les soins immédiats pré et post-opératoires ont consisté en: injections de sérum physiologique, transfusion sanguine, hémoplastine, etc.

Opération: Incision para-centrale gauche. Evacuation abondante de sang; épanchement de la cavité abdominale. La rate est normale. Une nouvelle incision transversale, perpendiculaire à la première, permet de constater une rupture de toute la face antérieure du lobe droit du foie. Suture de la capsule du foie au catgut chromique; mise en place d'un épais tampon de gaze, qui servira à la fois à comprimer et à drainer l'organe lésé. Drainage du Douglas et fermeture de la paroi abdominale en trois plans.

Complications post-opératoires: 1°. Dilatation de l'estomac qui persista pendant trois jours et fut jugulée par la sonde de Einhorn, mise à demeure, les lavements hypertoniques et les sérums intraveineux. 2° Un épanchement pleural gauche, qui s'est résorbé spontanément le 30ième jour. 3° Une fistule biliaire infectée a causé des ennuis pendant **six mois.**

La patiente est maintenant guérie et elle a engraissé d'une trentaine de livres. Les épreuves fonctionnelles du foie ont donné un très bon résultat. Le Van den Berg, l'épreuve de la galactose et celle de Rowntree-Rosenthal ont été négatives à la sortie de l'hôpital Notre-Dame. La glycémie, l'azotémie, et la cholestérinémie étaient aussi normales.

Commentaires: 1°. Les cas de rupture du foie par cause indirecte, sont plutôt rares. 2°. Parmi les techniques employées, les principales sont: a) la suture du bord marginal du foie au péritoine pariétal, en maintenant le foie comprimé sur le diaphragme, sans tamponnement; b) la suture du foie suivie de tamponnement, comme dans le cas actuel; c) le traitement conservateur des fistules biliaires doit toujours être tenté pendant longtemps, avant de décider une anostomose avec la vésicule biliaire ou le duodénum, opérations dangereuses; 4° l'importance de la sonde de Einhorn dans la dilatation aiguë de l'estomac; 5°. Le "Rowntree-Rosenthal dye test" est une épreuve logique, facile d'application et qui nous fournit de bons renseignements sur la fonction hépatique. Elle peut être comparée à celle du P.S.P. pour le rein et elle devrait être plus connue.

M. St. JACQUES: — Avec quoi faites-vous le lavage d'estomac?

M. BLAGDON: — Nous avons mis simplement le tube d'Einhorn.

M. St. JACQUES: — Nous faisons le lavage avec de l'eau boriquée à 1%, à la fin du lavage nous laissons environ une tasse du lavage avec 15 gouttes de teinture d'iode.

M. GAGNON: — Est-ce que la glycémie a été modifiée?

M. BLAGDON: — Au départ la glycémie était normale.

M. GAGNON:

Dans ses opérations sur le foie, il se sert d'insuline en proportion variable afin de prévenir la déficience qui peut survenir du côté du foie.

M. ETHIER:

Le tube laissé à demeure dans l'estomac a dû aider cette malade.

M. St. JACQUES:

Le bicarbonate de soude à haute dose dans le Murphy, additionné de cognac et de café noir suivi d'un litre d'eau. Il fait la suture du foie en zig-zag.

M. MERCIER-FAUTEUX:

A eu un cas de déchirure du foie par plaie pénétrante, plaie de deux pouces par 4 pouces de profondeur, plaie de la face convexe. Il a luxé le foie et a pu faire des sutures en prenant un catgut de gros diamètre.

M. BOURGEOIS:

A eu des déchirures du foie qu'il a suturées et drainées. Le malade a guéri.

M. MERCIER-FAUTEUX: — CARDIOSPASME, OESOPHAGOPLASTIE EXTRA MUQUEUSE.

Rapporte l'observation d'un malade souffrant de cardiospasme traité par l'œsophagoplastie extra muqueuse par voie abdominale. Et à propos de ce cas, fait une revue des idées actuelles sur la pathogénie et le traitement de cette affection singulière.

GREENWOOD croit qu'il s'agit d'une lésion congénitale, analogue à la sténose hypertrophique du pylore ou à la maladie de Hirsprung.

ADAMS considère que cette théorie d'une malformation congénitale n'est guère admissible puisque c'est toujours tardivement que l'affection se révèle. Pour lui le spasme serait en rapport avec des causes d'irritation à distance ou avec une altération nerveuse, locale, de nature indéterminée. AGRIPOLLO pense qu'il s'agit d'un trouble du système nerveux autonome (sympathique ou pneumogastrique) et ainsi s'expliquerait l'association fréquente de cette maladie avec le spasme pylorique, l'ulcère d'estomac ou l'asthme bronchique comme dans le cas rapporté.

Au sujet du traitement le rapporteur ne croit pas que le traitement médical à lui seul puisse donner des résultats curatifs. Il est un adjuvant précieux certes, mais jamais la médication anti-spasmodique n'a donné de succès et d'ailleurs récemment il a été démontré que l'atropine et la belladone non seulement n'atténuent pas le spasme, mais l'intensifient.

A propos des traitements par la dilatation Guisez a écrit: "Par les moyens endoscopiques et par les voies naturelles on peut venir à bout des cas les plus difficiles et les plus rebelles." Oberthur n'accepte pas cette manière de voir, et bien d'autres auteurs pensent aussi comme lui,

Lorsque la dilatation oesophagienne, dit-il, est constituée, les séances de dilatation ne donnent pas de guérison et si parfois une amélioration s'installe ce n'est que temporairement. Dans les cas de cardio-spasmes simples, c'est-à-dire au début, le cathétérisme guérit un certain nombre de malades; mais ces malheureux doivent être dilatés régulièrement et cet esclavage de la sonde est bien pénible et ne présente pas une innocuité absolue.

Le traitement chirurgical est donc indiqué dans les cardio-spasmes simples après échec ou insuffisance des dilatations et toujours d'emblée dans les cardio-spasmes s'accompagnant d'une dilatation marquée de l'œsophage.

Cette communication se termine par une critique des différents procédés employés: la divulsion de l'œsophage de Mikulicz. l'œsophagoplastie extra-muqueuse de Heller et l'intervention par voie thoraco-abdominale extraséreuse de Grégoire.

M. BOURGEOIS:

Avez-vous pu sentir le spasme?

M. MERCIER-FAUTEUX:

On voit le spasme.

M. St. JACQUES:

Je ne crois pas que la pneumonie soit la faute de l'opération.

M. de MARTIGNY:

Qu'est-ce que devient la muqueuse? Est-ce qu'elle résiste à la tension, est-ce que ça n'expose pas à un diverticule?

M. MERCIER-FAUTEUX:

Le cardio-spasme est fréquent en Amérique du Sud. Les chirurgiens sud-américains n'ont jamais rapporté de cas de diverticule.

M. De MARTIGNY:

J'ai opéré moi-même l'automne dernier un cas de cardio-spasme. Le malade était très déprimé, je me suis contenté de faire une gastrotomie continente et de nourrir mon malade à l'aide de la sonde pendant quelques mois, laisser au repos complet l'œsophage pendant ce temps.

J'ai en plus demandé à son médecin de lui donner des traitements de radiothérapie. Depuis, mon malade a recommencé à manger et ne présente plus aucun signe de spasme. J'espère pouvoir vous le présenter l'année prochaine 12 à 15 mois après son opération sans récidive. Si toutefois, il présentait de nouveaux troubles il me serait facile, car je n'ai pas fermé la bouche, de passer une sonde et de le nourrir par la bouche stomacale, et de remettre son œsophage au repos pour un temps plus ou moins long et d'ordonner de nouvelles séances de radiothérapie.

La gastrotomie continente est une opération facile, peu choquante et ne présente presque aucun danger pour la vie du malade. D'un autre côté les opérations sur l'œsophage même entre les mains les plus habiles, sont difficiles, choquantes et font courir aux malades des risques de mort.

Je crois donc que l'on devrait d'abord tenter l'opération la plus simple, quitte si le cardio-spasme ne cède pas ou réapparaît, de recourir à l'œsophagostomie.

J. H. RIVARD.

NOUVELLE

Poste Médical à céder dans l'est de la Province d'Ontario — seul médecin. Conditions de paiement faciles. A discuter avec homme sérieux, compétent et sobre.

S'adresser à

T. VALIQUETTE,
Administrateur de L'Union Médicale du Canada,
3705, rue Saint-André, Montréal.

NÉCROLOGIE

LE PROFESSEUR HÉDON

Le professeur Emmanuel Hédon, auteur du Précis de Physiologie en usage à notre Faculté de Médecine, est décédé voici quelques semaines. Nous l'apprenons aujourd'hui. L'Union Médicale du Canada est déjà sous presse. L'espace et le temps nous manquent donc pour écrire, à la mémoire du maître disparu, les lignes qui traduiraient fidèlement notre émotion et nos regrets.

Le nom du professeur Hédon restera attaché à de belles recherches physiologiques, notamment sur le pancréas endocrinien. A la prochaine occasion, nous analyserons en détail son oeuvre scientifique toute d'honnêteté, de précision, de large mais prudente synthèse.

Professeur émérite, le plus brillant que nous ayons entendu, le docteur Hédon était l'une des gloires de l'Université de Montpelier, où enseigne et travaille également son fils, Louis, dont, à juste titre, il était très fier. . .

A l'endroit de tel jeune médecin canadien-français, réfugié jadis dans son laboratoire, il eut toutes les bontés, toutes les délicatesses. Raison de plus pour la physiologie de chez nous de s'associer de tout coeur au deuil de la physiologie française, de la physiologie universelle.

Antonio BARBEAU.

NOUVELLES

LES PREPARATIFS DU CONGRES FRANÇAIS DE MEDECINE DE QUEBEC EN EUROPE [1]

(27 août 1934)

Le lundi 27 mars, Son Excellence M. Philippe Roy, ministre du Canada, réunissait à 16 h. 30 à la Légation du Canada le Comité français de propagande du XXIIIe Congrès français de Médecine de Québec pour entendre l'exposé des directives suivies jusqu'ici dans la préparation de ce Congrès.

Mgr Camille Roy, recteur de l'Université Laval de Québec, assistait à la réunion et a exprimé aux membres du Comité tout l'ardent désir qu'ont les Canadiens et l'Université Laval en particulier, de voir arriver nombreux les médecins et les savants français au Congrès de Québec. Il les a assurés de la chaude sympathie et du cordial accueil qui serait fait aux représentants de la France.

Le professeur Sergent, président du Comité français de propagande, a exposé nettement la façon dont le XXIIIe Congrès français de Médecine, qui groupe les médecins de médecine générale de langue française, tiendrait ses assises en août 1934, sous la présidence du prof. A. Rousseau, doyen de la Faculté de Médecine de l'Université Laval, en union avec le *XXIIIe Congrès de Médecine de langue française de l'Amérique du Nord.* Ce Congrès canadien, présidé par le prof. A. Paquet, de Québec, groupe tous les membres du corps médical, médecins, chirurgiens, spécialistes de langue française de l'Amérique du Nord. A côté des séances purement médicales, il y aura donc d'autres sections du Congrès canadien où se grouperont les chirurgiens, les spécialistes. La réunion de Québec aura ainsi une ampleur considérable.

Le professeur F. Arloing, secrétaire général du Comité de propagande, prit ensuite la parole pour rendre compte des travaux du Bureau et du Comité. Le professeur Achard, membre de l'Institut, est président d'honneur du Comité. A côté de diverses personnalités résidant à Paris, MM. Regaud, Rist, Ribadeau-Dumas, Joltrain, F. Pordet, Grondin, Desfosses, etc., le Comité français de propagande en faveur du XXIIIe Congrès français de Médecine de Québec (1934) comprend, à l'heure actuelle, les membres désignés par les Facultés et Ecoles de Médecine de France, appartenant à la section de médecine interne:

Paris: Professeurs: Bezançon, Léon Bernard, Clerc, Marcel Labbé, Lemierre, Lereboullet, Roussy, Sergent.

---

(1) Nous nous empressons de porter à la connaissance du public médical canadien les renseignements parus dans "La Presse Médicale" du 13 avril sous la signature de notre ami P. Desfosses. Nos amis de France poussent activement les choses. Le succès est certain.

Marseille: Professeurs: Audibert, Cornil, Mattei, Monges, Olmer, Roger.

Bordeaux: Professeurs: Abadie, Bonnin, Cruchet, Mauriac.

Lille: Professeurs: Carrière, Doumer, Lavier, Legrand, Minet.

Lille, Faculté libre: Professeur Langeron.

Lyon: Professeurs: F. Arloing, P. Courmont, Lépine, Doyen de la Faculté de Médecine, Mouriquand.

Montpellier: Professeurs: Euzière, doyen de la Faculté de Médecine, Carrieu, Leenhardt, Rimbaud, Vires.

Nancy: Professeurs: Etienne, Spillmann, doyen de la Faculté de Médecine.

Strasbourg: Professeurs: Ambard, Pautrier, Masson.

Toulouse: Professeurs: Baylac, Lafforgue, Jean Tapie.

Besançon: Professeur Ledoux.

Caen: Professeur Desbouis.

Clermont-Ferrand: Professeur Castaigne, directeur de l'Ecole de Médecine.

Dijon: Professeur Broussolle, directeur de l'Ecole de Médecine.

Grenoble: Professeur Porte, directeur de l'Ecole de Médecine.

Nantes: Professeur Sourdille, directeur de l'Ecole de Médecine.

Limoges: Professeurs: de Léobardy, Raymond.

Poitiers: Professeur Morichau-Beauchant.

Rennes: Dr Brault.

Val-de-Grâce: Médecin lieutenant-colonel Pilod, professeur à l'Ecole d'application du Val-de-Grâce, Paris.

Colonies: M. l'Inspecteur général du Service de Santé des Colonies Boyé.

Marine: M. Lancelin, direction centrale du service de Santé.

Trésorier: M. Georges Masson.

Assistait à la réunion un nombre important de membres de ce Comité, tant de Paris que de Province.

M. Arloing rappela qu'il existe également un COMITÉ BELGE DE PROPAGANDE en faveur du Congrès (*La Presse Médicale* a déjà publié la composition de ce Comité), présidé par le Professeur R. Verhoogen, de Bruxelles, ainsi qu'un COMITÉ SUISSE, présidé par le Professeur Roch, de Genève. Ce Comité comprend 30 membres parmi lesquels nous mentionnerons:

Professeur Bickel, Burnand, de Genève; Mlle Goffin, de Genève; Exchaquet, de Lausanne; Gautier, de Genève; Gigon, de Bâle; R. Gilbert, de Genève, Jaquerod, Morin, de Leysin ; Michaud, de Lausanne ; Salloz, de Genève ; Taillens, de Lausanne.

M. Arloing exposa ensuite l'organisation des divers rapports et les directives observées sous la direction du Bureau de Québec pour la désignation des rapporteurs.

La première question, les PANCRÉATITES, sera scindée en deux: pancréatites aiguës, pancréatites chroniques.

La seconde question, les ÉTATS HYPOGLYCÉMIQUES, sera considérée au point de vue physiologie pathologique et au point de vue clinique.

La troisième question, PYRÉTOTHÉRAPIE, exigera également une division en plusieurs rapports secondaires, de façon à obtenir une étude plus complète de cette thérapeutique nouvelle qui semble pleine de promesses. Les

désignations des rapporteurs ne sont point encore définitivement établies; nous les publierons ultérieurement.

La communication du professeur Arloing fut suivie d'un échange de vues; le professeur Cruchet donna le sentiment da la Faculté de Médecine de Bordeaux; le professeur Lereboullet parla au nom des pédiatres de langue française.

Le professeur Hartmann parla d'abord comme chirurgien, puis comme président de l'A.D.R.M. Comme chirurgien, il exprima le désir de la Société de chirurgie de voir deux rapporteurs se charger de la question du traitement chirurgical des pancréatites aiguës et de celui des pancréatites chroniques; des pourparlers sont engagés avec le Comité canadien.

Comme président de l'A.D.R.M., il exposa les diverses solutions envisagées pour l'organisation du voyage au Canada; plusieurs compagnies de navigation ont proposé leurs services; d'autre part, il faut tenir compte des desiderata exprimés par les médecins français qui se sont déjà inscrits comme participants éventuels au Congrès. Le problème est délicat, d'autant plus que les pouvoirs publics auront leur mot à dire en raison des subventions prévues.

La séance fut levée à 18 heures.

P. DESFOSSES.

CELEBRATION DU VINGTIEME ANNIVERSAIRE DE LA FONDATION DE L'UMFIA ou UNION MEDICALE LATINE

Le mercredi 15 mars 1933, sous la haute présidence de M. le ministre Georges Leygues, ancien président du Conseil et ministre de la Marine, sous la présidence médicale de M. le Pr Fernand Bezançon, membre de l'Académie de Médecine, l'Union Médicale Latine (UMFIA) célébrait le vingtième anniversaire de sa fondation.

Nombreux ont été les étudiants espagnols conduits par leurs éminents maîtres, Pr Antonio Salvat et Dr Vilardell.

Nous avons également remarqué les très nombreux représentants des firmes pharmaceutiques et des grands laboratoires français.

Ont pris la parole : Dr Molinéry, secrétaire général de l'Union Médicale Latine pour l'historique de l'Association; Dr Ruffier, au nom de la Commission du Latin, langue universelle; Dr Dartigues, président-fondateur de l'Union Médicale Latine, qui a exposé dans une magnifique page d'éloquence l'idéal poursuivi et réalisé par l'Union Médicale Latine. Le Pr Charles Richet, membre de l'Institut, au nom du Triumvirat initial de l'Umfia; S. Exc. Da Souza Dantas, ambassadeur du Brésil, au nom des diplomates de l'Amérique Latine; S. Exc. le baron de Gaiffier d'Hestroy, ambassadeur de Belgique, au nom des diplomates de l'Europe Latine; le Pr F. Bezançon, membre de l'Académie, président médical de la Réception, et M. le ministre Georges Leygues, ancien président du Conseil. Ces discours furent vivement applaudis par les 350 convives réunis pour cette fête anniversaire.

TABLE ALPHABETIQUE DES ANNONCES

Abbott Laboratories Ltd, (*Teinture de Metaphen*) .. XII
Angier Chemical Co., (*L'Emulsion Angier*) XXX
Anglo-French Drug Cie., (*Hypotensyl*) XXII
Anglo-French Drug Cie., (*Orargol*) XXII
Ayerst, McKenna & Harrison, Limited (*Emménine Liquide*) XLVI
Ayerst, McKenna & Harrison, Limited (*A. P. L.*) XLVI
Bailly, A., Spécialités, ... XVIII
Bilhuber-Knoll Corp., (*Theocalcin*) XXXII
Boulet R. & Brault Jules, (*Maladies des yeux, etc.*) .. L
Breitenbach Co., M. J., (*Gude's Pepto-Mangan*) I
Bristol-Myers Co., (*Sal Hepatica*) XXIV
British Drug Houses (Canada), Ltd, The, (*Radiosteleum*) XLI
Canada Drug Company, (*Paveral*) I
Canada Pond Tampon Co., (*Les Tampons Pond*) XLVIII
Canadian Canners Limited, (*Aliments Aylmer pour enfants*) *Troisième page de la couverture.*
Cardinaux, Paul, (*Gaiffe, Gallot & Pilon et Ropiquet, Hazard & Roycourt*). *Diathermie, Rayons X, Electrologie* XI
Casgrain & Charbonneau, Ltée, (*Thyvacrine No 10 C & C*) XVI
Casgrain & Charbonneau, Ltée, (*Neurocrine No 5 C & C*) *XVI*
Casgrain & Charbonneau, Ltée, (*Diacrine No 6 C & C*) XVI
Chapman Ltée, La Cie J. H., (*Instruments de Chirurgie*) XXIV
Ciba, Compagnie Limitée, (*Dial "Ciba"*) VII
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, Le L
Ciba, Compagnie Limitée, (*Cibalgine "Ciba"*) VII
Denver Chemical Manufacturing Co., (*Antiphlogistine*) IX
de Passillé, H. B., (*Bronchodermine*) XXVIII
de Passillé, H. B., (*Charbon Tissot*) XXVIII
de Passillé, H. B., (*Sirop Guilliermond*) XXVIII
de Passillé, H. B., (*"Yse"*) XXVIII
de Passillé, H. B., (*Ludin*) XXXIII
de Passillé, H. B., (*Seroma Rey*) XXXIII
Duckett J. A., (*Dernière Création de la Prothèse*) .. XLIV
Eddé, J., Limitée, (*Piperazine Midy*) IV
Eddé, J., Limitée, (*Iodogénol Pépin*) XIX
Eddé, J., Limitée, (*Hémostyl*) XXIX

Eddé, J., Limitée, (*Bismuthoïdol*) XXXIV
Eddé, J., Limitée, (*Ocreïne Gremy*) XXXVI
Eddé, J., Limitée, (*Strychnal Longuet*) XXXVI
Eddé, J., Limitée, (*Vulcase Brisson*) XXXVI
Eddé, J., Limitée, (*Epilepsie Alepsal*) XLII
Eddé, J., Limitée, (*Iodone Robin*) LI
Fellows Medical Mfg, Co., (*Sirop Fellows*) LI
Frosst, Charles E. & Co. (*Urosine*)
Deuxième page intérieure de la couverture.
Gatine, Fernand, (*Masseur Expert*) XLII
Gravet, G., (*Alphloïne*) III
Gravet, G. (*Pilules du Dr Moustier*) III
Harris, J. A., (*Peptone iodée Lery*) LII
Herdt & Charton, Inc., (*Calcoléol*) II
Herdt & Charton, Inc., (*Camphosol Chomedy*) XXIV
Herdt & Charton, Inc., (*L'Epheiodine Béral*) XLI
Herdt & Charton, Inc., (*Agrippol*) XLIX
Horner, Frank W., Limitée, (*Maltlevol*) LVII
Infirmières diplômées: Maladies nerveuses et mentales .. L
Kellogg (*Kellogg's All Bran*) LVIII
Imperial Tobacco Co. of Canada, (*Sweet Caporal*) XLIII
John Wyeth & Brother, Inc., (*Wyanoids*) XXVII
Joubert, J. J., Limitée, (*Santéine*) IV
Laboratoire du Bismol, (*Bismol*) VI
Laboratoires du Dr Débat, (*Pancrinol*) XLIX
Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Ltée, (*Gonacrine*) XIII
Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Ltée, (*Néo-Dmègon*) XIII
Laboratoires du Dr Moustier, (*Pilules du Dr Moustier*) III
Laboratoires P. Astier, (*Arhéol*) (*Astier*) XXVII
La Cie Canadienne des Agences Modernes, (*Les Lithinés du Dr Gustin*) L
La Cie Canadienne des Agences Modernes, (*Magnésie du Dr Gustin*) L
Lejeune, A., (Laboratoire)- (*Indhameline Lejeune*) .. LII
Librairie Beauchemin Limitée, (*Linguaphone*) LXX
Listers Limited, (*Listers*) II
Lyman Agencies, Limited, (*Pineoleum*) XXXII
Merck & Co. Limited, (*Theocalcin*) XXXII
Merck & Co. Limited, (*Pyridium*) LIII
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (*Codoforme Bottu*) XLVII

Millet, Roux & Lafon, Ltée, (*Archemapectol*) XLVII
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (*Digibaïne*) XLVII
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (*Solucamphre Delalande*) .. XLVII
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (*Opocalcium*) LII
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (*Septicémine*) LIX
Parke, Davis & Cie., (*L'huile Haliver avec Viostérol* 250D)
Quatrième page de la couverture.
Pineoleum Co., The., (*Solutions huileuses*) XXXII
Rougier Frères, (*Hepathemo*) XVII
Rougier Frères, (*Lortocarbol*) XXIII
Rougier Frères, (*Spectrol*) XXI
Rougier Frères, (*Digitaline Nativelle*) XXI
Rougier Frères, (*Néotonine*) XXIII
Rougier Frères, (*Rami*) XXVI
Rougier Frères, (*Seidlitz Chanteaud*) XXVI
Rougier Frères, (*Stenol Chanteaud*) XXVI
Rougier Frères, (*Arhéol*) (*Astier*) XXVII
Rougier Frères, (*Solution Pautauberge*) XXX
Rougier Frères, (*Hémoglobine Deschiens*) XXXI
Rougier Frères, (*Carnine Lefrancq*) XXXIV
Rougier Frères, (*Dragées Gelineau*) XXXV
Rougier Frères, (*Le Sirop Gelineau*) XXXV
Rougier Frères, (*Elixir Ducro*) XXXV
Rougier Frères, (*Sirop Famel*) XLIV
Rougier Frères, (*Uraseptine Rogier*) XLV
Rougier Frères, (*Lactolaxine Fydau*) XLV
Rougier Frères, (*Nitium Buisson*) LIV
Rougier Frères, (*Névrosthenine 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
Sanatorium Prévost XV
Schering (Canada), Ltd., (*Medinal*) XXV
Squibb & Sons of Canada, Ltd., E.R., (*Huile de Foie de Morue Squibb au Viosterol-10D*) V
Trouette-Perret, (*Aphloïne*) III
Wander, A., Limited, (*Ovaltine*) XX
Wingate Chemical Co. Ltd., (*Emulsion Angier*) XXX

℞

en prescrivant des fruits et des légumes tamisés pour bébés

Exigez

LES ALIMENTS

AYLMER

POUR ENFANTS

Préparés en boîtes de fer-blanc et en bocaux de verre d'une capacité de 4½ onces.



PARCE QUE ces aliments parfaitement tamisés, cuits et stérilisés proviennent de légumes et de fruits frais, parvenus à leur pleine maturité et choisis avec soin. . . .

PARCE QU'avec le procédé Aylmer, on conserve, avec un soin jaloux, les substances minérales et les vitamines de tous les aliments, ce qui justifie la raison de leur emploi. . . .

PARCE QUE les mères occupées aux travaux du foyer en tirent aussi bénéfice — elles sont libérées de la tâche laborieuse de préparer des aliments à la maison.

Sur requête, des échantillons seront envoyés pour essai. Pour plus amples détails, écrivez au

Service de Recherche AYLMER de

CANADIAN CANNERS LIMITED
HAMILTON — CANADA

10 VARIETES — TOUTES PARFAITEMENT TAMISEES

Pois	Haricots
Epinards	Pruneaux
Carottes	Asperges
Tomates	Abricots

Purée de Compote de pommes.

Soupe en Purée pour Enfants.

ALIMENTS AYLMER POUR ENFANTS



PARKE, DAVIS & COMPANY

1101, RUE ST-ALEXANDRE, - MONTRÉAL

Les plus grands fabricants de produits Pharmaceutiques et Biologiques de l'Univers.

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